

СПЕЦИФИКА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЛИЧНОСТИ В ПЕРИОД ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНСУЛЬТА

Лебедева Софья Олеговна

магистрант, Тольяттинский государственный университет, РФ, г. Тольятти

Сосудистые заболевания, включая инсульты различного генеза, являются одной из самых распространенных причин смертности и инвалидизации населения. Состояние после перенесенного инсульта, нередко соотносится с трудностями адаптации в некогда привычной среде, изменениями в социально-трудовой и коммуникативной сферах, а также сопровождается переживаниями, возникшими в качестве ответа на ситуацию инсульта, что наряду с поражением структур головного мозга, может повлечь за собой развитие эмоциональных нарушений, включая депрессивные, тревожные, апатические и фобические расстройства, которые, в свою очередь, находят отражение в снижении мотивации к восстановлению, уменьшении эффективности терапевтических и реабилитационных мероприятий, а также в патологическом изменении течения болезни. Все вышеперечисленное обуславливает актуальность и необходимость изучения данной темы.

Цель исследования заключалась в выявлении особенностей психоэмоционального состояния больных, перенесших инсульт, объектом исследования являлось психоэмоциональное состояние личности, предметом исследования – психоэмоциональное состояние больных, перенесших инсульт.

Поскольку психоэмоциональное состояние является неким эмоциональным ответом на сложившуюся ситуацию (в данном случае, – ситуацию инсульта), достижение цели исследования осуществлялось путем применения опросника для выявления и оценки невротических состояний К. К. Яхина, Д. М. Менделевича [1], так как данная методика направлена на определение сразу нескольких значимых факторов, способных негативно влиять на психоэмоциональное состояние личности, среди которых: тревога, невротическая депрессия, истерический тип реагирования, астения, обсессивно-фобические и вегетативные нарушения.

Для проведения исследования были сформированы две группы, в состав каждой из которых вошли 22 участника. Контрольная группа была представлена людьми от 23 лет до 61 года, в анамнезе которых инсульты отсутствовали, основу экспериментальной группы составили участники в возрасте от 26 до 69 лет, имеющие подтвержденный диагноз «острое нарушение мозгового кровообращения» различной локализации, установленный от 26 дней до 5 лет назад. Испытуемые не были объединены местом проживания, медицинским учреждением, в котором осуществлялось лечение, методами и способами произведенных терапевтических и реабилитационных мероприятий.

По правилам интерпретации данного опросника, уровень здоровья определяется при показателе больше 1,28, болезненный характер расстройств – при показателе меньше -1,28. Соответственно, показатели, не достигшие данных пороговых значений, не могут расцениваться как указывающие на уровень здоровья, либо нездоровья.

Исходя из этого, после обработки и анализа полученных в процессе опроса эмпирических данных, было установлено, что характер тревожных расстройств 45,5% участников экспериментальной группы и 9% опрошенных, вошедших в состав контрольной группы, можно считать болезненным. Показатели 31,8% испытуемых, перенесших инсульт, указывают на уровень здоровья, в то время как у исследуемых без диагностированных инсультов в анамнезе

они составляют 68%.

Данные шкалы невротической депрессии свидетельствуют о том, что 68% участников экспериментальной группы и 22,7% участников контрольной группы имеют болезненный характер расстройств. Проявления невротической депрессии у 18% опрошенных экспериментальной группы и 59% испытуемых, вошедших в состав контрольной группы, не выходят за установленные авторами опросника пределы здоровья.

После анализа данных шкалы астении стало возможным заключение о том, что характер расстройств 63,6% участников экспериментальной группы и 13,6% испытуемых, составивших контрольную группу, можно охарактеризовать как болезненный. У 27,2% опрошенных, перенесших инсульт, а также у 72,7% исследуемых без наличия эпизодов острого нарушения мозгового кровообращения, выявлен уровень здоровья по данной шкале.

Кроме того, проявления истерического типа реагирования 40,9% участников экспериментальной группы и 4% участников контрольной группы можно охарактеризовать как болезненные, у 40,9% исследуемых, перенесших инсульт, и 54% опрошенных без диагностированных инсультов в анамнезе показатели проявления истерического типа реагирования находятся в рамках здоровья.

Также было установлено, что уровень расстройств 54,5% опрошенных экспериментальной группы и 9% участников контрольной группы по шкале обсессивно-фобических нарушений имеет болезненный характер, в то время как уровень здоровья был выявлен у 18% испытуемых, перенесших инсульт, и 72,7% испытуемых без инсультов в анамнезе.

Помимо этого, после анализа полученных данных стало возможным предположение о том, что 50% опрошенных, перенесших инсульт и 31,8% исследуемых без наличия инсультов в анамнезе, имеют болезненный характер вегетативных расстройств, у 31,8% испытуемых экспериментальной группы и 63,6% участников контрольной группы по данной шкале был диагностирован уровень здоровья.

Все вышеизложенное наглядно отображено в Таблице 1.

Таблица 1.

