

УДК 159.97

**ФЕНОМЕН ОДИНОЧЕСТВА И ФЕНОМЕН АГРЕССИИ  
В СТРУКТУРЕ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНОГО СИНДРОМА**

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

Проведено исследование клинико-психологических особенностей структуры тревожно-депрессивного синдрома у пациентов с эндогенными и невротическими расстройствами. Определены мишени психологической и терапевтической коррекции с учетом феноменов одиночества и агрессии.

*Ключевые слова:* одиночество; агрессия; тревога; депрессия; психологическая коррекция.

---

**THE LONELINESS PHENOMENON AND THE AGGRESSION PHENOMENON  
IN THE STRUCTURE OF ANXIETY-DEPRESSIVE SYNDROME**

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

The study of the structure of anxiety-depressive syndrome in patients with endogenous and neurotic disorders revealed the impact of the phenomenon of loneliness and aggression on chronization and on resistance to therapy. Psychological and therapeutic correction targets were defined under the conditions of loneliness and aggression phenomena.

*Key words:* loneliness; aggression; anxiety; depression; psychological correction.

В современной научной литературе отражена противоречивость взглядов множества психологических концепций на такие феномены, как одиночество [1–3] и агрессия [4–6]. Актуальность изучения данных явлений в области психического здоровья обусловлена высоким уровнем распространенности психических заболеваний и, прежде всего, возрастающей тенденцией к их хронизации и резистентности к проводимой терапии, что существенно влияет на качество жизни населения [3, 6–15]. Данные обзора литература свидетельствуют о доминировании научных исследований в области взаимообуславливания тревоги и депрессии [3, 7, 10, 13–15], которые, по выражению Ю.Л. Нуллера и И.Н. Михаленко (1988), являются «устойчивой констелляцией симптомов, объединенных общими патогенетическими механизмами», что по существу «сродни факторам в факторном анализе, при котором устанавливаются множественные корреляции между рядом признаков (симптомов)» [6]. При этом целенаправленные исследования по изучению феномена одиночества (ФО) и феномена агрессии (ФА) в структуре тревожно-депрессивного синдрома (ТДС) единичны [4, 8, 9, 11, 12], в системе патологических

и клинико-психологических процессов у пациентов с расстройствами невротического и эндогенного регистра в сравнительном аспекте отсутствуют. В практической деятельности специалисты в области здравоохранения: интернисты, психиатры, а также клинические психологи, вопросы, связанные с развитием ФО и ФА, к сожалению, не учитывают [7, 11].

Цель исследования – изучение особенностей синдромальной структуры психопатологических нарушений, как фактора, обуславливающего сопряженность аффективных расстройств невротического и эндогенного регистров, для оптимизации процессов диагностики и психокоррекции.

Задачи:

1. Идентифицировать выраженность аффекта тревожно-депрессивных нарушений при невротических и эндогенных расстройствах.
2. Изучить влияние уровней тревоги и депрессии на продолжительность аффективного расстройства с учетом уровня одиночества и агрессии.
3. Изучить взаимосвязи психологических особенностей и психопатологических нарушений в структуре тревожно-депрессивного синд-

рома (ТДС) при эндогенных и невротических расстройствах.

**Материалы исследования.** Обследовано 66 респондентов с расстройствами тревожно-депрессивного спектра (РТДС) на базе Республиканского центра психического здоровья и Лечебно-оздоровительного объединения в возрасте от 18 до 55 лет. Сформировано 2 исследовательские группы: 1-ю составили 28 пациентов (42,4 %) с РТДС эндогенного регистра; 2-ю – 38 пациентов (57,6 %) с РТДС невротического регистра. Из них: 37 женщин (56,1 %) и 29 мужчин (44,9 %).

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

**Результаты.** Идентификация уровня аффекта в исследуемых группах выявила следующие особенности, определяющие отличия среди исследуемых групп (таблица 1). При эндогенных расстройствах уровень тревоги соответствует субклиническому ( $9,8 \pm 0,8$ ;  $p < 0,01$ ) по результатам Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (Т-HADS), по шкале личностной тревоги (ШЛТ) – соответствует умеренному ( $43,4 \pm 2,3$ ;  $p < 0,01$ ). По результатам Д-HADS уровень депрессии выражен клинически ( $14,6 \pm 0,8$ ,  $p < 0,01$ ), по шкале депрессии Цунга (ШДЦ) – соответствует умеренному ( $64,5 \pm 1,8$ ;  $p < 0,01$ ).

