

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНСУЛЬТ

DOI: 10.25629/НС.2019.11.23

Рыльский А.В.

Московский научно-практический центр медицинской реабилитации,
восстановительной и спортивной медицины
Россия, Москва

Аннотация. Острое нарушение мозгового кровообращения является одной из важнейших медико-социальных проблем, поскольку оказывает серьезное влияние как на физическое, так и на психологическое состояние пациента.

Целью исследования стало изучение личностных характеристик пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения, в зависимости от половой принадлежности.

В лаборатории биологической обратной связи обследованы 244 пациента. Среди них мужчин было – 139 чел. (24,0%), женщин – 105 чел. (76,0%). Средний возраст пациентов составил – 62,2±2,2 лет. Для определения психологических характеристик использовался стандартизированный многофакторный метод исследования личности.

В результате установлено, что женщины с острым нарушением мозгового кровообращения менее честны при заполнении опроса. По сравнению с мужчинами они характеризуются большей ипохондричностью, большей склонностью к депрессии, тревожностью. Все это сопровождается более выраженной демонстративностью. Мужчины характеризовались гипертимностью. Таким образом, наличие острого нарушения мозгового кровообращения в анамнезе накладывает отпечаток на личностные характеристики пациентов, что необходимо учитывать при проведении психокоррекции.

Ключевые слова: личностный опросник, мини-СМИЛ, острое нарушение мозгового кровообращения, нарушение мозговых функций, гендерные особенности.

Актуальность

Вот уже несколько десятилетий сердечно-сосудистые заболевания являются основной причиной смертности не только в нашей стране, но и во всем мире. Ежегодно острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) поражает от 5,6 до 6,6 млн. человек и является причиной смерти у 4,6 млн. человек по всему миру [1].

Безусловно, ОНМК не может не сказываться на личности пациента и его психологических особенностях. Помимо своей физиологической тяжести, инсульт приносит с собой массу психологических проблем. После инсульта у человека начинается новая жизнь, новые способы поведения, деятельности и взаимодействия, к которым он не был готов [4].

Даже при минимальном неврологическом дефекте тяжелый стресс, возникающий у пациента, накладывает отпечаток на поведение больного в последующем [10]. Внезапная и серьезная болезнь является психической травмой для пациента и сопровождается невротическими, ипохондрическими, депрессивными реакциями на болезнь [6].

В силу своей медицинской, социальной и экономической значимости проблема мозговых инсультов является одной из важнейших, как в медицине, так и в клинической психологии. Для улучшения прогноза таких пациентов необходимо тщательное изучение всех аспектов патологии, в том числе и психологических особенностей, знание которых поможет осуществлять комплексный подход к реабилитации, тем самым способствуя улучшению самочувствия и более быстрому восстановлению больных.

Цель исследования

Целью нашей работы стало исследование характеристики психических состояний личности у пациентов, перенесших инсульт, в зависимости от половой принадлежности. Мы предположили, что у мужчин и женщин психологические особенности личности, на формирование которых повлияло наличие ОНМК в анамнезе, имеют свою специфику. Объектом исследования явились психические состояния пациентов, перенесших инсульт. Предметом – гендерные особенности психических состояний у пациентов, перенесших инсульт.

Материалы и методы

В лаборатории биологической обратной связи (БОС) обследованы 244 пациента, перенесших инсульт и находящихся в позднем периоде реабилитации.

Мужчин было – 139 чел. (24,0%), женщин – 105 чел. (76,0%). Средний возраст пациентов составил – $62,2 \pm 2,2$ лет. У мужчин – $62,4 \pm 2,3$ лет, у женщин – $61,9 \pm 2,2$ лет ($p=0,556$).

Для определения психологических характеристик использовался стандартизированный многофакторный метод исследования личности – мини-СМИЛ (модификация методики Миннесотского многофакторного личностного опросника ММПИ): 1 – сосредоточенность на плохом самочувствии, ипохондричность; 2 – сниженный фон настроения, депрессия; 3 – демонстративность, истероидные черты; 4 – амбициозность, импульсивность, возбудимые черты; 5 – стремление подчеркнуть решительность, мужественные черты характера, трудности межличностного общения; 6 – упрямство, подозрительность, паранойяльность; 7 – повышенная тревожность, состояние тревоги; 8 – оригинальность, своеобразие, шизотимные особенности; 9 – гипертимные черты, эмоциональная незрелость; 0 – замкнутость, аутичность [8].

