

УДК 616.89-008.1:616.1-052

**ФЕНОМЕН ОДИНОЧЕСТВА И АГРЕССИИ  
ПРИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ**

*М.Р. Сулайманова, А.В. Романова, Р.Б. Сулайманов, С.З. Гусейнова*

Представлена эксплицитная модель изучения психологических механизмов, обуславливающих оптимизацию и активизацию адаптационных механизмов при психосоматических расстройствах с учетом уровня одиночества и агрессии у пациентов кардиологического профиля.

*Ключевые слова:* одиночество; агрессия; тревога; депрессия; психосоматические расстройства; механизмы психической адаптации.

---

**PHENOMENON OF LONELINESS AND AGGRESSION  
WITHIN PSYCHOSOMATIC DISORDERS**

*M.R. Sulaimanova, A.V. Romanova, R.B. Sulaimanov, S.Z. Guseinova*

The article presents the explicit study model of psychological mechanisms that determine optimization and activation of adaptation mechanisms within psychosomatic disorders considering the level of loneliness and aggression among patients of cardiologic profile.

*Key words:* loneliness; aggression; anxiety; depression; psychosomatic disorders; mechanisms of psychical adaptation.

Основным вариантом психосоматических расстройств (ПСР) является психофизиологическое сопровождение эмоций как их обязательная составная часть [1]. Несмотря на многочисленные исследования в области интернальной медицины и пограничной психиатрии, отмечается рост ПСР, прежде всего – заболеваний кардиологического спектра, аффективных расстройств амбулаторного уровня, а также их хронизации и резистентности к проводимой терапии, что существенно влияет на качество жизни населения [2, 3]. В медико-психологических исследованиях одиночество и агрессия рассматриваются как феномены, обуславливающие физическое и психическое здоровье человека [4], существенно влияющие на течение соматических заболеваний [5–8], при этом они изучаются преимущественно в рамках аффективных нарушений при психических расстройствах [5–8]. Целевые исследования по изучению влияния уровня одиночества и агрессии в системе патологических и клинико-психологических процессов у пациентов с ПСР отсутствуют.

Цель исследования – обосновать дифференцированность подходов диагностики и терапии психосоматических расстройств с учетом уровня

одиночества и агрессии при сердечно-сосудистых заболеваниях (ССЗ).

Задачи:

1. Определить выраженность аффективных сдвигов при ССЗ с учетом уровня одиночества и агрессии.
2. Исследовать особенности аффекта у пациентов с ССЗ в зависимости от половой принадлежности.
3. Изучить влияние уровня аффекта, одиночества и агрессии на продолжительность ССЗ и резистентность к проводимой терапии.
4. Изучить структуру нозологических соотношений с учетом фактора продолжительности заболевания, доминирующего аффекта, уровня одиночества и агрессии, обуславливающих формирование механизмов психической адаптации (МПА).

**Материалы исследования.** Обследовано 60 респондентов с расстройствами аффективного спектра в структуре ССЗ на базе стационарных отделений Национального центра кардиологии и терапии им. академика М.М. Миррахимова и Лечебно-оздоровительного объединения. Средний возраст больных составил  $48,3 \pm 7,8$  года. На основе принципа нозологической принадлежности

сформировано 2 группы: I составили 32 (53,3 %) пациента с коронарной болезнью сердца (КБС), II – 28 (46,7 %) пациентов с гипертонической болезнью (ГБ), из которых 34 женщины (55,6 %) и 26 мужчин (43,4 %).

**Методы исследования** – клиническое полуструктурированное интервью, госпитальная шкала тревоги (Т-HADS) и депрессии (Д-HADS), шкалы личностной тревожности Спилбергера – Ханина (ШЛТ), депрессии Цунга (ШДЦ), одиночества (UCLA), агрессии Ассингера, корреляционный анализ Спирмана (SPSS 16.0).

**Результаты.** Идентификация среднего уровня аффекта, одиночества и агрессии выявила различия в исследуемых группах (таблица 1). У пациентов I группы уровень тревоги соответствовал клинически выраженному по HADS ( $12,1 \pm 0,5$ ,  $P < 0,01$ ), высокому – по ШЛТ ( $48,4 \pm 1,9$ ,  $P < 0,01$ ); депрессия выражена клинически ( $10,5 \pm 0,9$ ,  $P < 0,01$ ) по HADS, по ШДЦ – соответствовала легкой степени ( $52,4 \pm 1,2$ ,  $P < 0,01$ ); уровень одиночества превышал средние значения ( $44,4 \pm 1,5$ ,  $P < 0,01$ ), уровень агрессии – выражен ( $35,1 \pm 0,3$ ,  $P < 0,01$ ). У пациентов II группы уровень тревоги клинически выражен по HADS ( $10,0 \pm 0,4$ ,  $P < 0,05$ ), соответствовал высокой степени – по ШЛТ ( $45,3 \pm 1,9$ ,  $P < 0,01$ ), депрессия субклинически выражена – по HADS ( $7,67 \pm 0,465$ ,  $P < 0,05$ ), по ШДЦ – достигала легкой степени ( $50,1 \pm 3,02$ ;  $P < 0,01$ ); уровень одиночества соответствовал среднему ( $43,1 \pm 1,9$ ,  $P < 0,05$ ), агрессии –  $32,1 \pm 0,9$  ( $P < 0,01$ ).