При невротических расстройствах уровень тревоги соответствует клинически выраженному ( $14,9 \pm 0,7$ ;  $p < 0,05$ ) по HADS, по ШЛТ – высокому ( $51,7 \pm 1,7$ ;  $p < 0,01$ ), уровень депрессии – субклинический ( $8,96 \pm 0,7$ ,  $p < 0,01$ ) по HADS, по ШДЦ – соответствует легкой степени ( $54,7 \pm 1,7$ ;  $p < 0,01$ ).

Таблица 1 – Идентификация уровня аффекта при невротических и эндогенных расстройствах

Шкала	Эндогенные расстройства ( $p < 0,01$ )	Невротические расстройства ( $p < 0,01$ )
Т – HADS*	$9,8 \pm 0,8$	$14,9 \pm 0,7$
Т – ШЛТ	$43,4 \pm 2,3$	$51,7 \pm 1,7$
Д – HADS	$14,6 \pm 0,8$	$8,96 \pm 0,7$
Д – ШДЦ	$64,5 \pm 1,8$	$54,7 \pm 1,7$

\*Примечание: Т-HADS – госпитальная шкала тревоги; Д-HADS – госпитальная шкала депрессии; ШЛТ – шкала личностной тревожности Спилбергера – Ханина; ШДЦ – шкала депрессии Цунга.

Идентификация уровня одиночества посредством шкалы UCLA (таблица 2) у пациентов с эндо-

генными заболеваниями выявила высокий уровень одиночества ( $55,4 \pm 1,7$ ;  $p < 0,01$ ); при невротических расстройствах уровень одиночества превышал средние значения ( $44,8 \pm 2,2$ ;  $p < 0,01$ ).

Уровень агрессии по Ассингеру (см. таблицу 2) у пациентов с РТДС эндогенного регистра соответствовал  $35,5 \pm 1,8$  ( $p < 0,01$ ), у пациентов с невротическими нарушениями уровень агрессии соответствовал  $36,5 \pm 1,2$  ( $p < 0,01$ ).

Таблица 2 – Идентификация уровня одиночества и агрессии при невротических и эндогенных расстройствах

Шкала	Эндогенные расстройства ( $p < 0,01$ )	Невротические расстройства ( $p < 0,01$ )
Уровень одиночества	$55,4 \pm 1,7$	$44,8 \pm 2,2$
Уровень агрессии	$35,5 \pm 1,8$	$36,5 \pm 1,2$

Идентификация уровня аффекта, одиночества и агрессии в зависимости от продолжительности заболевания в период до 3 лет и свыше 3 лет выявило динамические особенности в группах (таблица 3). У пациентов с эндогенными нарушениями уровень тревоги понижается в сравнимые периоды заболевания от  $10,7 \pm 0,8$  (до 3 лет) до  $8,9 \pm 1,5$  (свыше 3 лет) ( $p < 0,01$ ) – по HADS, от  $51,2 \pm 3,5$  (до 3 лет) до  $44,8 \pm 3,4$  (свыше 3 лет) ( $p < 0,01$ ) – по ШЛТ; уровень депрессии возрастает от  $9,6 \pm 0,7$  (до 3 лет) до  $14,9 \pm 1,5$  (свыше 3 лет) ( $p < 0,01$ ) – по HADS и по ШДЦ – от  $60,1 \pm 3,2$  (до 3 лет) до  $68,7 \pm 3,2$  (свыше 3 лет) ( $p < 0,01$ ); уровень одиночества возрастает от  $48,4 \pm 2,8$  (до 3 лет) до  $65,6 \pm 2,7$  (свыше 3 лет) ( $p < 0,01$ ), агрессии – снижается от  $36,5 \pm 1,9$  (до 3 лет) до  $34,5 \pm 1,6$  (свыше 3 лет) ( $p < 0,05$ ).

При невротических расстройствах уровень тревоги с развитием заболевания возрастает от  $10,5 \pm 0,7$  (до 3 лет) до  $16,3 \pm 0,6$  (свыше 3 лет) ( $p < 0,01$ ) (HADS); по ШЛТ – от  $49,6 \pm 1,5$  (до 3 лет) до  $54,7 \pm 2,2$  (свыше 3 лет) ( $p < 0,05$ ); депрессия понижается от  $14,7 \pm 0,7$  (до 3 лет) до  $9,0 \pm 2,3$  (свыше 3 лет) ( $p < 0,01$ ) (HADS); от  $58,6 \pm 3,1$  (до 3 лет) до  $52,0 \pm 2,0$  (свыше 3 лет) ( $p < 0,05$ ) (ШДЦ). Уровень одиночества возрастает от  $41,5 \pm 2,3$  (до 3 лет) до  $46,5 \pm 3,4$  (свыше 3 лет) ( $p < 0,01$ ); уровень агрессии повышается от  $34,5 \pm 0,5$  (до 3 лет) до  $37,5 \pm 0,5$  (свыше 3 лет) ( $p < 0,01$ ).