Статистическая обработка полученных данных была проведена с использованием программ STATISTICA v.10.0, MedCalc software Bvba v.12.6.1.0, MS Excel 7.0. Данные представлены в виде средних значений и стандартных отклонений для непрерывных переменных. Для сравнения непрерывных переменных использовали Т-тест. Достоверными считались результаты при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

Оценка искренности пациентов, проведенная с использованием шкалы «ложь», продемонстрировала, что женщины были более склонны скрывать истинное положение вещей, в то время как мужчины были более честны. Средний балл у мужчин составил – $2,2 \pm 1,7$ балла, в то время как у женщин он был на 0,5 балла выше ($p=0,004$). При ответе по данной шкале, мужчинам понадобилось большее количество времени – $64,4 \pm 37,9$ сек. против $56,9 \pm 30,6$ сек. у женщин, однако выявленные различия не достигли уровня статистической значимости ($p=0,096$).

Оценка шкалы «агравация» продемонстрировала низкий балл у как у мужчин – $1,5 \pm 1,1$ балла, так и у женщин – $1,4 \pm 1,1$ балла ($p=0,142$), что свидетельствует о том, что пациенты не стремились подчеркнуть тяжесть своего состояния. Время, затрачиваемое пациентами на ответы по данной шкале, так же статистически в двух группах не различалось и составило – $49,5 \pm 28,2$ и $46,5 \pm 31,9$ балла у мужчин и женщин соответственно ($p=0,445$).

Нарушения на поведенческом уровне и ранее отмечались другими авторами: замкнутость и отстраненность от других людей достаточно часто фиксируются у пациентов после ОНМК [4]. Оценивая скрытность обследуемых во время психологического теста, мы отметили, что и у мужчин, и у женщин средний балл был выше значения 3 – $3,1 \pm 0,9$ балла у мужчин и $3,2 \pm 1,0$ балла у женщин ($p=0,863$), а значит пациенты рассказывали о себе и своем состоянии не всё, у них отсутствовала внутренняя честность, наблюдалась закрытость отношений человека с самим собой, недостаточно развитая рефлексия. Относительно времени, затрачиваемого на ответы по данной шкале, отмечена та же тенденция, что и при анализе ответов по шкале «ложь» – мужчинам понадобилось на 8 секунд больше времени ($p=0,018$).

Многие пациенты переживают страх перед повторным инсультом, боятся не достичь желаемых результатов восстановления, навсегда утратить возможность вести привычный образ жизни, нередко это приводит к сосредоточенности на плохом самочувствии [3]. В проведенном

исследовании более склонными к сосредоточенности на плохом самочувствии были женщины – их средний показатель по шкале «ипохондричность» – $2,9 \pm 0,8$ балла против $2,5 \pm 0,7$ балла у мужчин ($p=0,0003$). При этом представители сильного пола гораздо дольше раздумывали над ответами – $48,6 \pm 26,9$ сек против $41,9 \pm 23,2$ у женщин ($p=0,043$).

По данным различных авторов у 30-60 % пациентов, перенесших ОНМК, как правило, повышен уровень депрессии, осознание себя в новом соматическом и психологическом статусе, сопровождается реакцией острого горя. Больные жалуются на сниженный фон настроения, грусть, негативное представление о себе, мире, своем будущем» [4, 9]. Оценивая шкалу «депрессия», мы отметили, что у большинства пациентов был нормальный фон. Однако мужчины были настроены достоверно более позитивно по сравнению с женщинами - средний балл по данной шкале составил - $1,6 \pm 1,1$ и $2,1 \pm 1,0$ балла соответственно ($p=0,002$). Депрессивные реакции очень часто сопровождаются тревожными состояниями, что существенно усугубляет дезадаптацию и может негативно сказываться на дальнейшем прогнозе пациента. Частота тревожных расстройств, у больных перенесших инсульт, может достигать 60-70%, а в популяции может не превышать 15% [11]. Именно женский пол является факторами риска тревожного расстройства, развившегося после ОНМК, соответственно, полученные результаты согласовываются с данными других авторов [7]. Время, затрачиваемое на ответы по данной шкале, у женщин было достоверно ниже на 6 секунд ($p=0,038$).

Мужчины в меньшей степени отличались эмоционально-вегетативной неустойчивостью – $1,4 \pm 1,0$ балла по шкале «демонстративность». У женщин часто наблюдались истероидные черты, их средний балл по данной шкале составил – $2,3 \pm 1,1$ балла ($p<0,00001$) Во многом это объясняется тем, что, как отмечают другие авторы, в позднем периоде инсульта пациенты начинают перекладывать ответственность за свое заболевание на других, и акцентируя внимание на симптомах болезни, они ждуть большей заботы и участия от окружающих [9]. Время, затрачиваемое на ответы на вопросы по данной шкале, в обеих группах достоверно не различалось.

Показатели возбудимости и импульсивности у пациентов двух групп статистически не различались и были около 2,6 баллов. Продолжительность раздумывания над ответами по данной шкале у мужчин и женщин была сопоставимой ($p=0,080$).

