

РОЗПОДІЛ ТИПІВ ПСИХОЛОГІЧНОГО РЕАГУВАННЯ НА ХВОРОБУ В РІЗНИХ ГРУПАХ ПАЦІЄНТІВ З НАСЛІДКАМИ ПЕРЕНЕСЕНИХ ІШЕМІЧНИХ ІНСУЛЬТІВ

Бабірад А.М.

Кафедра неврології і рефлексотерапії, Національний університет охорони здоров'я імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна



Метою нашого дослідження було вивчення розподілу типів психологічного реагування на хворобу в різних групах пацієнтів з наслідками перенесених ішемічних інсультів.

Матеріали та методи. Нами було обстежено 100 пацієнтів з наслідками перенесених ішемічних інсультів. Типи ставлення до хвороби, а також типи психологічного реагування були визначені за допомогою Особистісного опитувальника Бехтеревського інституту.

Висновки. Отримані нами дані вказують на те, що клінічні (розташування ішемічного вогнища, вираженість парезу кінцівок), лабораторні (рівень холестерину) та індивідні (стать та освіта) фактори беруть участь у формуванні внутрішньої картини хвороби у пацієнтів з наслідками перенесених ішемічних інсультів.

цієнтів з наслідками перенесених ішемічних інсультів.

Ключові слова: ішемічний інсульт, Особистісний опитувальник Бехтеревського інституту, типи ставлення до хвороби, типи психологічного реагування.



Abstract

DISTRIBUTION OF TYPES OF PSYCHOLOGICAL RESPONSE TO THE DISEASE IN DIFFERENT GROUPS OF PATIENTS WITH CHRONIC PHASE OF ISCHEMIC STROKE

Babirad A.M.

Department of Neurology and Reflexology, the Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, Ukraine

The objective of our research was to study the types of psychological response to the disease in different groups of patients with chronic phase of ischemic stroke.

Material and methods. 100 consecutive patients with chronic phase of ischemic stroke and 17 patients with chronic cerebral ischemia were questioned in neurology in-patient department. The types of attitude towards disease were identified with the help of the Personal Questionnaire of the Bekhterev Institute.

Results. Our data indicate that clinical (location of the ischemic lesion, severity of paresis), laboratory (cholesterol level) and individual (gender and education) factors are involved in the formation of the internal picture of the disease in patients with chronic phase of ischemic stroke.

Keywords: ischemic stroke, the Personal Questionnaire of the Bekhterev Institute, attitudes towards disease.

Резюме

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ТИПОВ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО РЕАГИРОВАНИЯ НА БОЛЕЗНЬ У РАЗНЫХ ГРУПП ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПЕРЕНЕСЕННЫХ ИШЕМИЧЕСКИХ ИНСУЛЬТОВ

Бабирад А.М.

Кафедра неврологии и рефлексотерапии, Национальный университет охраны здоровья имени П.Л. Шупика, г. Киев, Украина

Целью нашего исследования было изучение распределения типов психологического реагирования на болезнь в разных группах пациентов с последствиями перенесенных ишемических инсультов.

Материалы и методы. Нами было обследовано 100 пациентов с последствиями перенесенных ишемических инсультов. Типы отношения к болезни, а также типы психологического реагирования были определены с помощью личного опросника Бехтеревского института.

Выводы. Полученные нами данные указывают на то, что клинические (расположение ишемического очага, выраженность пареза конечностей), лабораторные (уровень холестерина) и индивидуальные (пол и образование) факторы участвуют в формировании внутренней картины болезни у пациентов с последствиями перенесенных ишемических инсультов.

Ключевые слова: ишемический инсульт, Личностный опросник Бехтеревского института, типы отношения к болезни, типы психологического реагирования.

Вступ. Инсульты є найбільш частою причиною смертності слідом за інфарктами міокарда та злоякісними новоутвореннями, і посідають перше місце у структурі причин інвалідності серед працездатного населення. Враховуючи зростання кількості випадків цереброваскулярних захворювань та тривалості життя, у світі слід очікувати збільшення кількості пацієнтів з ознаками інвалідності (A Global action plan for the prevention and control of NCDs. 2013-2020; Global Health Observatory data repository; Труфанов Е.А., 2015; Мищенко Т.С., 2017; Свиридова, Н.К., Лубенец, Г.С., Попов и соавт., 2015).

