

УДК 616.895:616.1  
DOI: 10.36979/1694-500X-2025-25-5-95-101

## МЕХАНИЗМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ В ПРОЦЕССЕ ФОРМИРОВАНИЯ КОМОРБИДНОСТИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

*М.Р. Сулайманова, А.Б. Кутликова, К.А. Тобокелова*

*Аннотация.* Значимость исследований сердечно-сосудистых заболеваний обусловлена высокой смертностью от них. Коморбидность сердечно-сосудистых заболеваний с другими расстройствами усугубляет хронификацию и резистентность. Изучение клинико-психологических сдвигов с учетом механизмов психологической защиты у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями и коморбидными расстройствами имеет важное значение для разработки наиболее эффективных лечебно-диагностических, профилактических подходов и улучшения качества жизни пациентов. Обследовано 84 респондента на базе Национального центра кардиологии и терапии им. М.М. Миррахимова Министерства здравоохранения Кыргызской Республики и ряда Центров семейной медицины города Бишкека (30–70 лет), из них 51 женщина (60,7 %) и 33 мужчины (39,3 %). Респонденты разделены на две группы: I – 48 (57,1 %) пациентов с гипертонической болезнью, II – 36 (42,9 %) с коморбидными расстройствами. Материалы и методы исследования: полуструктурированное интервью, шкалы тревоги и депрессии, шкала механизмов психологической защиты Плутчика – Келлермана – Конте, Statistics SPSS 16.0 for Windows, Microsoft Excel. При идентификации уровня тревоги у респондентов выявлены: клинически выраженный уровень тревоги – у 25 (29,8 %), субклинически выраженный – у 33 (39,3 %); клинически выраженный уровень депрессии – у 13 (15,5 %) и субклинически выраженный – у 24 (28,6 %) респондентов. В обеих группах доминируют такие механизмы психологической защиты, как отрицание, компенсация, регрессия, при этом во II группе данные механизмы психологической защиты существенно выше ( $p < 0,05$ ). Выявлены статистически значимые корреляции между уровнем тревоги, депрессии ( $p < 0,01$ ), продолжительностью заболевания и кратностью обращений ( $p < 0,01$ ), а также достоверно выраженные корреляции между механизмами психологической защиты. Таким образом, субклинически выраженный уровень тревоги и депрессии, усиление таких механизмов психологической защиты, как отрицание, компенсация, регрессия, а также статически значимые корреляции между данными показателями способствуют формированию устойчивых коморбидных взаимосвязей, что существенно влияет на хронификацию сердечно-сосудистых и коморбидных расстройств.

*Ключевые слова:* механизмы психологической защиты; тревога; депрессия; сердечно-сосудистые заболевания; коморбидность; качество жизни.

---

## ЖҮРӨК-КАН ТАМЫР СИСТЕМАСЫНЫН ООРУЛАРЫНДА КОМОРБИДДУУЛУКТУ КАЛЫПТАНДЫРУУ ПРОЦЕССИНДЕ ПСИХОЛОГИЯЛЫК КОРГОНУУ МЕХАНИЗМДЕРИ

*М. Р. Сулайманова, А. Б. Кутликова, К. А. Тобокелова*

*Аннотация.* Жүрөк-кан тамыр оорулары (ЖКТО) боюнча изилдөөлөрдүн себеби, алардын өлүмүнүн көптүгү менен шартталган. Башка оорулар менен ЖКТОнын коморбиддүүлүгү оорунун хронизациясын жана резистенттүүлүгүн оорлоштурат. Эң натыйжалуу дарылоо-диагностикалык, алдын алуу ыкмаларын иштеп чыгуу жана бейтаптардын жашоо сапатын жакшыртуу үчүн жана коморбиддик бузулуулар менен ооруган бейтаптардагы психологиялык коргонуу механизмдерин эске алуу менен клиникалык-психологиялык жылыштарды изилдөө. М.М. Миррахимов атындагы Улуттук кардиология жана терапия борборунун жана Бишкек шаарынын бир катар ҮМБ базаларында 84 респондент (30–70 жаш) изилдөөгө катышты, анын ичинен 51 аял (60,7 %) жана 33 эркек (39,3 %). Респонденттер эки топко бөлүнүштү:

I топ – 48 (57,1%) гипертониялык оору менен ооругандар (ГО), II топ – 36 (42,9 %) коморбиддик оорулар менен ооругандар. Изилдөө материалдары жана методдору: жарым формалдаштырылган интервью, тынчсыздануу жана депрессия шкаласы, Плутчик-Келлерман-Конте шкаласы, Statistics SPSS 16.0 for Windows, Microsoft Excel. Респонденттердин тынчсыздануу деңгээлин идентификациялоодо: тынчсыздануунун клиникалык жактан байкалган деңгээли – 25 (29,8 %), субклиникалык жактан – 33 (39,3 %); депрессиянын клиникалык жактан байкалган деңгээли – 13 (15,5 %) жана субклиникалык жактан – 24 (28,6 %) аныкталды. Тануу, компенсациялоо, регрессия сыяктуу ПКМ эки топто тең үстөмдүк кылат, бирок II топто ушул эле ПКМдер кыйла жогору ( $p < 0,05$ ). Тынчсыздануу жана депрессиянын ортосунда статистикалык маанилүү корреляциялар ( $p < 0,01$ ), оорунун узактыгынын жана кайрылуулардын санынын ортосунда дагы ( $p < 0,01$ ) статистикалык маанилүү корреляциялар аныкталды. Ушундай жол менен субклиникалык жактан билдирилген тынчсыздануу жана депрессия деңгээлдери, тануу, компенсация, регрессия сыяктуу ПКМдин күчөшү жана ошондой эле статистикалык маанилүү корреляциялар жүрөк-кан тамыр ооруларынын хронизациясына жана коморбиддүү оорулардын калыптанышына өбөлгө түзөт.

*Түйүндүү сөздөр:* психологиялык коргонуу механизмдери; тынчсыздануу; депрессия; жүрөк-кан тамыр оорулары; коморбиддүүлүк; жашоо сапаты.

---

## THE MECHANISMS OF PSYCHOLOGICAL DEFENSE IN THE FORMATION OF COMORBIDITY IN CARDIOVASCULAR DISORDERS

*M.R. Sulaimanova, A.B. Kutlikova, K.A. Tobokelova*

**Abstract.** The relevance of research on cardiovascular diseases (CVD) stems from their high mortality rate. The comorbidity of CVD with other disorders exacerbates disease chronification and therapeutic resistance. To study clinical and psychological shifts, taking into account the mechanisms of psychological protection (MPD), in patients with CVD and comorbid disorders in order to develop the most effective therapeutic, diagnostic, preventive approaches and improve the quality of life of patients. A total of 84 respondents were examined at the M.M. Mirrakhimov National Center of Cardiology and Internal Medicine of the Ministry of Health of the Kyrgyz Republic, as well as at several medical centers in Bishkek. Participants were aged between 30 and 70 years; 51 were women (60.7 %) and 33 were men (39.3 %). The respondents were divided into two groups: 48 (57.1 %) patients with hypertension and 36 (42.9 %) with comorbid disorders. Materials and research methods: A semi-structured interview, anxiety and depression scales, the Plutchik – Kellerman – Conte scale of psychological defenses, SPSS 16.0 for Windows, and Microsoft Excel were used for data collection and analysis. Assessment of anxiety levels revealed clinically significant anxiety in 25 participants (29.8 %) and subclinical anxiety in 33 (39.3 %). Clinically significant depression was observed in 13 respondents (15.5 %), while 24 (28.6 %) demonstrated subclinical depression. In both groups, the most prominent defense mechanisms were denial, compensation, and regression. However, these mechanisms were significantly more pronounced in the group with comorbid disorders ( $p < 0.05$ ). Statistically significant correlations were found between anxiety and depression ( $p < 0.01$ ), duration of illness and frequency of medical visits ( $p < 0.01$ ), as well as among various psychological defense mechanisms. Conclusion: Subclinical levels of anxiety and depression, along with increased use of defense mechanisms such as denial, compensation, and regression, and their significant correlations, contribute to the development of stable comorbid relationships. These psychological factors play a substantial role in the chronification of both cardiovascular and comorbid disorders.

