

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ФЕНОМЕНА ОДИНОЧЕСТВА ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ И КОМОРБИДНЫХ РАССТРОЙСТВАХ

М.Р. Сулайманова, Р.Б. Сулайманов, А.С. Ким, Т.А. Нелюбова

Проведено исследование феномена одиночества (ФО) в системе клиничко-психологических процессов у пациентов с психическими расстройствами и коморбидными состояниями и влияния ФО на развитие хронизации заболеваний и резистентности к терапии. Разработаны мишени психологической коррекции данных расстройств с учетом ФО.

Ключевые слова: феномен одиночества; тревога; депрессия; психологическая коррекция.

В современном мире одиночество является сложным феноменом, который изучается различными научными дисциплинами: психологией, антропологией, социологией, философией, медициной и др. [1–5]. Научные исследования отражают противоречивость взглядов множества психологических концепций на феномен одиночества (ФО) [6]. Актуальность исследования ФО в области психического здоровья обусловлена высоким уровнем распространенности как психических, так и коморбидных заболеваний, а также тенденцией к их хронизации и резистентности к проводимой терапии [6–8], что существенно влияет на качество жизни населения [4–7, 9]. Данные обзора литературы свидетельствуют о незначительном количестве исследований ФО при психических заболеваниях, где он рассматривается преимущественно в рамках депрессивного синдрома [4, 6, 7, 9]. Целенаправленные исследования по изучению влияния ФО в системе патологических и клиничко-психологических процессов у пациентов с психическими расстройствами и коморбидными заболеваниями отсутствуют.

Цель исследования – изучение влияния феномена одиночества (ФО) в системе патологических и клиничко-психологических процессов у пациентов с психическими расстройствами и коморбидными состояниями.

Задачи:

1. Идентифицировать аффективный компонент как один из факторов, обуславливающих фор-

мирование ФО при психических расстройствах и коморбидных аффективных и соматических заболеваниях.

2. Изучить структуру ФО как одного из системообразующих механизмов, способствующих хронизации и резистентности к проводимой терапии.

3. Разработать дифференцированные психокоррекционные и психотерапевтические подходы в лечении аффективных расстройств различного уровня тяжести.

Материалы и методы исследования. Обследован 71 респондент на базе стационарных отделений Республиканского центра психического здоровья (РЦПЗ) и Лечебно-оздоровительного объединения Управления делами Президента Кыргызской Республики (ЛОО УДПКР) после получения их информированного согласия. Согласно принципу нозологической принадлежности, пациенты были поделены на три исследуемые группы: 1-ю группу составили 25 (35,2 %) пациентов с амбулаторными аффективными расстройствами пограничного уровня; 2-ю – 22 (31 %) респондента с аффективными проявлениями эндогенного регистра; 3-ю – 24 (33,8 %) респондента с коморбидными состояниями с преобладающим тревожным и/или депрессивным аффектом на фоне хронического соматического расстройства. В исследовании приняли участие 40 женщин (56,3 %) и 31 мужчина (43,7 %). Высшее образование имели 27 (38,01 %) пациентов, среднее специальное – 30 (42,3 %),

среднее – 14 (19,69 %), из них городские жители составили 32 (45,1 %) респондента, сельские – 39 (54,9 %).

Методы исследования. Полуформализованное интервью, стандартизированные шкалы: госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), шкала Цунга (ШДЦ) для самооценки депрессии, шкала Спилбергера – Ханина для самооценки личностной тревожности (ШЛТ), шкала для самооценки уровня одиночества (UCLA). Из исследования исключались пациенты с ургентными состояниями, онкологическими и инфекционными заболеваниями, деменцией, умственной отсталостью, болезнями головного мозга. Полученные данные подвергались процедуре статистической обработки с использованием методов непараметрической статистики и корреляционного анализа.