Метою нашого дослідження було вивчення розподілу типів психологічного реагування на хворобу у пацієнтів з наслідками перенесених ішемічних інсультів (II) в залежності від віку, гендерних відмінностей, освіти, міжпівкульної асиметрії, наявності супутніх захворювань (артеріальна гіпертензія), кількості перенесених ішемічних інсультів (первинний, повторний) та їх

локалізації, ступеня інвалідизації, вираженості когнітивного та рухового неврологічного дефіциту, а також лабораторних показників.

Матеріали і методи. Нами обстежено 100 пацієнтів з наслідками перенесених ішемічних інсультів (66 чоловіків та 34 жінки). Середній вік пацієнтів дорівнював $55,1 \pm 1,1$ років. Обстеження проводилось у пізньому відновлювальному періоді після перенесеного ішемічного інсульту (> 6 міс. від початку розвитку ішемічного інсульту) на базі неврологічного та реабілітаційного відділень Київської обласної клінічної лікарні, за період 2016-2019 роки.

Типи ставлення до хвороби були визначені за допомогою спеціального Особистісного опитувальника Бехтеревського інституту, ("ЛЮБИ-тест"; тут і в подальшому збережено оригінальну назву) (Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М., 1983; Менделевич В.Д., 1999).

Тринадцять типів ставлення до хвороби (ТСХ) класифікуються за ступенем

відповідності внутрішньої картини хвороби її суб'єктивним клінічним ознакам на три типи психологічного реагування (ТПР) (Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М., 1983; Менделевич В.Д., 1999; Труфанов Е.А., 2004):

1. Гармонійний (прагматичний) – пацієнти реалістично оцінюють своє захворювання і його прогноз; відносини з медичним персоналом будують прагматично; приділяють увагу оптимальній організації лікувальних та профілактичних заходів.

2. Гіпонозогностичний – пацієнти применшують значимість своєї хвороби і недооцінюють важкість клінічних проявів, надмірно оптимістично прогнозують вихід з захворювання, зневажливо ставляться до лікування, завищують очікування від призначеної терапії. Пацієнти можуть знати все про своє захворювання та про його несприятливий прогноз, але це не викликає в них емоційного переживання та тривоги. У таких хворих інколи легко формується неадекватна модель очікування результатів і "найоптимальніша" модель отримання результатів лікування. Даний ТПР може бути усвідомленим і неусвідомленим, ґрунтуючись на вроджених чи набутих особливостях особистості пацієнта. Деякі дослідники розглядають такий тип реагування як наслідок сприйняття хвороби, що виконує функцію психологічного захисту особистості. Сюди відносимо ергопатичний,

ейфорійний та анозогностичний ТСХ.

3. Гіпернозогностичний – пацієнти перебільшують симптоми, важкість перебігу та кінець хвороби. Вони надмірно емоційно переживають незначні погіршення стану; занижують очікувані результати лікування. Кожен симптом хвороби набуває великого суб'єктивного значення, а важкість захворювання і його прояви перебільшуються. Сюди відносимо тривожний, іпохондричний, меланхолійний, апатичний, неврастенічний, обсессивно-фобічний, сенситивний, егоцентричний і паранояльний ТСХ (Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М., 1983; Менделевич В.Д., 1999; Труфанов Е.А., 2004).

Гіпонозогностичний ТСХ розглядається як захисно-компенсаторний варіант психологічного реагування на хворобу. На відміну від гармонійного і гіпонозогностичного типів психологічного реагування на хворобу, гіпернозогностичний тип порушує як індивідуальну, так і соціально-психологічну адаптацію (Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М., 1983; Труфанов Е.А., 2004).