Таблица 1 – Идентификация уровня аффекта, одиночества и агрессии у пациентов с заболеваниями ССС

Шкала	ГБ ( $P < 0,001$ )	КБС ( $P < 0,001$ )
Т-HADS	$10,0 \pm 0,4$	$12,1 \pm 0,5$
ШЛТ	$45,3 \pm 1,9$	$48,4 \pm 1,9$
Д-HADS	$7,67 \pm 0,5$	$10,5 \pm 0,9$
ШДЦ	$50,1 \pm 3,02$	$52,4 \pm 1,2$
UCLA	$43,1 \pm 1,9$	$44,4 \pm 1,5$
Ассингер	$32,1 \pm 0,9$	$35,1 \pm 0,3$

Таким образом, у пациентов с КБС и ГБ уровень тревоги клинически выражен и соответствует высокому, уровень депрессии – легкой степени, при этом показатели уровня аффекта, одиночества и агрессии у пациентов с КБС превышают данные показатели у пациентов с ГБ.

Идентификация уровня аффекта по половому признаку (таблица 2) определила у женщин умеренный уровень тревоги по ШЛТ ( $43,5 \pm 3,3$ ;  $P < 0,01$ ), у мужчин – высокий ( $45,3 \pm 2,1$ ,  $P < 0,01$ ); депрессия у женщин по ШДЦ ( $51,5 \pm 1,6$ ;  $P < 0,01$ ) превышала депрессию у мужчин ( $50,5 \pm 2,7$ ,

$P < 0,05$ ). Уровень одиночества у женщин доминировал и превышал средние значения ( $44,6 \pm 2,2$ ;  $P < 0,01$ ) у мужчин ( $40,1 \pm 1,1$ ,  $P < 0,05$ ). Уровень агрессии у мужчин ( $35,7 \pm 0,2$ ) превышал средние значения у женщин ( $32,7 \pm 0,2$ ;  $P < 0,05$ ).

Таблица 2 – Уровень аффекта, одиночества и агрессии по половой принадлежности

Шкала	Женщины ( $P < 0,001$ )	Мужчины ( $P < 0,001$ )
Т-HADS	$7,1 \pm 0,4$	$8,7 \pm 1,1$
ШЛТ	$43,5 \pm 3,3$	$45,3 \pm 2,1$
Д-HADS	$7,3 \pm 0,6$	$7,00 \pm 0,4$
ШДЦ	$51,5 \pm 1,6$	$50,5 \pm 2,7$
UCLA	$44,6 \pm 2,2$	$40,1 \pm 1,1$
Ассингер	$32,7 \pm 0,2$	$35,7 \pm 0,2$

Таким образом, у женщин преобладающий депрессивный аффект обусловлен доминированием уровня одиночества, у мужчин преобладающий тревожный аффект – доминированием агрессии.

Показатели уровня аффекта, одиночества и агрессии в зависимости от продолжительности заболевания (до 3 лет и свыше 3 лет) (таблица 3) отражал динамические изменения. У пациентов I группы уровень тревоги по HADS возрастал от  $8,0 \pm 0,8$  до  $12,9 \pm 0,7$  ( $P < 0,01$ ,  $r = 0,2^*$ ), по ШЛТ – от  $44,6 \pm 0,7$  до  $49,1 \pm 1,1$  ( $P < 0,01$ ,  $r = 0,2^*$ ), уровень депрессии по ШДЦ возрастал от  $49,0 \pm 2,7$  до  $53,0 \pm 2,1$  ( $P < 0,05$ ), коррелируя с уровнем тревоги ( $r = 0,2^*$ ), уровень одиночества повышался от  $39,4 \pm 0,3$  до  $46,5 \pm 2,5$  ( $P < 0,05$ ), коррелируя с уровнем депрессии и продолжительностью заболевания ( $r = 0,5^{**}$ ). Уровень агрессии возрастал от  $33,1 \pm 2,1$  до  $36,5 \pm 2,5$  ( $P < 0,05$ ) и высоко достоверно коррелировал с уровнем тревоги и продолжительностью заболевания ( $r = 0,6^{**}$ ).

