

УДК 616.8

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗНЫМИ ТИПАМИ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ИНСУЛЬТА С НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ ЛЕГКОЙ И СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ

Лупиногина Л.А., Комаровская А.И.

Санкт-Петербургская Городская больница № 26

MENTAL AND EMOTIONAL STATE OF PATIENTS WITH DIFFERENT TYPES OF ATTITUDE TO DISEASE IN ACUTE CEREBRAL STROKE WITH NEUROLOGICAL DISORDERS OF

MILD AND MODERATE DEGREE

Lupinogina L.A., Komarovskaya A.I.

Saint-Petersburg City Hospital №26

Аннотация

В статье приводятся результаты исследования разных типов отношения к болезни, степени выраженности депрессивных и тревожных расстройств, их взаимосвязь с клиническими проявлениями у пациентов с церебральным инсультом в острый период с неврологическими нарушениями легкой и средней степени. Представленные формы аффективных расстройств имеет свою специфику при церебральном инсульте: тревожные и депрессивные реакции в большинстве случаев, сопутствуют друг другу, значимым фактором риска являются предшествование заболеванию психотравмирующей ситуации, отсутствие в анамнезе инсультов и выраженных ограничений мобильности, а также высокая личностная тревожность. Все эти факторы в большей или меньшей степени связаны со снижением эффективности лечения и реабилитации, что ведёт к снижению качества жизни самих пациентов, увеличением нагрузки на их родственников, медперсонал и общество в целом.

Ключевые слова: церебральный инсульт, типы отношения к болезни, тревога, депрессия.

Abstract

The article presents the research results of different types of attitude to the disease, the severity of depressive and anxiety disorders, their relationship with clinical signs when patients have acute cerebral stroke, with neurological disorders of mild and moderate degree. The presented forms of affective disorders have their own specifics in cerebral stroke: anxious and depressive reactions in most cases accompany one another, a significant risk factor is the precedence of a psychotraumatic situation, the absence of strokes and severe mobility limitations in the anamnesis and high personal anxiety. All these factors are associated with the reduction of treatment and rehabilitation effectiveness which leads to decrease of patients' life quality, an increase of burden on their relatives, medical staff and society as a whole.

Keywords: cerebral stroke, types of attitude to disease, anxiety, depression.

Проблемы лечения и реабилитации больных с острым нарушением мозгового кровообращения по-прежнему остаются трудными и актуальными в современной медицине. В настоящее время отмечается тенденция к увеличению частоты инсульта у лиц трудоспособного возраста. Последствия данных заболеваний отрицательно сказываются на экономике страны и жизни общества в целом, снижают качество жизни больных и их близких.

Исследования свидетельствуют о выраженном снижении различных компонентов качества жизни при остром нарушении мозгового кровообращения, что обусловлено как особенностями течения болезни, так и эмоциональным состоянием пациентов [3, 8, 12].

Одним из факторов, влияющих на результаты лечения, является формирование у пациентов целого комплекса эмоциональных нарушений. Нередко психоэмоциональная патология становится серьезным препятствием в процессе восстановления утраченных функций, социальной и бытовой адаптации.

Тревожно-депрессивные расстройства, как одна их форм аффективных нарушений, в последнее время привлекают к себе все большее внимание со стороны неврологов и клинических психологов, так как сочетание тревожно-депрессивной симптоматики и соматической патологии относится к числу неблагоприятных факторов, негативно влияющих на процессы лечения и реабилитации.

По данным разных исследований, распространенность аффективных нарушений после инсульта достигает 30-60%, а, по мнению некоторых авторов, у всех больных после острого нарушения мозгового кровообращения возникают аффективные расстройства, при этом риск возникновения деменции увеличивается до 12 раз.

Внезапность развития острого нарушения мозгового кровообращения является фактором дистресса вплоть до развития психической травмы, особенно при неблагоприятном преморбидном фоне [2, 6, 7], а также нередко аффективные расстройства органической природы, в первую очередь депрессивные [13]. Сведения о специфике и структуре эмоциональных нарушений при разных формах церебральных инсультов противоречивы. Разными исследователями убедительно показано, что депрессивные расстройства негативно влияют на однако течение и исход заболевания, ухудшают ка-

чество жизни пациентов и их родных, повышают вероятность суицида, снижают функциональную активность, затрудняют успешное лечение и реабилитацию. Депрессивные состояния наблюдаются у 25-50% больных с церебральным инсультом. Постинсультная депрессия на 50% увеличивает риск летального исхода в восстановительном периоде [15].