**Keywords:** psychological defense mechanisms; anxiety; depression; cardiovascular diseases; comorbidity; quality of life.

Согласно оценкам ВОЗ (WHO, 2023), гипертонией страдают 1,28 млрд взрослых людей в возрасте 30–79 лет, большинство из которых проживают в странах с низким или средним уровнем дохода [1, 2]. Артериальная гипертензия (АГ) является ведущим фактором риска ССЗ

и смертности от всех причин [3]. По данным World Heart Federation (WHF, 2023), в 2021 г. от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) умерло 20,5 млн человек из-за инфаркта миокарда и инсульта, которые являются следствием АГ и самой частой причиной инвалидности [4, 5].

В 2022 г. от ССЗ в Российской Федерации умерло 831 557 человек, причем в эту категорию входят ишемическая болезнь сердца, цереброваскулярные заболевания и острые нарушения мозгового кровообращения [6]. Неутешительные данные свидетельствуют о росте уровня смертности в Кыргызской Республике (КР). Согласно данным Национального центра кардиологии и терапии им. М.М. Миррахимова (НЦКиТ им. М.М. Миррахимова), уровень смертности от ССЗ составляет 51,8 % от всех остальных заболеваний (МЗ КР, 2023) [7, 8].

Коморбидность с тревожно-депрессивными расстройствами (ТДР) оказывает существенное влияние на течение ССЗ, искажает их клиническую картину, затрудняет лечение, вызывая осложнения и ухудшая прогноз [9–11]. По многочисленным данным исследователей, у пациентов с ССЗ данное расстройство встречается в 16 % случаев, а при гипертонической болезни (ГБ) – 52 % и выше [12, 13].

По данным российских исследователей отмечается, что у пациентов с ССЗ проявляются такие механизмы психологической защиты (МПЗ), как вытеснение, отрицание, проекция, реактивное образование, а также копинг-стратегии, имеющие различное психологическое содержание [14, 15]. Исследование клинко-психологических сдвигов при ССЗ и коморбидных расстройствах в КР остается актуальной проблемой, что требует наиболее глубокого исследования для улучшения качества жизни пациентов [10, 16].

**Цель исследования** – изучение клинко-психологических сдвигов с учетом МПЗ у пациентов с ССЗ и коморбидными расстройствами для разработки наиболее эффективных лечебно-диагностических и профилактических подходов и улучшение качества жизни пациентов.

**Материалы и методы исследования.** Нами обследовано 84 респондента с ССЗ на базе НЦКиТ МЗ КР им. М.М. Миррахимова и ряда ЦСМ КР в возрасте от 30 до 60 лет, из них 51 (60,7 %) женщина и 33 (39,3 %) мужчины. Согласно поставленным задачам исследования, респонденты разделены на две группы: I группу составили 48 (57,1 %) пациентов с гипертониче-

ской болезнью (ГБ), II – 36 (42,9 %) пациентов с ГБ и коморбидными расстройствами.

**Методы:** полуструктурированное интервью, шкалы тревоги и депрессии, шкала МПЗ Плутчика – Келлермана – Конте. Математический анализ проводился при помощи программ Statistics SPSS 16.0 for Windows, Microsoft Excel.

**Результаты и обсуждение.** Продолжительность течения расстройства в I группе от 5 лет и выше болеют 39,5 % респондентов, до 1-го года – 29,2 %, 3–4 года – 16,7 % и 1–2 года – 14,6 %. Во II группе от 5 и более лет болеют 72,2 % респондентов, до 1-го года – 22,2 % и 3–4 года – 5,6 %.

Кратность обращений пациентов в больницу: пациенты I группы (35,4 %) обращались к врачам от 4-х и более раз, 33,3 % – 1 раз и 31,3 % – 2–3 раза. Пациенты из II группы обращались к врачам от 4 и более раз – 52,8 %, 25 % – 1 раз и 22,2 % – 2–3 раза.