Результаты. В результате проведенного исследования и сравнительного анализа аффективного компонента у респондентов выделенных групп нами получены следующие показатели (таблица 1): наиболее высокий уровень тревоги демонстрируют пациенты 1-й группы, у которых госпитальная тревога достигает клинически выраженной по HADS: $15,86 \pm 3,64$ ($P < 0,05$) и высокий уровень личностной тревожности по ШЛТ: $54,29 \pm 3,22$ ($P < 0,05$). У пациентов 2-й группы – клинически выраженная тревога по HADS: $14,94 \pm 2,13$ ($P < 0,05$); по ШЛТ – высокий уровень личностной тревожности: $53,14 \pm 4,48$ ($P < 0,05$). Пациенты 3-й группы демонстрируют тревогу от субклинически до клинически выраженной (HADS: $12,11 \pm 3,84$ ($P <$

$0,05$), и личностную тревожность – от легкой до умеренной степени (ШЛТ): $43,57 \pm 4,63$ ($P < 0,05$). Наиболее высокий уровень депрессии определяется у пациентов 2-й группы и достигает клинически выраженной по HADS: $14,86 \pm 3,33$ ($P < 0,05$) и от средней до тяжелой степени выраженности – по ШДЦ: $68,96 \pm 5,21$ ($P < 0,05$). У пациентов 1-й группы депрессия соответствует уровню от субклинически до клинически выраженной (HADS: $11,43 \pm 3,47$ ($P < 0,05$) и от слабой до умеренной степени (ШДЦ: $58,00 \pm 4,81$ ($P < 0,05$)). У пациентов 3-й группы депрессия субклинически выраженная – по HADS: $9,93 \pm 2,82$ ($P < 0,05$) и легко выраженная – по ШДЦ: $55,43 \pm 3,77$ ($P < 0,05$).

При сравнительном анализе уровня одиночества посредством шкалы UCLA (таблица 2), оказалось, что у пациентов всех трех исследуемых групп уровень одиночества превышает средние значения. Наиболее высокий уровень одиночества ($0,05$) определяется у пациентов 2-й группы и соответствует $61,71 \pm 4,36$; у пациентов 1-й – $57,86 \pm 5,58$ ($P < 0,05$); у пациентов 3-й группы – $51,86 \pm 4,58$ ($P < 0,05$). Таким образом, наиболее высокий уровень одиночества демонстрируют пациенты с эндогенными и невротическими аффективными расстройствами. Наиболее низкий уровень – у пациентов с коморбидными состояниями.

Таким образом, у всех исследуемых групп пациентов с аффективными расстройствами невротического и эндогенного реестра, а также при коморбидных состояниях уровень тревожного и депрессивного аффекта превышает нормальный,

Таблица 1 – Идентификация уровня аффекта в зависимости от нозологической принадлежности

Группы респондентов, n	Тревога HADS	P	Тревожность (ШЛТ)	P	Депрессия HADS	P	Депрессия (ШДЦ)	P
1-я группа (26)	$15,86 \pm 3,6$	0,05	$54,29 \pm 3,2$	0,05	$11,43 \pm 3,5$	0,05	$58,00 \pm 4,8$	0,05
2-я группа (21)	$14,94 \pm 2,1$	0,05	$53,14 \pm 4,4$	0,05	$14,86 \pm 3,3$	0,05	$68,96 \pm 5,2$	0,05
3-я группа (24)	$12,11 \pm 3,8$	0,05	$43,57 \pm 4,6$	0,05	$9,93 \pm 2,8$	0,05	$55,43 \pm 3,8$	0,05

Таблица 2 – Идентификация уровня одиночества в зависимости от нозологической принадлежности

Исследуемые группы респондентов	Уровень одиночества (UCLA)	P
1-я группа, n = 26	$57,86 \pm 5,58$	0,05
2-я группа, n = 21	$61,71 \pm 4,36$	0,05
3-я группа, n = 24	$51,86 \pm 4,58$	0,05

Таблица 3 – Распределение уровня аффекта и уровня одиночества в зависимости от места проживания пациента

Место проживания	Тревога (HADS)	Тревожность (ШЛТ)	Депрессия (HADS)	Депрессия (ШДЦ)	Одиночество (UCLA)
Город, n = 32	$14,28 \pm 3,81$	$58,48 \pm 3,42$	$11,49 \pm 3,98$	$55,78 \pm 3,1$	$56,06 \pm 3,66$
Село, n = 39	$12,98 \pm 4,53$	$55,77 \pm 3,51$	$13,78 \pm 4,57$	$57,75 \pm 4,78$	$51,44 \pm 4,58$