Депрессивные реакции очень часто сопровождаются тревожными состояниями, что существенно усугубляет дезадаптацию [1, 3, 5, 8, 9, 12]. Частота тревожных расстройств, у больных перенесших инсульт, может достигать 60-70%, а в популяции может не превышать 15% [14]. Наиболее частыми факторами риска тревожного расстройства, развившегося после ОНМК, являются: наследственность, пол (чаще женский), возраст, психоэмоциональные нарушения в анамнезе, преморбидные особенности личности, ранее перенесенный церебральный инсульт [4].

Эмоциональное состояние вкупе с личностными особенностями определяют особенности психологической адаптации и отношения к болезни, дезадаптивные формы которого препятствуют успешности лечения и реабилитации, и требуют психологического вмешательства [5, 6, 7, 10, 11].

Цель исследования. Исследовать типы отношения к болезни, степень выраженности депрессивных и тревожных расстройств их взаимосвязь с клиническими проявлениями у пациентов с ОНМК по ишемическому типу в острый период, без грубого неврологического дефицита.

Материалы и методы исследования. Клинико-психологический метод, методика диагностики типа отношения к болезни ТО-БОЛ [11], интегративный тест тревожности (ИТТ) [11], шкала Гамильтона для оценки депрессии (HDRS), индекс мобильности Ривермид, шкала Рэнкина, NIHSS. Всем больным была проведена компьютерная или магнитно-резонансная томография головного мозга в период инсульта для верификации диагноза. Оценка по неврологическим шкалам проводилась 1-2 сутки госпитализации, психологическое обследование – на 5-7 день госпитализации. Клинико-психологический метод включал в себя сбор социально-демографических и клинико-психологических данных (семейное положение, трудоустройство, наличие хобби, вредных привычек, оценка преморбидного фона). В фокусе анализа полученных ре-

зультатов находились взаимосвязи типа отношения к болезни с остальными показателями.

На базе неврологического отделения №2 для больных с ОНМК городской больницы №26 было обследовано 24 пациента с диагнозом острое нарушение мозгового кровообращения, 6 мужчин, 18 женщин в возрасте от 52 до 82 лет, средний возраст $64,6 \pm 8,4$ лет. Распределение по возрасту значимо не отличается от нормального. У 21 (87,5%) больных отмечался ишемический характер инсульта, у 3 (12,5%) — геморрагический (по типу внутримозговой гематомы). Поражение правого полушария головного мозга при всех типах патологического процесса наблюдалось у 3 (12,5%) больных, левого — у 9 (37,5%), ствола и мозжечка — у 13 (54,2%). Патогенетический вариант инсульта уточняли при помощи ультразвуковой доплерографии магистральных артерий головы и шеи, а также клинических и биохимических анализов крови, исследования свертываемости и реологии крови. При необходимости пациентам выполняли Эхо-КГ. Среди патогенетических подтипов ишемического инсульта у 9 (42,85%) больных преобладал атеротромботический вариант, у 3 (14,30%) была кардиоэмболия, у 9 (42,85%) — лакунарные очаги. Степень неврологических нарушений оценивалась по шкале NIHSS (суммарный балл определяет тяжесть заболевания: 0 — состояние удовлетворительное, 3–8 — неврологические нарушения легкой степени, 9–12 — неврологические нарушения средней степени, 13–15 — тяжелые неврологические нарушения, 16–34 — неврологические нарушения крайней степени тяжести). С неврологическими нарушениями легкой степени 22 (91,7%) пациента, неврологические нарушения средней степени 2 (8,3%) пациента.

Критерии включения в исследование: установленный диагноз ОНМК, отсутствие выраженного когнитивного дефицита, нарушений речи и медицинских противопоказаний к участию в исследовании.

Результаты и их обсуждение. Ситуационная тревога прямо взаимосвязана с личностной тревожностью и выраженностью депрессии. 66,7% пациентов с повторным ОНМК проявляют низкую тревогу в связи с ситуацией заболевания и госпитализации, а высокая тревога свойственна большинству (55,6%) пациентов, перенесших ОНМК впервые.