Идентификация уровня тревоги у респондентов выявила: клинически выраженный уровень тревоги – у 25 (29,8 %) респондентов, субклинически выраженный – у 33 (39,3 %), нормальный уровень – у 26 (31,0 %) (таблица 1).

Таблица 1 – Уровень тревоги у респондентов, согласно шкале HADS

HADS тревога	n	%	p
Норма	26	31,0	p > 0,05
Субклинически выражены	33	39,3	p < 0,05
Клинически выражены	25	29,8	p > 0,05
Итого	84	100,0	

При сравнении уровня тревоги у пациентов I и II групп: клинически выраженная тревога определяется у 15 (31,2 %) респондентов I группы, во II группе – у 10 (27,8 %) респондентов. Субклинически выраженная тревога – у 16 (44,4 %) респондентов II группы, у 17 (35,4 %) респондентов I группы, нормальный уровень тревоги в I группе – у 16 (33,3 %) респондентов, во II группе – у 10 (27,8 %) респондентов (таблица 2).

Таблица 2 – Сравнение уровня тревоги у респондентов I и II группы (по шкале HADS)

HADS тревога	I группа		II группа	
	n	%	n	%
Норма	16	33,3	10	27,8
Субклинически выражены	17	35,4	16	44,4
Клинически выражены	15	31,2	10	27,8
Итого	48	100,0	36	100,0

Идентификация уровня депрессии в I и во II группах определила: клинически выраженный уровень депрессии – у 13 (15,5 %) респондентов, субклинически выраженный – у 24 (28,6 %) и нормальный уровень – у 47 (56,0 %) пациентов (таблица 3).

Таблица 3 – Уровень депрессии у респондентов обеих групп по шкале HADS

HADS депрессия	n	%	p
Норма	47	56,0	p > 0,05
Субклинически выражена	24	28,6	p < 0,05
Клинически выражена	13	15,5	p < 0,05
Итого	84	100,0	

Сравнение уровня депрессии в группах выявило: клинически выраженную депрессию – у 8 (22,2 %) респондентов II группы и у 5 (10,4 %) респондентов I группы. Субклинически выраженная депрессия определялась у 12 (33,3 %) респондентов II группы и у 12 (35,0 %) респондентов I группы (таблица 4).

Таблица 4 – Сравнение уровня депрессии у респондентов I и II групп (по шкале HADS)

HADS депрессия	I группа		II группа	
	n	%	n	%
Норма	31	64,6	16	44,4
Субклинически выражены	12	25,0	12	33,3
Клинически выражены	5	10,4	8	22,2
Итого	48	100,0	36	100,0

Таблица 5 – Сравнительный уровень тревоги и депрессии у респондентов исследуемых групп

Аффект	I группа	II группа	p
Тревога	8,52 ± 0,57	8,72 ± 0,55	p > 0,05
Депрессия	5,81 ± 0,46	7,97 ± 0,63	p < 0,05

При сравнении уровня аффекта у респондентов, уровень тревоги наиболее выражен во второй группе (8,72 ± 0,55; p > 0,05) по сравнению с данными первой группы (8,52 ± 0,57; p > 0,05), депрессия также выражена во второй группе (7,97 ± 0,63; p < 0,05), по сравнению в первой (5,81 ± 0,46; p < 0,05) (таблица 5).

