

УДК 616.89

**АКТУАЛЬНЫЕ МОДЕЛИ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ И НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ
С УЧЕТОМ МЕХАНИЗМОВ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ**

М.Р. Сулайманова

В процессе анализа клинико-психологических особенностей аффективного синдрома выделены модели диагностики и терапии при сердечно-сосудистых и невротических расстройствах. Доминирующий уровень напряженности таких механизмов психологической защиты, как "проекция", "рационализация" и "гиперкомпенсация", а также развитие дистимических и социофобических нарушений при невротических расстройствах требует психотерапевтической коррекции, ориентированной на среду. Высокий уровень напряженности таких механизмов психологической защиты, как "проекция", "рационализация", "отрицание" и устойчивость нозофобических нарушений при сердечно-сосудистых заболеваниях являются показанием для присоединения психотерапии, ориентированной на личность.

Ключевые слова: механизмы психологической защиты; тревога; депрессия; одиночество; агрессия; модели терапии.

**ПСИХОЛОГИЯЛЫК КОРГОО МЕХАНИЗМДЕРИН ЭСКЕ АЛУУ МЕНЕН
ЖҮРӨК-КАН ТАМЫР ООРУЛАРЫН ЖАНА НЕВРОЛОГИЯЛЫК ООРУЛАРДЫ
АНЫКТООНУН ЖАНА ДАРЫЛООНУН АКТУАЛДУУ МОДЕЛИ**

Бул макалада аффективдүү синдромдун клиникалык-психологиялык өзгөчөлүктөрүнө талдоо жүргүзүү процессинде жүрөк-кан тамыр жана неврологиялык ооруларда дартты аныктоонун жана дарылоонун моделине басым жасалды. "Проекция", "рационалдаштыруу" жана "гиперкомпенсация" сыяктуу психологиялык коргоо механизмдеринин басымдуулук кылуучу чыңалуу деңгээли, ошондой эле неврологиялык ооруларда дистимиялык жана социофобиялык (көпчүлүктөн коркуу) бузулуулардын өрчүшү чөйрөгө багытталган психологиялык терапиялык түзөтүүнү талап кылат. "Проекция", "рационалдаштыруу", "тануу" сыяктуу психологиялык коргоо механизмдеринин жогорку чыңалуу деңгээли жана жүрөк-кан тамыр ооруларында нозофобиялык бузулуулардын туруктуулугу жеке инсанга багытталган психотерапияны бириктирүү үчүн көрсөткүч болуп эсептелет.

Түйүндүү сөздөр: психологиялык коргоо механизмдери; тынчсыздануу; депрессия; жалгыздык сезими; агрессия; терапиянын модели.

**THE CURRENT MODELS OF DIAGNOSTICS AND THERAPY
OF CARDIOVASCULAR AND NEUROTIC DISORDERS TAKING
INTO ACCOUNT MECHANISMS OF PSYCHOLOGICAL DEFENSE**

M.R. Sulaimanova

The models of diagnosis and therapy in cardiovascular and neurotic disorders have been identified in the process of analyzing the clinical and psychological characteristics of the affective syndrome. The dominant level of tension of such psychological defense mechanisms as "projection", "rationalization" and "overcompensation", as well as the development of dysthymic and sociophobic disorders in neurotic disorders requires a psychotherapeutic correction, oriented to the environment. The high level of tension of such psychological defense mechanisms as "projection", "rationalization", "denial" and stability of nosophobic disorders in cardiovascular diseases are an indication for the addition of personality-oriented psychotherapy.

Keywords: psychological defense mechanisms; anxiety; depression; loneliness; aggression; therapy patterns.

Актуальность. Трудности диагностики и терапии аффективного синдрома амбулаторного уровня в структуре коморбидных соотношений обусловлены, прежде всего, доминированием соматизированного призыва к помощи у пациентов, с одной стороны, и соматоцентрированного подхода у врачей-интернистов, с другой [1, 2]. Наряду с этим дебют патологической симптоматики и, в последующем, хронизация заболевания активизируют у пациентов адаптационные механизмы психологической защиты (МПЗ), которые на сегодняшний день наименее изучены у потребителей общей соматической сети [3–5]. Эффекты МПЗ противоречивы: от “Эго”-защитающих [3–9] до провоцирующих деструктивные формы взаимодействия с болезнью, описанные профессором В.В. Соложенкиным в Концепции личностно-средового взаимодействия [5], что вместе с другими клинко-психологическими сдвигами существенно ухудшает качество жизни и прогноз заболевания. С учетом дефицита исследований в данной области [3, 6, 10], высоким уровнем коморбидности сердечно-сосудистых заболеваний и аффективных нарушений [2, 5, 7–9, 11–13], вышеуказанная проблема представляется актуальной и важной для выявления факторов, обуславливающих лидирующие позиции сердечно-сосудистой патологии по уровню распространенности, хронизации и смертности [14], а также тенденции к стремительному росту расстройств тревожно-депрессивного спектра среди неинфекционных заболеваний [2, 12, 15].