Выраженность личностной тревожности различна в зависимости от пола больных: мужчины отличаются более низкими показателями (83,3% — низкая и ни одного с высокой) по сравнению с женщинами, около половины которых отличаются высокой тревожностью в структуре личности (44,4%). Степень выраженности личностной тревожности прямо связаны с выраженностью ситуационной тревоги и депрессии, а также с показателями по шкале Ривермид. Большинство пациентов (57,1%), не отмечавших предшествование заболеванию психотравмирующей ситуации, отличаются низкой выраженностью личностной тревожности, что не наблюдается у больных, связывающих развитие своего заболевания с психологическим дистрессом. Также низкая выраженность тревожности свойственна подавляющему числу (83,3%) пациентов с сопутствующим сахарным диабетом.

Наличие и выраженность депрессивного состояния прямо связано, как уже упоминалось, с уровнем тревожности и тревоги, а также с показателями по шкале Ривермид. 92,9% пациентов, не отмечавших наличие психотравмирующей ситуации, как причины заболевания, не имеют признаков депрессии, в то время как 50% больных второй группы имеют проявления депрессивного расстройства легкой и средней степени тяжести.

Ситуационная тревога закономерно сильно выражена у больных, переносящих ОНМК впервые и, соответственно, не имеющих опыта совладания с данным заболеванием, а также у больных с выраженной личностной тревожностью, которая обостряется в ситуации заболевания и госпитализации. Повышенная личностная тревожность выступает фактором трудности совладания с психологическим дистрессом, который пациенты считают причиной развития заболевания, и оба этих показателя взаимосвязаны с наличием депрессивного расстройства в период госпитализации. Пациенты с сопутствующим сахарным диабетом отличаются дезадаптивно низкими показателями личностной тревожности, что является фактором снижения комплаенса. Представляет интерес взаимосвязь высокой личностной тревожности и наличия депрессивного расстройства у пациентов с более высокими показателями мобильности по шкале Ривермид, что требует дальнейшего изучения структуры данной взаимосвязи.

Около половины (45,8%) пациентов характеризуются адаптивным отношением к болезни. Наиболее выражен эргопатический тип (29,2% всей выборки), доля гармоничного типа составляет 16,7%. Среди дезадаптивных типов преобладает тревожный (20,8%).

12 типов отношения к болезни объединяются в 3 блока: адаптивный (отсутствие социальной дезадаптации в связи с заболеванием), дезадаптивный интрапсихический и дезадаптивный интерпсихический (отражающие направленность имеющейся дезадаптации). Пациенты сравнивались между собой в зависимости от преобладающего блока типа отношения к болезни, полученные группы не отличались между собой по полу и возрасту. Трудоустроенность на момент госпитализации взаимосвязана с формированием адаптивного отношения к болезни, в основном эргопатического типа, и с более низкими показателями по шкале Ривермид. Также адаптивное отношение наблюдалось у всех пациентов выборки с высокими показателями (4 и 5) по шкале Рэнкина, а при более низких значениях росла доля типов дезадаптивного спектра (66,7% при 3 баллах по шкале и 64,3% при 1-2 баллах). Большая выраженность ситуационной тревоги и личностной тревожности свойственна пациентам с дезадаптивным спектром типов отношения к болезни, в первую очередь интрапсихическому.

Таким образом, адаптивное отношение пациента к своему заболеванию, характеризующееся социальной адаптацией, взаимосвязано с наличием работы на момент госпитализации, перспектива возвращения к которой может служить сильным мотивом для активного участия пациента в восстановлении. Однако преобладание эргопатического типа отношения к болезни, отличающегося пониженной критичностью к своему состоянию, может стать препятствием

на пути к выздоровлению. Небольшая доля (16,7%) пациентов с гармоничным, наиболее прогностически благоприятным типом, свидетельствует о необходимости коррекции внутренней картины болезни и отношения к ней у большинства больных данной категории. Преобладание высокой ситуационной тревоги и личностной тревожности у больных с дезадаптивным интрапсихическим типом закономерно, поскольку интрапсихическая направленность дезадаптации предполагает сосредоточение больного на собственных ощущениях и переживаниях, в первую очередь негативно окрашенных. Преобладание адаптивного типа отношения к болезни при более выраженной инвалидизации и ограничении мобильности вызывает интерес и требует более детального исследования структуры обнаруженной взаимосвязи.