Схожими были и данные по межличностному общению, не превышавшие 2,1 балла в обеих группах. Нами отмечено, что среди исследуемых пациентов большинство женщин стремились подчеркнуть решительность и мужественность, мужчинам, наоборот, была свойственна демонстрация мягкости характера. Кроме того, примечателен факт, что мужчинам понадобилось почти на 20 сек больше времени на ответы по данной шкале ($p=0,037$).

Оценка ригидности и упрямства так же не выявила достоверных различий между пациентами обеих групп. Все они были неконфликтными – средний балл был невысокий – около 1,6 балла. При этом – мужчинам требовалось больше времени на размышления над данными вопросами – $53,5 \pm 28,5$ сек и $46,5 \pm 22,6$ сек, соответственно ($p=0,040$).

Специфика невротических состояний пациентов, перенесших инсульт, характеризуется выраженностью вегетативных нарушений, часто отмечается предрасположенность к истерическому реагированию и обсессивно-фобическим нарушениям, состояние астении и невротической тревоги [2]. В данном исследовании, при оценке уровня тревоги, отмечено, что у женщин наблюдались достаточно высокий балл по шкале «тревожность» – $3,0 \pm 1,4$ балла, который на 0,7 балла превышал показатели мужчин ($p<0,00001$). Вероятно, данное ощущение связано со страхом смерти и имеет клинически значимое негативное влияние и ассоциировано с ранее выявленными депрессивными чертами. На вопросы по данной шкале представительницы «слабого» пола отвечали достоверно быстрее мужчин – $40,5 \pm 22,1$ сек против $47,6 \pm 27,6$ сек соответственно ($p=0,032$).

Исследуемые мужчины и женщины не отличались своеобразием. Показатели, характеризующие оригинальность больных в двух группах, статистически не различались.

Пациентам обеих групп были свойственны гипертимные черты, эмоциональная незрелость, отсутствие критики к своему состоянию. Более выражено это проявлялось у мужчин – $3,2 \pm 1,2$

балла, что было достоверно выше по сравнению с женщинами - $2,9 \pm 1,2$ балла ($p=0,028$). Не совсем адекватная оценка состояния у этих пациентов обусловлена защитной реакцией организма, при которой отрицание произошедшего предохраняет психическую сферу пациента от чрезмерно сильного потрясения [2]. Время, необходимое на ответы по данной шкале у мужчин было достоверно дольше на 9 сек ($p=0,009$).

Оценивая шкалу «замкнутость», мы отметили, что она была не свойственна, как мужчинам, так женщинам. Средние показатели в обеих группах не превышали 1,6 балла ($p=0,441$). Время, необходимое на ответы по шкале в двух группах так же статистически не различалось ($p=0,081$).

Более подробно все описываемые характеристики представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Ответы пациентов на вопросы по шкалам опросника мини СМИЛ

	количество баллов по показателю, балл		Р	Время, затраченное на ответы по шкале, сек		Р
	мужчины	женщины		мужчины	женщины	
Шкала лжи	2,2±1,7	2,9±1,5	0,004	64,4±37,9	56,9±30,6	0,096
Агравация состояния	1,4±1,1	1,5±1,1	0,182	49,5±28,2	46,5±31,9	0,445
Скрытность во время теста	3,1±0,9	3,2±1,0	0,863	52,4±27,7	44,6±21,6	0,018
Ипохондричность	2,5±0,7	2,9±0,8	0,0003	48,6±26,9	41,9±23,2	0,043
Депрессия	1,6±1,1	2,1±1,0	0,002	47,8±26,8	41,3±20,2	0,038
Демонстративность	1,4±1,0	2,3±1,1	<0,00001	58,4±32,7	51,9±34,4	0,134
Импульсивность	2,6±0,9	2,6±1,0	0,515	57,5±27,6	51,6±24,5	0,080
Межличностное общение	2,1±1,0	2,2±1,0	0,066	59,1±21,3	40,0±18,4	0,037
Ригидность, упрямство	1,7±1,1	1,6±1,3	0,234	53,5±28,5	46,5±22,6	0,040
Тревожность	2,3±1,4	3,0±1,4	<0,00001	47,6±27,6	40,5±22,1	0,032
Оригинальность	1,8±1,4	1,6±1,4	0,400	55,2±30,4	46,9±26,5	0,027
Гипертимность	3,3±1,2	2,9±1,2	0,028	49,1±27,7	40,4±21,3	0,007
Замкнутость	1,6±1,4	1,5±1,4	0,441	59,6±25,9,6	51,8±21,4	0,081

В целом, согласно полученным данным, можно отметить, что женщины тяжелее переживают перенесенный ОНМК и его последствия. Однако, следует обратить внимание, что мужчины более длительно отвечают на вопросы, что свидетельствует о том, что само состояние болезни вызывает у них глубокую рефлекссию.