Цель исследования – изучение МПЗ в структуре аффективного синдрома у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) и психическими расстройствами невротического уровня (ПНР) для определения оптимальных лечебно-диагностических стратегий.

Задачи

1. Определить и идентифицировать выраженность аффекта при ССЗ и невротической патологии, с учетом уровня одиночества и агрессии.
2. Выявить уровень напряженности МПЗ и их корреляции с уровнем аффекта, одиночества, агрессии и враждебности при ССЗ и невротической патологии.
3. Выделить алгоритмы оптимальной модели диагностики и терапии аффективных нарушений у пациентов с ССЗ и психическими расстройствами невротического уровня с учетом выраженности клинко-психологических особенностей.

Материалы и методы исследования. Обследовано 200 респондентов, в возрасте от 19 до 60 лет, с аффективным синдромом в структуре ССЗ

и психических расстройств невротического уровня (ПНР), соответствующих критериям диагностики МКБ-10 [16]: F4 – F6, из которых 110 женщин (что составило 55 %) и 90 мужчин (45 %), на базе Республиканского центра психического здоровья, Национального центра кардиологии и терапии им. М.М. Миррахимова, ряда ЦСМ гг. Бишкека, Токмока и Кара-Балты. Согласно принципу нозологической принадлежности, сформированы две исследовательские группы: I группу составили 100 (50 %) респондентов с ССЗ (с гипертонической болезнью и коронарной болезнью сердца), II группу – 100 (50 %) респондентов с ПНР. Нами применены следующие методы исследования: полуструктурированное интервью, стандартизованные шкалы личностной тревоги Спилбергера – Ханина, шкала депрессии Цунга, шкала одиночества Рассела – Фергюсона, шкала агрессии Басса – Дарки, опросник диагностики уровня МПЗ Плутчика – Келлермана – Конте. Данные подвергались статистической обработке с использованием пакета компьютерных программ Statistics SPSS 16.0 for Windows, Microsoft Excel.

Результаты. У респондентов I группы уровень тревоги соответствовал высокой степени ($47,58 \pm 1,48$; $p < 0,05$); депрессия клинически не выражена ($38,64 \pm 1$; $p > 0,05$). У пациентов II группы уровень тревоги соответствовал высокой степени ($50,02 \pm 1,04$; $p < 0,05$); уровень депрессии достигал легкой степени выраженности ($43,56 \pm 1,29$; $p < 0,05$). Уровень одиночества у пациентов I группы соответствовал низкой степени выраженности ($16,26 \pm 1,82$; $p < 0,001$), у пациентов II группы – средней степени ($27,18 \pm 1,86$; $p < 0,001$). У пациентов I группы уровень агрессии соответствовал нормальным показателям ($17,6 \pm 0,64$; $p < 0,05$), уровень враждебности повышен ($10,42 \pm 0,44$; $p < 0,05$); II группа – уровень агрессии являлся нормальным ($19,84 \pm 0,76$; $p < 0,05$), уровень враждебности повышен ($12,34 \pm 0,46$; $p < 0,05$) и ненамного превышал показатели I группы (таблица 1).