Заключение. Развитие аффективных расстройств имеет свою специфику при остром нарушении мозгового кровообращения: тревожные и депрессивные реакции в большинстве случаев сопутствуют друг другу, значимым фактором риска являются предшествование заболеванию психотравмирующей ситуации, отсутствие инсультов в анамнезе и выраженных ограничений мобильности, а также высокая личностная тревожность. Среди больных острым нарушением мозгового кровообращения преобладают дезадаптивные типы отношения к болезни, взаимосвязанные с развитием аффективных расстройств. Все эти факторы в большей или меньшей степени связаны со снижением комплаенса, эффективности лечения и реабилитации, что ведёт к снижению качества жизни самих пациентов, увеличением нагрузки на их родственников, медперсонал и общество в целом.

Список литературы

1. Бельская Г.Н., Лукьянчикова Л.В. Качество жизни, тревожно-депрессивное расстройство и когнитивные функции на фоне восстановительного лечения ишемического инсульта. // Саратовский научно-медицинский журнал. 2017. № 13 (1). С. 51–57.
2. Вассерман, Л.И. Совладание со стрессом: теория и психодиагностика: учебно метод. пособие / Л.И. Вассерман, В.А. Абабков, Е.А. Трифонова. СПб.: Речь, 2010. 192 с.
3. Вейн А.М., Вознесенская Т.Г., Голубев В.Л. и др. Депрессия в неврологической практике. 3-е изд. М.: МИА. 2007. 197 с.

4. Давыдов А.Т., Литвинцев С.В., Бутко Д.Ю. и др. Опыт диагностики и лечения тревожного расстройства в постинсультном периоде у больных, перенесших ишемический инсульт // РМЖ (Человек и лекарство). Москва. - 2008. - Т. 16. - № 5.

5. Ермакова Н.Г. Психологическая коррекция в реабилитации больных с выраженными двигательными нарушениями после инсульта // Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. 2010. № 128. С. 83-92.

6. Капахова Д.Н., Билецкая М.П. Особенности психологической адаптации лиц, перенесших ишемический инсульт // Психология XXI

века: Материалы Международной научно-практической конференции молодых ученых «Психология XXI века» 21–23 апреля 2011 года. Санкт-Петербург / Под науч. ред. О. Ю. Щелковой – СПб.: Изд-во С.-Петербур. Ун-та, 2011. – С. 180-181.

7. Куташов В.А., Будневский А.В., Припутневич Д.Н., Суржко Г.В. Психологические особенности пациентов с последствиями острого нарушения мозгового кровообращения, затрудняющие социальную адаптацию // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. - 2014. - № 8. - С. 8-13.

8. Парфенов В.А. Постинсультная депрессия: распространенность, патогенез, диагностика и лечение. // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2012. № 4. С. 84-88.

9. Парфенов В.А., Хасанова Д.Р. Ишемический инсульт. – М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2012. 288 с.

10. Попенко Н. В. Клинико-психологические особенности пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения в реабилитационном периоде // Теория и практика современной науки. 2016. № 10. С. 563-568.

11. Психологическая диагностика расстройств эмоциональной сферы и личности: Коллект. Моногр. / науч. ред. Л.И. Вассерман, О.Ю. Щелкова. СПб.: Скифия-принт, 2014. 408 с.

12. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицинской практике. М.: Берг, 2000. 160 с.

13. Структура психических расстройств у больных с очаговыми поражениями головного мозга сосудистого и травматического генеза и нарушениями речи, выявляемыми на этапе нейрореабилитации, и принципы их психофармакотерапии / В.М. Шкловский, Д.И. Малин, Г.Н. Кобозев // Соц. и клинич. Психиатрия. 2012. № 2. С. 21-25.

14. Associations of self-reported anxiety symptoms with health-related quality of life and health behaviors / T.W. Strine, D.P. Chapman, R. Kobau et al. // Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2005. Vol. 40(6). P. 432–8.

15. Williams L.S., Ghose S.S., Swindle R.W. Depression and other mental health diagnoses increase mortality risk after ischemic stroke // Am.J.Psychiatry. 2004. Vol. 161. P. 1090–1095.

Поступила в редакцию 17.03.2018

Сведения об авторе:

Лупиногина Л.А. – Санкт-Петербургская Городская больница № 26. e-mail: penkina.ru@rambler.ru