Результати та їх обговорення. У віковій групі пацієнтів 56-83 роки частіше зустрічався гармонійний тип психологічного реагування на хворобу, а пацієнтів 29-55 років – гіпернозогностичний ТПР. Однак ми не отримали достовірних статистичних відмінностей між групами (табл. 1).

Таблиця 1

Розподіл типів психологічного реагування на хворобу в залежності від віку пацієнтів з наслідками перенесених ішемічних інсультів

№ п/п	Типи реагування	29-55 років		56-83 років		P
		Абс.	%	Абс.	%	
1.	Гармонійний	6	11,1	10	21,7	> 0,05
2.	Гіпонозогностичний	7	13,0	6	13,0	> 0,05
3.	Гіпернозогностичний	41	75,9	30	65,2	> 0,05
	Усього	54	100,0	46	100,0	

Нами було встановлено, що у чоловіків частіше зустрічався гіпонозогностичний (захисно-компенсаторний) ($p < 0,01$) і гармонійний ($p > 0,05$) ТПР, а у жінок – гіпернозогностичний ТПР ($p < 0,01$) (табл. 2).

Патологічний гіпернозогностичний ТПР достовірно частіше зустрічався в групі

пацієнтів з вищою освітою, у порівнянні з обстеженими пацієнтами, які мали початкову та середню освіту. Не отримано достовірної статистичної різниці в розподіленні гармонійного та гіпонозогностичного ТПР в залежності від рівня отриманої освіти. (табл. 3).

Таблиця 2

Розподіл типів психологічного реагування на хворобу в залежності від гендерних ознак пацієнтів з наслідками перенесених ішемічних інсультів

№ п/п	Типи реагування	Чоловіки		Жінки		P
		Абс.	%	Абс.	%	
1.	Гармонійний	12	18,2	4	11,8	> 0,05
2.	Гіпонозогностичний	12	18,2	1	2,9	< 0,01
3.	Гіпернозогностичний	42	63,6	29	85,3	< 0,01
	Усього	66	100,0	34	100,0	

Таблиця 3

Розподіл типів психологічного реагування на хворобу в залежності від освіти пацієнтів з наслідками перенесених ішемічних інсультів

№ п/п	Типи реагування	Початкова / середня		Вища		P
		Абс.	%	Абс.	%	
1.	Гармонійний	14	17,9	2	9,1	> 0,05
2.	Гіпонозогностичний	12	15,4	1	4,5	> 0,05
3.	Гіпернозогностичний	52	66,7	19	86,4	< 0,03
	Усього	78	100,0	22	100,0	

Не отримано достовірної статистичної різниці в розподіленні типів психологічного реагування у праворуких та ліворуких пацієнтів з наслідками перенесених ІІ (табл. 4). В той же час, гармонійний ТПР зустрічався дещо частіше у праворуких пацієнтів, а гіпернозогностичний ТПР – в групі ліворуких пацієнтів ($p > 0,05$).

Таблиця 4

Розподіл типів психологічного реагування на хворобу у праворуких та ліворуких пацієнтів з наслідками перенесених ішемічних інсультів

№ п/п	Типи реагування	Праворукі		Ліворукі		P
		Абс.	%	Абс.	%	
1.	Гармонійний	14	17,1	2	11,1	> 0,05
2.	Гіпонозогностичний	11	13,4	2	11,1	> 0,05
3.	Гіпернозогностичний	57	69,5	14	77,8	> 0,05
	Усього	82	100,0	18	100,0	

Гармонійний та захисно-компенсаторний гіпонозогностичний ТПР зустрічались дещо частіше у пацієнтів з наслідками одного перенесеного ішемічного інсульту, а патологічний гіпернозогностичний ТПР зустрічався частіше у пацієнтів, які перенесли два і більше ІІ (табл. 5). Проте, не були отримані достовірні відмінності між групами ($p > 0,05$), що в якійсь мірі підтверджує нашу гіпотезу про те, що патологічні типи відношення до хвороби починають формуватись ще до розвитку інсульту в наслідок хронічної ішемії мозку.