Исследование напряженности МПЗ демонстрировало следующие результаты (см. таблицу 1): у пациентов I группы наиболее выражены проекция ($62,28 \pm 3,21$; $p < 0,05$), рационализация ($52,50 \pm 2,56$; $p < 0,05$) и отрицание ($48,44 \pm 2,26$; $p < 0,05$), на четвертом месте – гиперкомпенсация ($40,26 \pm 3,78$; $p < 0,05$), на пятом месте – компенсация ($38,8 \pm 3,25$; $p > 0,05$), на шестом – регрессия ($35,94 \pm 2,50$; $p < 0,05$), на седьмом – вытеснение ($35,8 \pm 2,28$; $p > 0,05$), на последнем месте – замещение ($26,60 \pm 2,64$; $p < 0,05$). У пациентов II группы наиболее выражен уровень проекции ($68,72 \pm 2,77$; $p < 0,05$), рационализации ($52,40 \pm 2,02$;

Таблица 1 – Идентификация уровня тревоги, депрессии, одиночества, агрессии, а также уровня напряженности МПЗ у пациентов сердечно-сосудистого (I группа) и невротического (II группа) профилей

Уровень клинко-психологических параметров	I группа (n = 100)	II группа (n = 100)	Значимость (p)
Тревога	47,58 ± 1,48	50,02 ± 1,04	< 0,05
Депрессия	38,64 ± 1	43,56 ± 1,29	< 0,05
Одиночество	16,26 ± 1,82	27,18 ± 1,86	< 0,001
Агрессия	17,6 ± 0,64	19,84 ± 0,76	< 0,05
Враждебность	10,42 ± 0,44	12,34 ± 0,46	< 0,05
Уровень напряженности МПЗ			
Вытеснение	35,8 ± 2,28	41,48 ± 2,77	> 0,05
Регрессия	35,94 ± 2,50	45,76 ± 3,28	< 0,05
Замещение	26,60 ± 2,64	36,52 ± 3,02	< 0,05
Отрицание	48,44 ± 2,26	46,18 ± 2,42	< 0,05
Проекция	62,28 ± 3,21	68,72 ± 2,77	< 0,05
Компенсация	38,8 ± 3,25	49,46 ± 3,48	> 0,05
Гиперкомпенсация	40,26 ± 3,78	50,18 ± 3,59	< 0,05
Рационализация	52,50 ± 2,56	52,40 ± 2,02	< 0,05

$p < 0,05$), гиперкомпенсации ($50,18 \pm 3,48$; $p < 0,05$) и компенсации ($49,46 \pm 3,59$; $p < 0,05$), на пятом месте – отрицание ($46,18 \pm 2,42$; $p < 0,05$), на шестом – регрессия ($45,76 \pm 3,28$; $p < 0,05$), на седьмом – вытеснение ($41,48 \pm 2,77$; $p > 0,05$), на последнем месте – замещение ($36,52 \pm 3,02$; $p < 0,05$). Таким образом, у пациентов II группы выявлен наиболее высокий уровень напряженности всех МПЗ (по сравнению с показателями у пациентов I группы) с достоверным доминированием таких МПЗ, как проекция, рационализация, компенсация и гиперкомпенсация. В I группе достоверно преобладали проекция, рационализация и отрицание.

Таким образом, у пациентов обеих групп уровень тревоги значительно превышает нормальные показатели; уровень депрессии у пациентов II группы повышен и соответствует легкой степени; уровень одиночества соответствует низкому у респондентов I группы и повышен у респондентов II группы; уровень враждебности превышает норму у респондентов обеих групп, тем не менее, уровень агрессии у обеих исследуемых групп респондентов не превышает условные нормальные показатели. Доминирующий уровень напряженности таких МПЗ, как проекция, рационализация и гиперкомпенсация у пациентов II группы и проекция, рационализация и отрицание – у пациентов I группы, вероятно, способствуют вектору развития расстройства в континууме: психическое расстройство невротического уровня <-> ССЗ (рисунок 1).

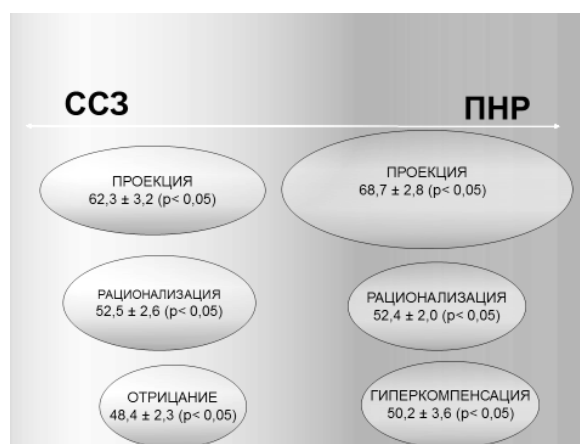


Рисунок 1 – Соотношение уровня МПЗ в структуре аффективного синдрома, определяющее вектор развития расстройства в континууме "сердечно-сосудистое заболевание (ССЗ) <-> психическое расстройство невротического уровня (ПНР)" (при $n = 200$)