При исследовании силы МПЗ у исследуемого контингента нами выявлены следующие результаты: уровень МПЗ “проекция” (83,33 ± 1,50; p > 0,05) наиболее выражена внутри I группы и преобладает по сравнению с данными МПЗ во II группе (75,00 ± 3,00; p > 0,05); “рационализация” является вторым МПЗ по выраженности во II группе (71,99 ± 3,37; p > 0,05) и выше, чем у пациентов I группы (64,23 ± 2,93; p > 0,05); “отрицание” – третий по выраженности МПЗ во II группе (70,20 ± 3,06; p < 0,05) и его уровень выше, чем у респондентов I группы (63,63 ± 2,74; p < 0,05); на четвертом месте по значимости МПЗ в I группе “гиперкомпенсация” (59,79 ± 4,33; p > 0,05) выше, чем у пациентов II группы (58,88 ± 4,32; p > 0,05); во II группе уровень МПЗ “компенсация” (57,50 ± 3,87; p < 0,05) преобладает по сравнению с данными МПЗ в I группе респондентов (44,58 ± 3,43; p < 0,05); “регрессия” является шестым по выраженности во II группе (43,62 ± 2,65; p < 0,05) и ниже, чем у пациентов I группы (36,02 ± 2,45; p < 0,05); “вытеснение” – седьмой по значимости МПЗ в I группе респондентов (45,00 ± 2,71; p > 0,05), и его уровень выше, чем у респондентов II группы (40,00 ± 2,71; p > 0,05); “замещение” является восьмым по выраженности во II группе (30,00 ± 2,12; p > 0,05) и выше, чем у пациентов I группы (26,04 ± 2,32; p > 0,05) (таблица 6).

Таблица 6 – Сравнительный анализ силы МПЗ у респондентов в зависимости от принадлежности

МПЗ	I группа	II группа	p
Вытеснение	45,00 ± 2,71	40,00	p > 0,05
Регрессия	36,02 ± 2,45	43,62 ± 2,65	p < 0,05
Замещение	26,04 ± 2,32	30,00	p > 0,05
Отрицание	63,63	70,20 ± 3,06	p < 0,05
Проекция	83,33	75,00	p > 0,05
Компенсация	44,58 ± 3,43	57,50 ± 3,87	p < 0,05
Гиперкомпенсация	59,79 ± 4,33	58,88 ± 4,32	p > 0,05
Рационализация	64,23 ± 2,93	71,99 ± 3,37	p > 0,05

При проведении корреляционного анализа обнаружены статистически значимые связи: продолжительность заболевания сильно, высоко достоверно коррелирует с кратностью заболевания ( $r = 0,77$ ;  $p < 0,01$ ); уровень тревоги значительно, высоко достоверно коррелирует с уровнем депрессии ( $r = 0,59$ ;  $p < 0,01$ ); слабо, достоверно коррелирует с гиперкомпенсацией ( $r = 0,28$ ;  $p < 0,05$ ); уровень вытеснения имеет умеренную, высоко достоверную связь с регрессией ( $r = 0,44$ ;  $p < 0,01$ ), с замещением ( $r = 0,37$ ;  $p < 0,01$ ) и компенсацией ( $r = 0,30$ ;  $p < 0,01$ ); уровень регрессии сильно, высоко достоверно коррелирует с уровнем замещения ( $r = 0,73$ ;  $p < 0,01$ ), значительно с проекцией ( $r = 0,62$ ;  $p < 0,01$ ), компенсацией ( $r = 0,59$ ;  $p < 0,01$ ), рационализацией ( $r = 0,52$ ;  $p < 0,01$ ), умеренно с вытеснением ( $r = 0,44$ ;  $p < 0,01$ ), гиперкомпенсацией ( $r = 0,43$ ;  $p < 0,01$ ) и отрицанием ( $r = 0,40$ ;  $p < 0,01$ ); уровень замещения сильно, высоко достоверно коррелирует – с уровнем регрессии ( $r = 0,73$ ;  $p < 0,01$ ), значительно с компенсацией ( $r = 0,56$ ;  $p < 0,01$ ), проекцией ( $r = 0,51$ ;  $p < 0,01$ ), умеренно с вытеснением ( $r = 0,37$ ;  $p < 0,01$ ), гиперкомпенсацией ( $r = 0,31$ ;  $p < 0,01$ ), рационализацией ( $r = 0,31$ ;  $p < 0,01$ ) и отрицанием ( $r = 0,29$ ;  $p < 0,01$ ); отрицание умеренно, высоко достоверно коррелирует - с уровнем регрессии ( $r = 0,40$ ;  $p < 0,01$ ), рационализацией ( $r = 0,40$ ;  $p < 0,01$ ),