У пациентов II группы с продолжительностью расстройства уровень тревоги по HADS снижался от  $12,5 \pm 0,5$  до  $9,7 \pm 0,9$  ( $P < 0,05$ ,  $r = 0,2^*$ ), по ШЛТ – от  $48,9 \pm 1,7$  до  $48,5 \pm 1,8$  ( $P < 0,05$ ,  $r = 0,2^*$ ), уровень депрессии по HADS понижался от  $9,3 \pm 0,6$  до  $8,2 \pm 1,7$  ( $P < 0,05$ ), по ШДЦ – от  $51,1 \pm 1,6$  до  $48,0 \pm 2,0$  ( $P < 0,05$ ), при этом негативно коррелировал с уровнем Т ( $r = -0,2^*$ ). Уровень одиночества понижался от  $44,1 \pm 0,1$  до  $38,1 \pm 1,8$  ( $P < 0,05$ ), позитивно коррелируя с депрессией и продолжительностью заболевания ( $r = 0,4^*$ ). Уровень агрессии оставался относительно стабильным от  $32,0 \pm 2,1$  до  $32,7 \pm 1,3$  ( $P < 0,05$ ) и положительно коррелировал с уровнем тревоги ( $r = 0,5^{**}$ ).

Корреляционный анализ данных параметров выявил сильные положительные и отрицательные связи (таблица 4). Уровень одиночества достоверно позитивно коррелировал с уровнем депрессии

Таблица 3 – Уровень аффекта, одиночества и агрессии в зависимости от продолжительности заболевания у пациентов с ГБ и КБС

Шкала	До 3-х лет		Более 3-х лет	
	ГБ (P < 0,001)	КБС (P < 0,001)	ГБ (P < 0,001)	КБС (P < 0,001)
T-HADS	12,5 ± 0,5	8,0 ± 0,8	9,7 ± 0,9	12,9 ± 0,7
ШЛТ	48,9 ± 1,7	44,6 ± 0,7	48,5 ± 1,8	49,1 ± 1,1
ШДЦ	9,3 ± 0,6	10,0 ± 0,01	8,2 ± 1,7	9,5 ± 0,12
ШДЦ	51,1 ± 1,6	49,0 ± 2,7	48,0 ± 2,0	53,0 ± 2,1
UCLA	44,1 ± 0,1	39,4 ± 0,3	38,1 ± 1,8	46,5 ± 2,5
Ассингер	32,0 ± 2,1	33,1 ± 2,1	32,7 ± 1,3	36,5 ± 2,5

Таблица 4 – Корреляционные связи между уровнем аффекта, одиночества, агрессии и продолжительностью заболевания

Шкала	T-HADS	ШЛТ	Д-HADS	ШДЦ	UCLA	Ассингер	Продолжительность
T-HADS	-	0,6*	-0,34*	-0,08*	-0,47*	0,44*	0,2*
ШЛТ	0,6*	-	-0,21*	-0,17*	-0,39*	0,41*	0,2*
Д-HADS	-0,34*	-0,21*	-	0,5*	0,38*	0,4*	0,3*
ШДЦ	-0,08*	-0,17*	0,5*	-	0,45**	0,46*	0,3*
UCLA	-0,47*	-0,39*	0,38*	0,45**	-	0,18*	0,5**
Ассингер	0,44*	0,41*	0,4*	0,46*	0,18*	-	0,6**
Продолжительность	0,2*	0,2*	0,3*	0,3*	0,5**	0,6**	-

Примечание: \* – достоверная корреляция; \*\* – высоко достоверная корреляция; “-” – обратная корреляция.

по HADS ( $r = 0,38^*$ ;  $P < 0,001$ ), высоко достоверно – по ШДЦ ( $r = 0,45^{**}$ ;  $P < 0,001$ ), а также с уровнем агрессии ( $0,18^*$ ;  $P < 0,001$ ) и длительностью заболевания ( $r = 0,5^{**}$ ;  $P < 0,001$ ); достоверно негативно – с уровнем тревоги по HADS ( $r = -0,47^*$ ;  $P < 0,001$ ), по ШЛТ ( $r = -0,39^*$ ;  $P < 0,001$ ). Уровень агрессии по Ассингеру достоверно позитивно коррелировал с тревогой по HADS ( $r = 0,44^*$ ;  $P < 0,001$ ), по ШЛТ ( $r = 0,47^*$ ;  $P < 0,001$ ), с уровнем депрессии по HADS ( $r = 0,4^*$ ;  $P < 0,001$ ), по ШДЦ ( $r = 0,46^*$ ;  $P < 0,001$ ), с уровнем одиночества ( $r = 0,18^*$ ;  $P < 0,001$ ) и высоко достоверно – с длительностью расстройства ( $r = 0,6^{**}$ ;  $P < 0,001$ ).