а уровень одиночества превышает средние значения. При этом наиболее высокий уровень одиночества демонстрируют пациенты с эндогенными ($n = 0,51^{**}$) и невротическими аффективными ($n = 0,33^*$) расстройствами по сравнению с пациентами с тревожным и/или депрессивным аффектом в составе коморбидных соотношений. Наиболее низкий уровень одиночества у пациентов 3-й группы ($n = 0,2^*$), вероятно, объясняется проявлением коморбидного состояния в форме соматизации аффекта, что, соответственно, препятствует развитию стигматизации и обуславливает сохранение привычных стереотипов восприятия соматического заболевания.

При сравнительном анализе уровня аффекта и уровня одиночества у жителей города и жителей села (таблица 3) оказалось, что у городских пациентов уровень тревожного аффекта (HADS: $14,28 \pm 3,8$; $P < 0,05$; ШЛТ: $58,48 \pm 3,42$; $P < 0,05$) преобладает над уровнем тревоги у сельских жителей (HADS: $12,98 \pm 4,53$; $P < 0,05$), ШЛТ: $55,77 \pm 3,51$ ($P < 0,05$). При этом уровень депрессии, напротив, у пациентов сельского региона более высокий (HADS: $13,78 \pm 4,57$; $P < 0,05$; ШДЦ: $57,75 \pm 4,78$; ($0,05$) по сравнению с городскими жителями (HADS: $11,49 \pm 3,98$; $P < 0,05$; ШДЦ: $57,75 \pm 4,78$; ($0,05$). Уровень одиночества как у жителей города ($56,06 \pm 3,66$), так и села ($51,44 \pm 4,58$) превышает средние значения и прямо пропорцио-

нально коррелирует с уровнем тревоги и депрессии ($0,05$). При этом определяется доминирование уровня одиночества у городских жителей, что, по всей вероятности, обусловлено тенденцией к демонстрации социальных, этнокультуральных ценностей по механизмам компенсации и сохранению приемлемого образа “Я” на уровне проявления “Эго” (по К.Г. Юнгу – “Персона”, Jung, 1931/1969). Следующим предрасполагающим фактором является высокий уровень плотности населения в городе, вынуждающий стремиться к выделению личного пространства. Этому способствует также более выраженная социальная и временная занятость жителей города, предпочтение к коммуникациям и обмену информацией в условиях стремительно развивающегося виртуального интернет-пространства.

При сравнительной оценке уровня аффекта и одиночества в зависимости от гендерной принадлежности (таблица 4) оказалось, что у женщин уровень тревожного аффекта соответствует высокому (HADS: $15,58 \pm 2,47$, $P < 0,05$; ШЛТ: $61,58 \pm 4,23$, $P < 0,05$) и доминирует по отношению к уровню тревоги у мужчин (HADS: $13,56 \pm 4,58$, $P < 0,05$; ШЛДТ: $59,11 \pm 5,41$, $P < 0,05$). При этом уровень депрессии у мужчин (HADS: $13,44 \pm 3,90$, $P < 0,05$; ШДЦ: $56,78 \pm 4,35$, $P < 0,05$) доминирует по сравнению с ее уровнем у женщин (HADS: $12,25 \pm 4,35$, $P < 0,05$; ШДЦ: $54,0 \pm 3,13$, $P < 0,05$). Уро-

Таблица 4 – Распределение уровня аффекта и уровня одиночества в зависимости от гендерной принадлежности

Пол		Тревога (HADS)	Тревожность (ШЛТ)	Депрессия (HADS)	Депрессия (ШДЦ)	Одиночество (UCLA)
Женский n = 40	$P < 0,05$	$15,58 \pm 2,47$	$61,58 \pm 4,23$	$12,25 \pm 4,35$	$54,00 \pm 3,13$	$56,42 \pm 4,37$
Мужской n = 31	$P < 0,05$	$13,56 \pm 4,58$	$59,11 \pm 5,41$	$13,44 \pm 3,90$	$56,78 \pm 4,35$	$52,89 \pm 5,94$

Таблица 5 – Распределение уровня аффекта и уровня одиночества в зависимости от продолжительности заболевания