компенсацией ( $r = 0,36$ ;  $p < 0,01$ ), значительно с замещением ( $r = 0,51$ ;  $p < 0,01$ ) и слабо, достоверно коррелирует с уровнем проекции ( $r = 0,23$ ;  $p < 0,05$ ); уровень проекции значительно высоко достоверно коррелирует – с уровнем регрессии ( $r = 0,62$ ;  $p < 0,01$ ), гиперкомпенсацией ( $r = 0,59$ ;  $p < 0,01$ ), замещением ( $r = 0,51$ ;  $p < 0,01$ ), умеренно с рационализацией ( $r = 0,49$ ;  $p < 0,01$ ), компенсацией ( $r = 0,47$ ;  $p < 0,01$ ) и слабо, достоверно коррелирует с отрицанием ( $r = 0,23$ ;  $p < 0,05$ ); уровень компенсации значительно, высоко достоверно – с уровнем рационализации ( $r = 0,66$ ;  $p < 0,01$ ), гиперкомпенсацией ( $r = 0,59$ ;  $p < 0,01$ ), регрессией ( $r = 0,59$ ;  $p < 0,01$ ), замещением ( $r = 0,56$ ;  $p < 0,01$ ), умеренно с проекцией ( $r = 0,47$ ;  $p < 0,01$ ), отрицанием ( $r = 0,36$ ;  $p < 0,01$ ) и вытеснением ( $r = 0,30$ ;  $p < 0,01$ ); гиперкомпенсация значительно, высоко достоверно коррелирует – с рационализацией ( $r = 0,69$ ;  $p < 0,01$ ), проекцией ( $r = 0,59$ ;  $p < 0,01$ ), компенсацией ( $r = 0,59$ ;  $p < 0,01$ ), умеренно с регрессией ( $r = 0,43$ ;  $p < 0,01$ ), замещением ( $r = 0,31$ ;  $p < 0,01$ ) и слабо, достоверно коррелирует с уровнем тревоги ( $r = 0,25$ ;  $p < 0,05$ ).

Также выявлены обратные связи. Продолжительность высоко средне коррелирует с регрессией ( $r = -0,33$ ;  $p < 0,01$ ); кратность заболевания имеет обратную, среднюю высокую связь с регрессией ( $r = -0,35$ ;  $p < 0,01$ ) и среднюю, достоверную обратную связь с отрицанием ( $r = -0,22$ ;  $p < 0,05$ ) и компенсацией ( $r = -0,27$ ;  $p < 0,05$ ); регрессия имеет высоко статистически значимую среднюю обратную связь с продолжительностью ( $r = -0,30$ ;  $p < 0,01$ ) и кратностью ( $r = -0,35$ ;  $p < 0,01$ ) заболевания; уровень отрицания имеет статистически значимую, среднюю связь с кратностью заболевания ( $r = -0,22$ ;  $p < 0,05$ ); уровень компенсации имеет статистически значимую, среднюю связь с кратностью заболевания ( $r = -0,27$ ;  $p < 0,05$ ) (таблица 7).

Таким образом, субклинически выраженная тревога определяется у 39,3 % ( $p < 0,05$ ) пациентов и клинически выраженная тревога – у 29,8 % ( $p > 0,05$ ). Субклинически выраженная депрессия определяется у 28,6 % пациентов ( $p < 0,05$ ) и клинически выраженная депрессия – у 15,5 % ( $p < 0,05$ ). Преобладающие субклинический выраженный фон тревоги у 44,4 % ( $p < 0,05$ )

Таблица 7 – Корреляционные связи между аффективными расстройствами, силами МПЗ, продолжительностью болезни и кратностью обращений респондентов к специалистам