Корреляционный анализ выявил достоверные и высоко достоверные взаимосвязи между уровнем напряженности МПЗ и другими клинко-психологическими составляющими аффективного синдрома у пациентов с ССЗ: прямые – между уровнем личностной тревоги и гиперкомпенсацией ($r = 0,5$; $p < 0,01$); между уровнем одиночества и вытеснением ($r = 0,4$; $p < 0,05$), гиперкомпенсацией ($r = 0,4$; $p < 0,05$), проекцией ($r = 0,4$; $p < 0,05$); между

уровнем депрессии и вытеснением ($r = 0,5$; $p < 0,01$), регрессией ($r = 0,5$; $p < 0,05$), проекцией ($r = 0,3$; $p < 0,05$); между уровнем агрессивности и регрессией ($r = 0,6$; $p < 0,01$), замещением ($r = 0,6$; $p < 0,01$), компенсацией ($r = 0,6$; $p < 0,01$); обратные – между уровнем враждебности и рационализацией ($r = -0,4$; $p < 0,01$). У пациентов с невротическими расстройствами выявлены прямые корреляции между кратностью обострений и гиперкомпенсацией ($r = 0,5$; $p < 0,05$); между уровнем тревоги и замещением ($r = 0,4$; $p < 0,05$); между уровнем одиночества и замещением ($r = 0,5$; $p < 0,01$); между уровнем депрессии и замещением ($r = 0,5$; $p < 0,01$); между уровнем агрессии и регрессией ($r = 0,6$; $p < 0,01$), замещением ($r = 0,5$; $p < 0,01$), компенсацией ($r = 0,4$; $p < 0,05$); между уровнем враждебности и компенсацией ($r = 0,5$; $p < 0,05$) и гиперкомпенсацией ($r = 0,5$; $p < 0,05$).

Выводы

1. Повышенный уровень одиночества, агрессии и враждебности является фактором, обуславливающим стагнацию тревожного аффекта у пациентов с ССЗ и тревожно-депрессивного аффекта – у пациентов с психическими расстройствами невротического уровня.
2. Доминирующий уровень напряженности таких МПЗ, как проекция, рационализация, гиперкомпенсация у пациентов II группы и проекция, рационализация и отрицание – у пациентов I группы способствуют направлению вектора развития расстройства в континууме: “психическое расстройство невротического уровня <-> сердечно-сосудистое заболевание”.
3. В процессе развития основного расстройства МПЗ приобретают повышенный уровень напряженности и обнаруживают значимые достоверные и высоко достоверные корреляции с уровнем тревоги, депрессии, одиночества, агрессии и враждебности в структуре аффективного синдрома. Данные взаимосвязи являются клинически значимыми факторами, способствующими хронификации заболевания и резистентности к традиционно проводимой терапии.
4. Доминирующие тревожно-депрессивные расстройства у пациентов с НР (II группа), их сцепленность с клинико-психологическими показателями повышенного уровня враждебности и одиночества обуславливают активизацию и высокую напряженность всех МПЗ, что свидетельствует о развитии и устойчивости клинико-психопатологических проявлений в виде дистимических и социофобических нарушений (страх взаимодействия с окружаю-

щими, страх перед жизнью) и требует присоединения психокоррекционной терапии, ориентированной на среду (макро- и микросоциум). Включение в лечебный процесс семейной психотерапии является здесь неотъемлемым этапом (рисунок 2).



Рисунок 2 – Модель алгоритма диагностики и терапии при аффективном синдроме у пациентов с психическими расстройствами невротического уровня

5. Меньшая выраженность напряженности МПЗ у пациентов с ССЗ по сравнению со II исследуемой группой свидетельствует об устойчивости клинико-психопатологических проявлений в виде нозофобических нарушений, что является показанием для присоединения психотерапевтических мероприятий, ориентированных на личность (личностно центрированную терапию) (рисунок 3).