Корреляционный анализ в исследуемых группах выявил достоверные и высоко достоверные сильные положительные и отрицательные связи между уровнями тревоги, депрессии, одиночества, агрессии и продолжительностью заболевания

Таблица 3 – Идентификация уровня аффекта, одиночества и агрессии в зависимости от продолжительности расстройства

Шкала	Эндогенные расстройства (p < 0,01)		Невротические расстройства (p < 0,01)	
	до 3-х лет, M±m	более 3-х лет, M±m	до 3-х лет, M±m	более 3-х лет, M±m
Т-HADS	10,7±0,8	8,9±1,5	10,5±0,7	16,3±0,6
Т-ШЛТ	51,2±3,5	44,8±3,4	49,6±1,5	54,7±2,2
Д-HADS	9,6±0,7	14,9±1,5	14,7±0,7	9,0±2,0
Д-ШДЦ	60,1±3,2	68,7±3,2	58,6±3,1	52,0±2,0
Уровень одиночества	48,4±2,8	65,6±2,7	41,5±2,3	46,5±3,4
Уровень агрессии	36,5±1,9	34,5±1,6	34,5±0,5	37,5±0,5

Таблица 4 – Корреляционные связи между уровнем тревоги, депрессии, одиночества, агрессии и продолжительностью заболевания.

Шкала	Т-HADS	ШЛТ	Д-HADS	Д-ШДЦ	Одиночество	Агрессия	Продолжительность
Т-HADS	-	0,7**	-0,19**	-0,36*	0,2*	0,62**	-0,2*
Т-ШЛТ	0,7**	-	-0,3**	-0,42**	0,3*	0,59**	-0,2*
Д-HADS	-0,19**	-0,2**	-	0,56**	0,5**	0,2**	-0,4*
Д-ШДЦ	-0,36**	-0,3**		-	0,7**	0,28*	-0,4
Одиночество	0,23*	0,3*	0,5**	0,7**	-	0,2	0,5**
Агрессия	0,62**	0,59**	0,2*	0,28*	0,2	-	-0,12*
Продолжительность	-0,2*	-0,2*	-0,4*	-0,4*	0,5**	-0,12*	-

Примечание. r – коэффициент корреляции, \* – достоверная связь, \*\* – высоко достоверная связь, «-» – отрицательная корреляция.

(таблица 4). В структуре ТДС при эндогенных нарушениях уровень депрессии достоверно отрицательно коррелирует с продолжительностью заболевания (r = -0,4\*\*; p < 0,01), уровнем тревоги (r = -0,2; p < 0,05), агрессии (r = -0,12) и высоко достоверно позитивно – с уровнем одиночества (r = 0,5\*\*; p < 0,001). При невротических расстройствах уровень тревоги достоверно отрицательно слабо коррелирует с уровнем депрессии (r = -0,1\*; p < 0,05) и достоверно позитивно – с уровнем агрессии (r = 0,49\*; p < 0,05), О (r = 0,3\*; p < 0,05) и продолжительностью заболевания (r = 0,35\*\*; p < 0,01).

Таким образом, в структуре ТДС при эндогенных нарушениях уровень депрессии достоверно отрицательно коррелирует с продолжительностью заболевания, уровнем тревоги, агрессии и высоко достоверно позитивно – с уровнем одиночества. При невротических расстройствах уровень тревоги достоверно отрицательно слабо коррелирует с уровнем депрессии и достоверно позитивно – с уровнем агрессии, одиночества и продолжительностью заболевания.

### Выводы

1. В структуре тревожно-депрессивного синдрома при невротических расстройствах уровень тревоги соответствует клинически выраженному по HADS, высокому по ШЛТ и достоверно преобладает по отношению к уровню тревоги при тревожно-депрессивном синдроме эндогенного регистра (p < 0,05).

2. В структуре тревожно-депрессивного синдрома при эндогенных нарушениях уровень депрессии выражен клинически по HADS, соответствует умеренному по ШДЦ и значительно достоверно превышает уровень депрессии при невротических расстройствах (p < 0,001).