Продолжительность заболевания в годах		Тревога (HADS)	Тревожность (ШЛТ)	Депрессия (HADS)	Депрессия (ШДЦ)	Одиночество UCLA
До 3-х (n = 26)	$P < 0,05$	$14,06 \pm 3,79$	$55,71 \pm 3,20$	$11,12 \pm 2,13$	$52,06 \pm 3,73$	$51,65 \pm 5,45$
3–5 (n = 24)	$P < 0,05$	$14,50 \pm 2,82$	$56,80 \pm 5,60$	$12,00 \pm 4,48$	$56,51 \pm 5,61$	$54,50 \pm 4,01$
Более 5 (n = 21)	$P < 0,05$	$12,50 \pm 4,07$	$59,50 \pm 4,95$	$14,50 \pm 1,71$	$59,00 \pm 4,08$	$59,50 \pm 3,02$

Таблица 6 – Распределение уровня аффекта и уровня одиночества в зависимости от кратности госпитализаций в стационар

Частота попаданий в больницу	Тревога (HADS)	Тревожность (ШЛТ)	Депрессия (HADS)	Депрессия (ШДЦ)	Одиночество UCLA
1 раз (n = 28)	$13,11 \pm 4,26$	$53,00 \pm 4,27$	$11,67 \pm 4,24$	$51,89 \pm 9,73$	$53,33 \pm 5,16$
2–3 раза (n = 26)	$14,82 \pm 2,7$	$59,60 \pm 5,44$	$13,40 \pm 5,19$	$54,50 \pm 5,95$	$52,0 \pm 4,65$
4 и более раз (n = 17)	$14,11 \pm 1,71$	$58,50 \pm 4,95$	$14,50 \pm 1,71$	$59,00 \pm 2,99$	$61,50 \pm 6,02$

вень одиночества как у женщин ($56,42 \pm 4,37$, $P < 0,05$), так и у мужчин ($52,89 \pm 5,94$, $P < 0,05$) превышает средние значения, при этом у женщин преобладает. Таким образом, у женщин уровень одиночества положительно ($0,05$) коррелирует с доминирующим уровнем тревоги ($r = 0,1^*$), а у мужчин – с доминирующей депрессией ($r = 0,48^*$).

Следовательно, формирование феномена одиночества у женщин обуславливает тревожный аффект, а у мужчин – депрессивный аффект. Доминирующий уровень одиночества у женщин исследуемого региона обусловлен ограничением сферы самоактуализации.

При оценке средних значений уровня аффекта и уровня одиночества в зависимости от продолжительности заболевания (таблица 5) выявлено, что с продолжительностью течения заболевания на фоне снижения уровня госпитальной тревоги от $14,06 \pm 3,79$ ($0,05$) до $12,50 \pm 3,71$ ($0,05$) по HADS повышаются показатели уровня личностной тревожности от $55,71 \pm 3,20$ ($0,05$) до $59,50 \pm 4,95$ ($0,05$), а также уровня депрессии от $11,12 \pm 2,13$ до $14,5 \pm 1,71$ ($0,05$) по HADS и $52,06 \pm 3,73$ до $59,00 \pm 3,02$ ($0,05$) – по ШДЦ. Одновременно отмечается рост уровня одиночества ($0,05$) от $52,00 \pm 8,4$ до $62 \pm 12,0$.

При оценке уровня аффекта и одиночества в зависимости от частоты госпитализации (таблица 6) выявлено, что наивысший уровень тревоги проявляется среди пациентов, госпитализированных от 2 до 3 раз (HADS: $14,82 \pm 2,7$ ($0,05$); ШЛТ: $59,6 \pm 5,44$ ($0,05$), что не намного превышает показатели уровня тревоги у пациентов, госпитализированных более 4 раз (HADS: $14,5 \pm 0,71$ ($0,05$); ШЛТ: $59,60 \pm 5,44$ ($0,05$)). Уровень депрессии наиболее высоко проявляется у пациентов, госпитализированных более 4 раз: по HADS: $14,50 \pm 0,71$ ($0,05$); ШДЦ: $59 \pm 2,99$ ($0,05$), затем у пациентов с частотой госпитализации от 2 до 3 раз: HADS – $13,4 \pm 5,19$; ШДЦ – $54,5 \pm 5,95$ ($0,05$). При анализе уровня одиночества нами выявлено, что у всех трех групп пациентов уровень одиночества превышает средние показатели, однако самые высокие показатели – у группы пациентов, госпитализированных более 4 раз ($61,5 \pm 6,02$, $P < 0,05$).