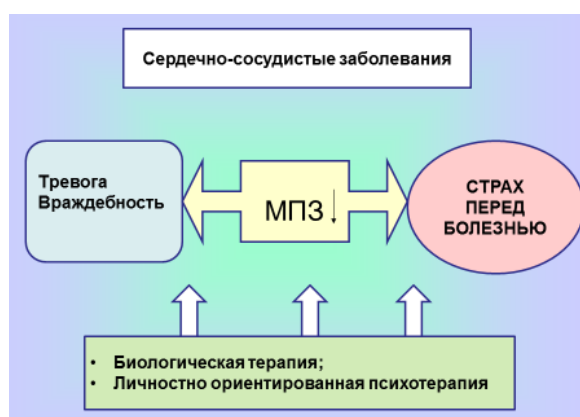


Рисунок 3 – Модель алгоритма диагностики и терапии при аффективном синдроме у пациентов с ССЗ

Таким образом, дифференцированные подходы в дальнейшем исследовании механизмов психологической защиты как при психических, так и при сердечно-сосудистых расстройствах в результате оптимизируют процессы лечебно-диагностических, психокоррекционных и профилактических мероприятий.

Литература

1. Избранные лекции для врачей-кардиологов: учебное пособие / сост. В.В. Соложенкин. Бишкек: Изд-во КPCY, 2011. 134 с.
2. Сулайманова М.Р. Коморбидные соотношения в общесоматической практике / М.Р. Сулайманова, Т.А. Нелюбова и др. Бишкек: Изд-во КPCY, 2014. 128 с.
3. Соложенкин В.В. Механизмы психической адаптации при ишемической болезни сердца, гипертонической болезни и неврозах: автореф. дис. ... д-ра мед. наук // В.В. Соложенкин. Л., 1989.
4. Emotional coping is a better predictor of cardiac prognosis than depression and anxiety / C. Chiavarino [et al.] // J. Psychosom Res. 2012. Vol. 73 (6). P. 473–475.
5. Ethno-cultural predictors, which determine features of Cognitive Behavioral Therapy of persons with PTSD / M.R. Sulaimanova, R.B. Sulaimanov // J. European Psychiatry. 2017. Vol. 41. P. 518. EV0353.
6. Нелюбова Т.А. Клинико-психологические проявления АОВ при коморбидных расстройствах / Т.А. Нелюбова, Р.Б. Сулайманов в соавт. // Вестник КPCY. 2013. Т. 13. № 11. С. 135–140.
7. Loneliness phenomenon under the conditions of psychological and comorbid disorders / R. Sulaimanov [et al.] // 28th ICAP “From Crisis to sustainable Well-Being Health”, Health Psychology, 2014. Eposter session 9: EP - 080122.
8. Meissner W.W. Psychoanalysis and the mindbody relation / W.W. Meissner // Psychosomatic perspectives. 2006. 70 (4). P. 295–315.
9. Psychological coping and recurrent major adverse cardiac events following acute coronary syndrome / N. Messerli-Burgy [et al.] // The British Journal of Psychiatry. 2015. Vol. 207 (3). P. 256–261.
10. Гуреева И.Л. Личностные особенности кардиологических больных с паническим расстройством // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 12, выпуск 3: Научно-теоретический журнал. СПб., 2008. С. 487–491.
11. The association of depression at any time to the risk of death following coronary artery disease diagnosis / T. Heidi [et al.] // European Heart Journal – Quality of Care and Clinical Outcomes, Volume 3, Issue 4, 1 October 2017, Pages 296–302.
12. The unifying model of diagnostics and therapy (UMDT) / M.R. Sulaimanova, R.B. Sulaimanov [et al.] // J. European Psychiatry. 2012. Vol. 27. P. 1170.
13. Lichman J.H., Froelicher E.S., Blumenthal J.A. et al. Depression as a risk factor for poor prognosis among patients with acute coronary syndrome: systematic review and recommendations. A scientific statement from the American Heart Association. Circulation 2014; 129 (12):1350–69.
14. Профилактика неинфекционных заболеваний и борьба с ними в Кыргызстане: Аргументы в пользу инвестирования / Европейский Офис ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними. 2017 г. 48 с. URU: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/349684/BizzCase-KGZ-Ru-web.pdf. (Дата обращения 05.06.2018).
15. Здоровье населения и деятельность организаций здравоохранения Кыргызской Республики в 2015 году. Бишкек, 2016. [The health of the population and activities of healthcare organizations of the Kyrgyz Republic in 2015. Bishkek, 2016. (In Russ.)].
16. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. ВОЗ / пер. с англ.; под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Цирина. СПб., 1994. 360 с.