Заключение. Таким образом, нами отмечено, что при наличии острого нарушения мозгового кровообращения в анамнезе пациентам становятся присущи различные личностные особенности, которые зависят и от пола пациента. Мужчины с острым нарушением мозгового кровообращения характеризуются наибольшей открытостью, гипертимностью. Для женщин с данным диагнозом свойственны лживость, ипохондричность, депрессия, демонстративность и тревожность. Выявленные клинико-психопатологические особенности служат обоснованием применения дифференцированного психотерапевтического подхода, наряду с традиционными методами, с целью повышения эффективности лечения и улучшения качества жизни пациента.

Литература

1. Амирахова Л.Ш. Качество жизни и когнитивный статус больных в период восстановления после инсульта // Пермский медицинский журнал. 2013. № 30 (3). С. 82–86.
2. Григорьева Н.В. Особенности психических состояний у пациентов, перенесших инсульт различной степени тяжести // Современные проблемы науки и образования. 2015. №5. С. 234.
3. Захарченко Д.А., Петриков С.С. Возможности применения когнитивно-поведенческой терапии в коррекции депрессивных и тревожных нарушений после инсульта // Консультативная психология и психотерапия. 2018. №1(99). С. 95-111.

4. Колпакова Т.В. Психологические особенности у лиц, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения // Молодёжь Сибири – Науке России. Материалы международной научно-практической конференции. Красноярск, 24 апреля 2018 г. С. 98-101.
5. Куташов В.А., Будневский А.В., Припугневич Д.Н., Суржко Г.В. Психологические особенности пациентов с последствиями острого нарушения мозгового кровообращения, затрудняющими социальную адаптацию // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. 2014. №8. С. 8-13.
6. Кутлубаев М.А., Ахмадеева Л.Р. Стрессовое расстройство после инсульта: частота, факторы риска, подходы к профилактике и лечению // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2014. №2. С.70-74.
7. Лупиногина Л.А., Комаровская А.И. Психоэмоциональное состояние у пациентов с разными типами отношения к болезни в остром периоде церебрального инсульта с неврологическими нарушениями легкой и средней степени // Bulletin of the international scientific surgical association. 2018. №1. С. 22-26.
8. Собчик Л.Н. МИНИ-СМИЛ экспресс-диагностика состояния. М., 2002. 8 с.
9. Фонталова Н.С., Вострецов О.Р., Турганова Г.Э. Особенности самоотношения пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения // Инновационные технологии в фармации. Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Иркутск, 20 июня 2018 г. С. 381-384.
10. Чупина В.Б., Попенко Н.В. Особенности мотивационной направленности внутренней картины болезни и уровня жизнестойкости у пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения в реабилитационном периоде // Современные проблемы науки и образования. 2016. №6. С. 34.
11. Strine T.W., Chapman D.P., Kobau R. et al. Associations of self-reported anxiety symptoms with health-related quality of life and health behaviors // Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2005. Vol.40(6). P. 432-8.

Рыльский Алексей Васильевич. E-mail: 79165850111@yandex.ru

Дата поступления 10.09.2019

Дата принятия к публикации 10.11.2019

PSYCHOLOGICAL FEATURES OF STROKE PATIENTS

DOI: 10.25629/HC.2019.11.23

Rylsky A.V.

Moscow Scientific and Practical Center for Medical Rehabilitation,
Restorative and Sports Medicine
Russia, Moscow

Abstract. Acute impaired cerebral circulation is one of the most important medical and social problems, since it has a serious impact on both the physical and psychological state of the patient.

The aim of the study was to study the personal characteristics of patients with acute cerebral circulatory disorders, depending on gender.

244 patients were examined in the biofeedback laboratory. Among them were 139 men (24.0%), women – 105 people (76.0%). The average age of patients was 62.2 ± 2.2 years. To determine the psychological characteristics, a standardized multifactorial method of personality research was used.

As a result, it was found that women with acute cerebral circulatory disorders are less honest when filling out the survey. Compared to men, they are characterized by greater hypochondriacity, greater tendency to depression, anxiety. All this is accompanied by a more pronounced demonstrative. Men were characterized by hyperthyme. Thus, the presence of an acute violation of cerebral circulation in the history affects the personality characteristics of patients, which must be taken into account during psychocorrection.

Key words: personal questionnaire, mini SMIL, acute cerebrovascular accident, impaired brain functions, gender characteristics.

Rylsky Alexey Vasilyevich. E-mail: 79165850111@yandex.ru

Date of receipt 10.09.2019

Date of acceptance 10.11.2019