Таким образом, уровень аффекта преобладает в группе пациентов, госпитализированных 4 и более раз, что обусловлено возникшей у них фрустрацией из-за неприятия на сознательном уровне длительности своего заболевания и отсутствия ожидаемой эффективности от проводимой терапии. Преобладающий уровень одиночества в этой группе пациентов обусловлен длительно протекающим расстройством, в связи с чем пациенты, по сути, остаются один на один с болезнью.

Выводы

1. В структуре амбулаторных аффективных расстройств доминирует тревожный аффект, в структуре аффективных расстройств эндогенного регистра преобладает депрессивный аффект, коморбидные состояния характеризуются выраженностью тревожно-депрессивного аффекта.

2. У пациентов всех трех исследуемых групп с аффективными нарушениями уровень одиночества превышает средние значения и положительно коррелирует с уровнем аффекта.

3. Уровень одиночества при эндогенных аффективных расстройствах преобладает над уровнем одиночества других исследуемых групп, что является отражением стигматизированного отношения общества к психическим заболеваниям. Наиболее низкие показатели уровня одиночества при коморбидных состояниях обусловлены социальными приемлемой соматизированностью аффекта при соматических заболеваниях.

4. Доминирующий тревожный аффект у городских жителей и депрессивный – у жителей села способствуют формированию ФО как системообразующего фактора, влияющего на процессы взаимообусловленности аффективных сдвигов с глубиной тяжести переживания одиночества.

5. Продолжительность течения заболевания и кратность госпитализаций являются фактором хронизации тревоги и/или депрессии, и в последующем – формирования ФО.

5.1. Формирование ФО у женщин обусловлено тревожным аффектом, у мужчин – депрессивным.

6. Типология континуумов исследуемых групп представляет собой:

- у группы пациентов с амбулаторными аффективными расстройствами: тревога → одиночество;
- у группы пациентов с аффективными расстройствами эндогенного регистра: депрессия → одиночество;
- у пациентов с коморбидными состояниями: тревога → депрессия → одиночество, что способствует формированию диагностики терапевтических мишеней в процессе психокоррекционной интервенции у пациентов с аффективными расстройствами различного уровня тяжести.

Литература

1. Литвак М.А. Одиночество как невроз / М.А. Литвак // Школьный психолог. 2004. № 44.
2. Перлман Д. Теоретические подходы к одиночеству / Д. Перлман, Л.Э. Пепло // Лабиринты одиночества; пер. с англ.; сост., общ. ред. и предисл. Н.Е. Покровского. М.: Прогресс, 1989.

3. Хьелл Л. Теории личности. Основные положения, исследования и применение / Л. Хьелл, Д. Зиглер. СПб.: Питер, 2013. 607 с.
4. *Melchior, M., Berkman, L.F., Niedhammer, I., Chea, M., & Goldberg, M.* (2003). Social relations and self-reported health: A prospective analysis of the French Gazel cohort. *Social Science & Medicine*, 56, 1817–1830.
5. *Moustakas C.* (1972). *Loneliness and love*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
6. Избранные лекции по психиатрии с элементами психотерапии: учеб. пособие / сост. В.В. Соложенкин. Бишкек: Изд-во КРСУ, 2011. 318 с.
7. *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 “Мед-практика”, 2008. 136 с.
8. *Сулайманова М.Р.* Психовегетативные симптомокомплексы в структуре коморбидных расстройств: автореф. дис. ... канд. мед. наук / М.Р. Сулайманова. Бишкек, 2012. 25 с.
9. *Cacioppo, J.T., Hughes, M.E., Waite, L.J., Hawkey, L.C., & Thisted, R.A.* Loneliness as a Specific Risk Factor for Depressive Symptoms: Cross-Sectional and Longitudinal Analyses. *Psychology and Aging*. 2006. Vol. 21. № 1. P. 140–151.