Данные о выраженности невротических состояний в контрольной и экспериментальной группах

Шкала	Контрольная группа			Экспериментальная группа		
	Уровень здоровья, %	Уровень нездоровья, %	Показатели, не достигшие пороговых значений, %	Уровень здоровья, %	Уровень нездоровья, %	Показатели, не достигшие пороговых значений, %
Тревоги	68	9	27	31,8	45,5	22,7
Невротической депрессии	59	22,7	18	18	68	13,6
Астении	72,7	13,6	13,6	27,2	63,6	9
Истерического типа реагирования	54	4	40,9	40,9	40,9	4
Обсессивно-фобических нарушений	72,7	9	13,6	18	40,9	13,6
Вегетативных нарушений	63,6	31,8	4	31,8	50	18

Проверка достоверности различий в показателях осуществлялась путем проведения

дисперсионного анализа. Сравнению подверглись эмпирические данные, полученные в результате применения опросника для оценки невротических состояний в контрольной и экспериментальной группах и представленные в Таблице 2. Так, максимально значимыми оказались различия в показателях шкалы обсессивно-фобических нарушений. Существенной значимостью обладали и различия в показателях шкал тревоги, невротической депрессии и астении, обнаруженные в процессе опроса людей, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения, и людей без наличия диагностированных инсультов в анамнезе. Кроме того, статистически значимой оказалась и взаимосвязь показателей по шкалам вегетативных нарушений, истерического типа реагирования, что также отражено в Таблице 2.

Таблица 2.

Достоверность различий между эмпирическими данными, полученными в процессе опроса участников контрольной и экспериментальной группы

Шкала	Вариативность эмпирических данных		Достоверность различий
	Экспериментальная группа	Контрольная группа	
Тревоги	от -8,76 до 5,92	от -8,55 до 8,13	0,006
Невротической депрессии	от -10,16 до 5,03	от -8,62 до 7,12	0,002
Астении	от -12,48 до 8,09	от -9,1 до 10,05	0,034
Истерического типа реагирования	от -8,38 до 5,67	от -2,63 до 6,41	0,022
Обсессивно-фобических нарушений	от -6,94 до 5,08	от -7,97 до 6,6	0,007
Вегетативных нарушений	-12,28 до 9,42	от -8,34 до 15,9	0,015

Таким образом, можно судить о том, что у людей с наличием подтвержденного диагноза «острое нарушение мозгового кровообращения», вошедших в состав экспериментальной группы, достоверно чаще, чем у участников контрольной группы, не имеющих инсультов в анамнезе, регистрируется уровень нездоровья по шкалам тревоги, невротической депрессии, астении, истерического типа реагирования, обсессивно-фобических и вегетативных нарушений.

Помимо этого, для проверки предположения о взаимосвязи между давностью инсульта и показателями выраженности расстройств по каждой из шкал, был произведен корреляционный, а также регрессионный анализ. Поскольку в исследовании принимали участие люди, перенесшие инсульт от 26 дней до 5 лет назад, было принято решение, привести эти данные к общему виду и в дальнейших измерениях использовать их в пересчете на дни.

Таким образом, было выявлено, что проявление тревожных расстройств ($p=0,006<0,01$), невротической депрессии ($p=0,002<0,01$), астении ($p=0,034<0,05$), истерического типа реагирования ($p=0,022<0,05$), обсессивно-фобических ($p=0,007<0,01$) и вегетативных нарушений ($p=0,015<0,05$) более выражено в ранний постинсультный период, однако суждение о том, что в конкретной группе испытуемых вышеперечисленные проявления регрессируют с течением времени, с большой долей вероятности, является неправомерным, так как установленный в ходе регрессионного анализа коэффициент детерминации находится на уровне, не достигшем 50%, что делает несостоятельной выдвинутую регрессионную

модель.

Помимо этого, в результате проведенного корреляционного анализа обнаружено, что вегетативные нарушения опрошенных, перенесших инсульт, в большей степени выражены у женщин ($p=0,024<0,05$), а истерический тип реагирования достоверно чаще регистрируется у лиц пожилого возраста ($p=0,040<0,05$).

На основании данных, полученных в процессе проведения исследования, можно сделать выводы о том, что психоэмоциональное состояние людей, перенесших инсульт, и вошедших в состав экспериментальной группы, характеризуется наличием тревоги, невротической депрессии, истерического типа реагирования, который чаще отмечался у лиц пожилого возраста, обсессивно-фобических расстройств. Не менее распространенным является и состояние астении, а также вегетативные нарушения, в большей степени выраженные у женщин и способные негативно влиять на эмоциональную сферу. Поэтому, для повышения качества жизни, успешной адаптации и реабилитации больных, перенесших инсульт, необходима своевременная диагностика их психоэмоционального состояния, что подчеркивает актуальность изучения данной темы.

Список литературы:

1. Яхин К. К., Менделевич Д. М. Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний // Клиническая и медицинская психология: практическое руководство. М. 1998. С. 545-552