3. Высокий уровень одиночества при тревожно-депрессивном синдроме эндогенного регистра высоко достоверно превышает уровень одиночества при невротических расстройствах (p < 0,001); при этом уровень агрессии у пациентов с невротическими нарушениями доминирует над уровнем агрессии при эндогенных заболеваниях (p < 0,05).

4. С продолжительностью заболевания у пациентов с эндогенными нарушениями понижается уровень тревоги, уровень депрессии возрастает, высоко достоверно негативно коррелируя с уровнем тревоги ( $p < 0,001$ ), высоко достоверно позитивно – с уровнем одиночества ( $p < 0,001$ ) и отрицательно – с уровнем агрессии ( $p < 0,05$ ).

5. С продолжительностью течения невротического расстройства в структуре тревожно-депрессивного синдрома уровень тревоги возрастает, уровень депрессии снижается ( $p < 0,05$ ), при этом уровень агрессии и одиночества возрастает, позитивно коррелируя с уровнем тревоги ( $p < 0,05$ ) и негативно – с уровнем депрессии ( $p < 0,05$ ).

6. Таким образом, в структуре тревожно-депрессивного синдрома при эндогенных расстройствах доминирующий депрессивный аффект обусловлен преобладающим уровнем одиночества, при невротических – доминирующий тревожный аффект обусловлен возрастающими уровнем одиночества и агрессии.

Указанная сопряженность клинико-психологических феноменов способствует хронизации психопатологических феноменов при невротических и эндогенных расстройствах и резистентности к проводимой терапии. Данные факторы следует рассматривать в качестве мишеней психокоррекции.

#### Литература

1. *Cacioppo J.T.* Loneliness as a Specific Risk Factor for Depressive Symptoms: Cross-Sectional and Longitudinal Analyses / J.T. Cacioppo, M.E. Hughes, Waite et al. // *Psychology and Aging*. 2006. Vol. 21. No. 1. 140–151.
2. *Moustakas C.* (1972). Loneliness and love. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall. Бэррон, Р. Агрессия / Р. Бэррон, Д. Ричардсон. СПб.: Питер, 2000. 352 с.
3. Клиническая психология: учебник для вузов / под ред. Б.Д. Карвасарского. 4-е изд. СПб.: Питер, 2011. 864 с.
4. *Дмитриева Т.Б.* Агрессия и психическое здоровье / Т.Б. Дмитриева; под ред. Т.Б. Дмитриевой, Б.В. Шостаковича. СПб.: Юридический центр Пресс, 2002. 464 с.
5. *Петрюк А.П.* Агрессивное поведение при различных психических расстройствах с учетом качества жизни пациентов / А.П. Петрюк // *Журнал психиатрии и медицинской психологии*. 2004. № 3. С. 99–102.
6. *Нуллер Ю.Л.* Аффективные психозы / Ю.Л. Нуллер, И.Н. Михаленко. Л.: Медицина, 1988. 329 с.
7. *Сулайманова М.Р.* Коморбидные соотношения в общесоматической практике / М.Р. Сулайманова, А.С. Ким, Т.А. Нелюбова. Бишкек: Изд-во КРСУ. 2014. 128 с.
8. *Kim A.S.* Phenomenon of loneliness in structure of apathy abulia syndrome / A.S. Kim // *European Psychiatry*. 2008. V. 23. P. 123.
9. *Абрамова А.А.* Агрессивность при депрессивных расстройствах: автореф. дис. ... канд. психол. наук / А.А. Абрамова. М., 2005. 152 с.
10. *Neal A.* National trauma and collective memory. Major events in the American centry / A. Neal. N.-Y., 1998. Vol. 5. P. 178–199.
11. *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.
12. *Sulaimanov R.* Loneliness phenomenon under the conditions of psychological and comorbid disorders / R. Sulaimanov et al. 28-th ICAP «From Crisis to sustainable Well-Being Health», *Health Psychology*. 2014. EP : 080122.
13. *Ustun B.T.* Mental illness in General Health Practice: An International Study / B.T. Ustun, N. Eds. Sartorius // Chichester: John Wiley and Sons, 1995. Vol. 1. P. 156–189.
14. *Paykel E.S.* Size and burden of depressive disorders in Europe / E.S. Paykel, Ö. Brugha, T. Fryers // *Europ. Neuropsychopharmacology*. 2005. Vol. 15. Iss. 4. P. 420–424.
15. Randomized controlled trial of non-directive counseling, cognitive-behavior therapy, and usual general-practitioner care for patients with depression / E. Ward et al. // *Clin. effectiveness*. *BMJ*. 2000. P. 1321–1387.