Показатели	Продолжительность	Кратность обращений	Тревога	Депрессия	Вытеснение	Регрессия	Замещение	Отрицание	Проекция	Компенсация	Гиперкомпенсация	Рационализация
Продолжительность	-	0,8**	0,1	-0,3	-0,14	-0,3**	-0,1	-0,1	0,1	-0,2	0,02	-0,2
Кратность обращений	0,8**	-	-0,1	0,13	-0,2	-0,4**	-0,1	-0,22*	-0,1	-0,3*	-0,02	-0,21
Тревога	0,06	-0,06	-	0,6**	0,3	0,21	-0,53	-0,1	0,11	-0,03	0,3*	-0,04
Депрессия	-0,3	0,13	0,6**	-	-0,12	0,1	-0,51	-0,03	0,13	-0,2	0,10	0,01
Вытеснение	-0,14	-0,2	0,3	-0,12	-	0,44**	0,4**	0,2	0,2	0,3**	0,1	0,2
Регрессия	-0,3**	-0,4**	0,21	-0,9	0,44**	-	0,73**	0,4**	0,62**	0,6**	0,43**	0,52**
Замещение	-0,1	-0,1	-0,53	-0,51	0,4**	0,73**	-	0,3**	0,51**	0,6**	0,31**	0,31**
Отрицание	-0,1	-0,22*	-0,1	-0,03	0,2	0,4**	0,3**	-	0,23*	0,4**	0,2	0,4**
Проекция	0,1	-0,1	0,11	-0,13	0,2	0,62**	0,51**	0,23*	-	0,5**	0,6**	0,5**
Компенсация	-0,2	-0,3*	-0,03	-0,2	0,3**	0,6**	0,6**	0,36**	0,5**	-	0,6**	0,7**
Гиперкомпенсация	0,02	-0,02	0,3*	0,1	0,1	0,43**	0,31**	0,2	0,6**	0,6**	-	0,7**
Рационализация	-0,2	-0,21	-0,04	0,01	0,2	0,52**	0,31**	0,4**	0,5**	0,7**	0,7**	-

Примечание. \* – Достоверная корреляция; \*\* – Высоко достоверная корреляция; “-” – Обратная корреляция.

и депрессии 33,3 % ( $p < 0,05$ ) во II группе пациентов по сравнению с данными показателями I группы – являются критериями формирования хронизации, коморбидности и резистентности терапии. У пациентов как в I группе, так и во II доминируют такие МПЗ, как отрицание, компенсация, регрессия, причём у пациентов II группы их сила значительно выше. Определяются статистически значимые корреляции между возрастом, продолжительностью заболевания, кратностью обращений к специалистам, уровнем аффекта и силой МПЗ, что формирует клиничко-психологические механизмы коморбидности ССЗ. Таким образом, субклинически выраженный уровень аффекта, доминирующие МПЗ (отрицание, компенсация, регрессия) и корреляционные связи между ними позволяют обозначить стереотипы образования мультиморбидности при ССЗ, их хронизации, резистентности к терапии, что требует дальнейшего углубленного изучения клиничко-психологических механизмов при ССЗ для разработки эффективной персонализированной терапии, профилактики и улучшения качества жизни пациентов.

Поступила: 09.04.2025;  
рецензирована: 23.04.2025; принята: 25.04.2025.

#### Литература

1. World Health Organization, 2023. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/hypertension> (дата обращения: 16.04.2025).