Найцікавіші результати були отримані при оцінці розподілення ТПР на хворобу в залежності від локалізації вогнища ураження (табл. 6). Гармонійний тип ТПР зустрічався достовірно частіше у пацієнтів, з ураженням субдомінуючої півкулі ($p < 0,03$), а гіпернозогностичний ТПР – у пацієнтів, які мали ішемічне вогнище в домінуючій півкулі ($p < 0,01$). Не були отримані достовірні відмінності між групою хворих з ураженням стовбуру мозку і пацієнтами, які мали ішемічне вогнище в півкулях головного мозку.

Таблиця 5

Розподіл типів психологічного реагування на хворобу в залежності від кількості перенесених інсультів

№ п/п	Типи реагування	Наслідки одного інсульту		Наслідки декількох інсультів		P
		Абс.	%	Абс.	%	
1.	Гармонійний	14	17,5	2	10,0	> 0,05
2.	Гіпонозогностичний	11	13,8	2	10,0	> 0,05
3.	Гіпернозогностичний	55	68,8	16	80,0	> 0,05
	Усього	80	100,0	20	100,0	

Отримані нами дані дозволяють стверджувати, що ураження домінуючої півкулі у хворих з наслідками перенесених ІІ, призводить до більш несприятливих типів від-

ношення до хвороби, у порівнянні з пацієнтами, які мали ураження субдомінуючої півкулі.

Таблиця 6

Розподіл типів психологічного реагування на хворобу в залежності від локалізації вогнища ураження (домінуюча, субдомінуюча, стовбур мозку)

№ п/п	Типи реагування	Домінуюча півкуля		Субдомін. півкуля		Стовбур мозку	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
1.	Гармонійний	2	7,1*	10	24,3*	4	18,2
2.	Гіпонозогностичний	2	7,1	6	14,6	3	13,6
3.	Гіпернозогностичний	24	85,7*	25	61,0*	15	68,2
	Усього	28	100,0	41	100,0	22	100,0

Примітка:

* статистично достовірні відмінності групи хворих з ураженням домінуючої півкулі від групи хворих з ураженням субдомінуючої півкулі ($p < 0,05$).

Ступінь інвалідації і порушення повсякденної життєвої активності після

перенесеного інсульту достовірно не впливали на розподіл ТПР на хворобу (табл. 7).

Таблиця 7

Розподіл типів психологічного реагування на хворобу в залежності від ступеню інвалідації і порушення повсякденної життєвої активності після перенесеного ішемічного інсульту згідно з модифікованою шкалою Ренкіна (0 балів – немає симптомів, 1-2 бал – легка інвалідація, 3 бали – помірна інвалідація, 4-5 балів – важка інвалідація)

№ п/п	Типи реагування	0-2 балів		3-5 балів		P
		Абс.	%	Абс.	%	
1.	Гармонійний	5	20,0	11	14,67	> 0,05
2.	Гіпонозогностичний	5	20,0	8	10,67	> 0,05
3.	Гіпернозогностичний	15	60,0	56	74,67	> 0,05
	Усього	25	100,0	75	100,0	

Обговорюючи отримані дані, можна відмітити, що гармонійний та гіпонозогностичний ТПР на хворобу зустрічались частіше у пацієнтів з нормальною м'язевою силою або у тих, що мали незначний парез, а

патологічний гіпернозогностичний ТПР частіше спостерігався у хворих, що мали виражений парез або плегію (табл. 8). Водночас, достовірні відмінності між групами не отримані ($p > 0,05$).

Таблиця 8

Розподіл типів психологічного реагування на хворобу в залежності від вираженості парезу (група I – пацієнти з нормальною м'язовою силою і пацієнти з незначним парезом, група II – пацієнти з помірним парезом, група III – пацієнти зі значним парезом або плегією)

№ п/п	Типи реагування	Група I М'язова сила 4-5 балів		Група II М'язова сила 3 бали		Група III М'язова сила 0-2 бали	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
1.	Гармонійний	11	17,2	4	16,7	1	8,3
2.	Гіпнозогностичний	11	17,2*	1	4,2*	1	8,3
3.	Гіпернозогностичний	42	65,6	19	79,2	10	83,3
	Усього	64	100,0	24	100,0	12	100,0

Примітка:

* статистично достовірні відмінності групи хворих з м'язовою силою 4-5 балів від групи хворих з м'язовою силою 3 бали ($p < 0,05$).