Таким образом, с продолжительностью течения заболевания у пациентов с КБС уровень тревоги и депрессии возрастает, при этом у данной группы определяются высоко достоверные значительные положительные связи между уровнем одиночества и уровнем депрессии, высоко достоверные умеренно выраженные – между уровнем выраженной агрессии и тревоги. У пациентов с ГБ с продолжительностью заболевания уровень депрессии и уровень одиночества понижаются и достоверно негативно коррелируют с уровнем тревоги; уровень агрессии стабилизируется на средних значениях и достоверно позитивно коррелирует с уровнем тревоги.

### Выводы

1. У пациентов с КБС и ГБ уровень тревоги клинически выражен и соответствует высокому, уровень депрессии достигает легкой степени.

Показатели уровня аффекта, одиночества и агрессии у пациентов с КБС превышают данные показатели у пациентов с ГБ.

У женщин преобладающий депрессивный аффект обусловлен доминированием уровня одиночества, у мужчин преобладающий тревожный аффект – доминированием агрессии.

2. У пациентов с КБС с продолжительностью заболевания уровень тревоги и депрессии возрастает.

При этом у пациентов с КБС определяются высоко достоверные значительные положительные связи между уровнем одиночества и уровнем депрессии ( $P < 0,001$ ), высоко достоверные умеренно выраженные – между уровнями выраженной агрессии и тревоги ( $P < 0,001$ ).

3. У пациентов с ГБ с продолжительностью течения заболевания уровень тревоги понижается и/или стабилизируется на уровне между умеренной и высокой степенью выраженности.

При этом у пациентов с ГБ уровень депрессии и уровень одиночества понижаются и достоверно негативно коррелируют с уровнем тревоги ( $r = -0,2^*$ ;  $P < 0,01$ ); уровень агрессии стабилизиру-

ется на средних значениях и достоверно позитивно коррелирует с уровнем тревоги ( $P < 0,001$ ).

4. Доминирование уровня тревоги, депрессии, одиночества и агрессии у пациентов с КБС обусловлено продолжительностью проявлений острого коронарного синдрома, способствующего усилению аффективных нарушений.

Хронизация ГБ обуславливает формирование механизмов психической адаптации, влияющих на снижение и/или стабилизацию уровня аффекта, чувства одиночества и агрессии.

5. Психосоматические расстройства являются в нашем исследовании эксплицитной моделью изучения психологических механизмов, обуславливающих оптимизацию и в последующем – активизацию адаптационных механизмов при психосоматических расстройствах. Таким образом, функционирование МПА определяет специфичность синдромальной структуры психопатологических нарушений.

#### Литература

1. Селье Г. Очерки об адаптационном синдроме / Г. Селье. М., 1979. 126 с.
2. Избранные лекции для врачей-кардиологов: учебное пособие / сост. В.В. Соложенкин. Бишкек: Изд-во КРСУ, 2011. 134 с.
3. Краснов В.Н. Совершенствование методов ранней диагностики психических расстройств (на основе взаимодействия со специалистами первичного звена здравоохранения) / В.Н. Краснов, Т.В. Довженко, А.Е. Бобров и др. М.: ИД Медпрактика, 2008. 136 с.
4. Рагозинская В.Г. Нейрофизиологические корреляты эмоциональных состояний у пациентов с психосоматическими расстройствами / В.Г. Рагозинская, С.Л. Соловьева С.Л., В.И. Николаев // Медицинская психология. 2009. № 2 (31). С. 202–205.
5. Сулайманова М.Р. Клинико-психологические механизмы феномена одиночества при психических и коморбидных расстройствах / М.Р. Сулайманова, Р.Б. Сулайманов, Т.А. Нелюбова и др. // Вестник КРСУ. 2013. Т. 13. № 11. С. 131–135.
6. Сулайманова М.Р. Психовегетативные симптомокомплексы в структуре коморбидных расстройств: автореф. дис. ... канд. мед. наук / М.Р. Сулайманов. Бишкек, 2012. 25 с.
7. Cacioppo J.T., Hughes, M.E., Waite, L.J., Hawkley, L.C., & Thisted, R.A. (2006). Loneliness as a Specific Risk Factor for Depressive Symptoms: Cross-Sectional and Longitudinal Analyses. *Psychology and Aging*. Vol. 21. No. 1. 140–151.
8. Moustakas C. (1972). *Loneliness and love*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.