2. Tsao C.W., Aday A.W., Almarzooq Z.I., Anderson C.A.M., Arora P., Avery C.L., Baker-Smith C.M., Beaton A.Z., Boehme A.K., Buxton A.E., Commodore-Mensah Y., Elkind M.S.V., Evenson K.R., Eze-Nliam C., Fugate S., Generoso G., Heard D.G., Hiremath S., Ho J.E., Kalani R., Kazi D.S., Ko D., Levine D.A., Liu J., Ma J., Magnani J.W., Michos E.D., Mussolino M.E., Navaneethan S.D., Parikh N.I., Poudel R., Rezk-Hanna M., Roth G.A., Shah N.S., St-Onge M.P., Thacker E.L., Virani S.S., Voeks J.H., Wang N.Y., Wong N.D., Wong S.S., Yaffe K., Martin S.S. American Heart Association Council on Epidemiology and Prevention Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart Disease and Stroke Statistics-2023 Update: A Report From the American Heart Association // *Circulation*. 2023. 21; 147 (8): e93–e621. DOI: 10.1161/CIR.0000000000001123.
3. Fuchs F.D., Whelton P.K. High blood pressure and cardiovascular disease // *Hypertension*. 2020. 75 (2): 285–292. DOI: 10.1161/hypertensionaha.119.1424
4. World Heart Report 2023: Confronting the World's Number One Killer. Geneva, Switzerland. World Heart Federation. 2023. URL: [https://world-heart-federation.org/wp-content/uploads/World-Heart-Report-2023.pdf?utm\\_source](https://world-heart-federation.org/wp-content/uploads/World-Heart-Report-2023.pdf?utm_source) (дата обращения: 16.04.2025).
5. Vinni S.S., Alonso A. et other Heart Disease and Stroke Statistics. 2021. Update: A Report From the American Heart Association / S.S. Vinni, A. Alonso, N.J. Aparicio, E.J. Benjamin, M.S. Bittencourt, C.W. Callaway, A.P. Carson, A.M. Chamberlain [et al.] // *Circulation*. 2021. Vol. 14. № 8.
6. Иванов Д.О. Заболевания сердечно-сосудистой системы как причина смертности в Российской Федерации: пути решения проблемы / Д.О. Иванов, В.И. Орел, Ю.С. Александрович [и др.] // *Медицина и организация здравоохранения*. 2019. № 2. С. 4–12. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/zabolevaniya-serdechno-sosudistoy-sistemy-kak-prichina-smertnosti-v-rossiyskoy-federatsii-puti-resheniya-problemy> (дата обращения: 16.04.2025).
7. Из отчета Национального центра кардиологии и терапии им. М.М. Миррахимова (МЗ КР, 2023). URL: <https://media-center.kg/ru/news/V-Kirgizstane-uroven-smertnosti-ot-serdechno-sosudistih-zabolevaniy-sostavlyayet-518-297935542?utm> (дата обращения: 16.04.2025).
8. Ырысова М.Б. Болезни системы кровообращения в Кыргызской Республике в период с 2002 по 2017 годы / М.Б. Ырысова // *Кардиология*. 2020. 60(7). ISSN 0022-9040. DOI: 10.18087/cardio.2020.7.n890
9. Соложенкин В.В. Избранные лекции по психиатрии для врачей-кардиологов: учебное пособие / В.В. Соложенкин. Бишкек: Изд-во КРСУ, 2011. 134 с.
10. Сулайманова М.Р. Основы психопатологии в общей медицинской практике: учеб. пособие / М.Р. Сулайманова. Бишкек: Изд-во КРСУ, 2024. 149 с.
11. Протьюко Н.Н. Тревожные и депрессивные расстройства у кардиологических пациентов / Н.Н. Протьюко, А.В. Горюнов, Н.С. Дергач [и др.] // *Неотложная кардиология и кардиоваскулярные риски*. 2024. Т. 8. № 1. С. 2193–2200.
12. Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates. World Health Organization. URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf> (дата обращения: 16.04.2025).
13. Пчеленок Ю.В. Влияние тревожно-депрессивных расстройств на развитие резистентной артериальной гипертензии / Ю.В. Пчеленок А.В., Фомичева, М. Канаева [и др.] // *Системные гипертензии*. 2024. Т. 21. № 2. С. 51–57.
14. Могилатова А.А. Исследование защитных механизмов психики при кардиологических патологиях / А.А. Могилатова, М.Н. Данилова // *Скиф*. 2020. № 4 (44). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/issledovanie-zaschitnyh-mehanizmov-psihiiki-pri-kardiologicheskikh-patologiyah> (дата обращения: 23.03.2025).
15. Лазарева Е.Ю. Личностные адаптационные ресурсы при кардиальной патологии / Е.Ю. Лазарева, Е.Л. Николаев // *Вестник ЧГПУ им. И.Я. Яковлева*. 2013. № 4-1 (80).
16. Сулайманова М.Р. Клинико-психологические особенности аффективного синдрома у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями и психическими расстройствами / М.Р. Сулайманова, П.А. Шелиховская, А.Э. Лысенко // *Вестник КРСУ*. 2018. Т. 18. № 6. С. 91–95.