Не отримано статистично достовірних відмінностей в розподілі ТПР в залежності від вираженості атаксії у пацієнтів з наслідками перенесених ішемічних інсультів (табл. 9).

Таблиця 9

Розподіл типів психологічного реагування на хворобу в залежності від вираженості атаксії

№ п/п	Типи реагування	Пацієнти без атаксії та з легкою атаксією		Пацієнти з помірною та вираженою атаксією		P
		Абс.	%	Абс.	%	
1.	Гармонійний	8	13,3	8	20,0	> 0,05
2.	Гіпнозогностичний	8	13,3	5	12,5	> 0,05
3.	Гіпернозогностичний	44	73,3	27	67,5	> 0,05
	Усього	60	100,0	40	100,0	

Рівень порушення когнітивних функцій не впливав на розподіл ТПР на хворобу у пацієнтів з наслідками перенесених інсультів (табл. 10).

Таблиця 10

Розподіл типів психологічного реагування на хворобу в групі хворих з нормальними когнітивними функціями та нерізкими когнітивними порушеннями у порівнянні з пацієнтами що мали деменцію

№ п/п	Типи реагування	Пацієнти без деменції*		Пацієнти з деменцією		P
		Абс.	%	Абс.	%	
1.	Гармонійний	6	15,0	10	16,7	> 0,05
2.	Гіпнозогностичний	7	17,5	6	10,0	> 0,05
3.	Гіпернозогностичний	27	67,5	44	73,3	> 0,05
	Усього	40	100,0	60	100,0	

Примітка:

* В групу пацієнтів без деменції входили обстежувані з нормальними когнітивними функціями та пацієнти з нерізкими когнітивними порушеннями

Наявність або відсутність артеріальної ТПР у пацієнтів з наслідками перенесених гіпертензії також впливала на розподіл П (табл. 11).

Таблиця 11

Розподіл типів психологічного реагування на хворобу в групах хворих з наявністю або відсутністю артеріальної гіпертензії

№ п/п	Типи реагування	Артеріальної гіпертензії немає		Артеріальна гіпертензія є		P
		Абс.	%	Абс.	%	
1.	Гармонійний	0	0	16	18,0	> 0,05
2.	Гіпонозогностичний	2	18,2	11	12,4	> 0,05
3.	Гіпернозогностичний	9	81,8	62	69,7	> 0,05
	Усього	11	100,0	89	100,0	

Аналіз показників, що надані в табл. 12 демонструє залежність розподілу типів психологічного реагування в залежності від рівня холестерину. Гармонійний ТПР зустрічався значно частіше у пацієнтів з нормальним рівнем холестерину ($p < 0,04$). Не отримано достовірних відмінностей в розподілі гіпонозогностичного і гіпернозо-

гностичного ТПР, якщо аналізувати їх окремо. В той же час сумарно гіпонозогностичний і гіпернозогностичний типи психологічного реагування достовірно частіше зустрічались у пацієнтів з підвищеним рівнем холестерину, у порівнянні з групою пацієнтів що мали нормальний холестерин (90,2 vs. 62,5, $p < 0,04$).

Таблиця 12

Розподіл типів психологічного реагування на хворобу в групах хворих з наявністю або при відсутності гіперхолестеринемії*

№ п/п	Типи реагування	Рівень холестерину менше 4.5 ммоль/л		Рівень холестерину більше 4.5 ммоль/л		P
		Абс.	%	Абс.	%	
2.	Гіпонозогностичний	0	0	9	22,0	> 0,05
3.	Гіпернозогностичний	5	62,5	28	68,3	> 0,05
	Усього	8	100,0	41	100,0	

Примітка:

* під нормальним рівнем холестерину у пацієнтів з високим ризиком розвитку цереброваскулярних захворювань, вважався рівень менше 4.5 ммоль/л.

На відміну від рівня холестерину, рівень глюкози не впливав на розподіл ТПР

на хворобу у пацієнтів з наслідками перенесених ішемічних інсультів (табл. 13).

Таблиця 13

Розподіл типів психологічного реагування на хворобу в групах хворих з наявністю або при відсутності гіперглікемії

№ п/п	Типи реагування	Рівень глюкози натще 6,0 ммоль/л и нижче		Рівень глюкози натще 6,1 ммоль/л и вище		P
		Абс.	%	Абс.	%	
1.	Гармонійний	9	14,3	3	15,8	> 0,05
2.	Гіпонозогностичний	8	12,7	1	5,3	> 0,05
3.	Гіпернозогностичний	46	73,0	15	78,9	> 0,05
	Усього	63	100,0	19	100,0	

Висновки

1. В цілому, гармонійний тип психологічного реагування на хворобу зустрічався рідко у всіх групах пацієнтів з наслідками перенесених ішемічних інсультів. В той же час, він зустрічався достовірно частіше у хворих з ураженням субдомінантної півкулі і у пацієнтів з нормальним рівнем холестерину.
2. Захисно-компенсаторний гіпонозогностичний ТПР виявлявся частіше у чоловіків та в групі хворих з силою м'язів 4-5 балів.
3. Встановлено, що патологічний гіпернозогностичний ТПР на хворобу зустрічався достовірно частіше у жінок, у пацієнтів з вищою освітою, а також в групі хворих з ураженням доміантної півкулі.
4. Таким чином, отримані нами дані вказують, що клінічні (розташування ішемічного вогнища, вираженість парезу кінцівок), лабораторні (рівень холестерину) та індивідні (стать та освіта) фактори беруть участь у формуванні внутрішньої картини хвороби у пацієнтів з наслідками перенесених ішемічних інсультів. Психодіагностика ставлення до хвороби з урахуванням цих факторів дасть можливість передбачити психологічну декомпенсацію і дезадаптацію, а також ефективніше використовувати психокорекцію і психотерапію у таких пацієнтів (Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М., 1983; Менделевич В.Д., 1999; Никоненко В.А., 2000; Труфанов Е.А., 2004).

Література

1. Кабанов М.М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике / М.М. Кабанов, А.Е. Личко, В.М. Смирнов. – Л.: Медицина, 1983. – 312 с.
2. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология: Практическое руководство / В.Д. Менделевич. – М.: МЕД пресс, 1999. – 592 с.
3. Мищенко Т.С. Эпидемиология цереброваскулярных заболеваний и организация помощи больным с мозговым инсультом в Украине / Т.С. Мищенко // Український вісник психоневрології. - 2017. - № 25, вип. 1. – С. 22-24.
4. Никоненко В.А. Типы отношения к заболеванию у больных гипертонической болезнью с непсихотическими расстройствами / В.А. Никоненко // Таврический журнал психиатрии. – 2000. – Т.4, №2 (13). – С. 20-22.
5. Свиридова Н.К. Комплексне лікування гострих порушень мозкового кровообігу / Н.К. Свиридова, Г.С. Лубенець, О.В. Попов и др. // Східно-європейський неврологічний журнал. – 2015. – № 03 (03). – С. 4-28.
6. Труфанов Е.А. Инсульт – актуальное направление кардионеврологии / Е.А. Труфанов // Східно-європейський неврологічний журнал. – 2015. – № 03 (03). – С. 54-56.
7. Труфанов Е.А. Клинические соотношения у больных рассеянным склерозом: дис. ... канд. мед. наук: 14.01.15 / Луганск, 2004. – 151 с.
8. A Global action plan for the prevention and control of NCDs. 2013-2020. [Electronic resource] / The World Health Organization [Official website]. Режим доступа: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-action-plan/en>
9. Global Health Observatory data repository. Режим доступа: <http://apps.who.int/gho/data/view.main.SDG2016LEXREGv?lang=en>