УДК 616.831-005.1+159.942

DOI: 10.31549/2541-8289-2021-3-67-72

ИЗУЧЕНИЕ УРОВНЯ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Животова М.А., Султанова А.Н., Иоаниди Д.К., Станкевич А.С.

ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России

Цель. Исследовать уровень алекситимии и его связь с уровнем самооценки, тревоги и депрессии у пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения.

Материалы и методы. В данном исследовании выборку составили две группы: пациенты с острым нарушением мозгового кровообращения неврологического отделения МБУЗ «Городская клиническая больница № 1» г. Новосибирска и условно здоровые люди. Использовались психологические тесты-опросники: Торонтская алекситимическая шкала TAS-26, шкала тревоги Шихана, САН, шкала депрессии Зунга, тест на распознавание эмоций.

Результаты. Получены достоверные различия между группами — у пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения чаще встречается ярко выраженная алекситимия (0,0003**). При проведении сравнительного анализа способности распознавания эмоций выявлены достоверные различия между группами (0,001**). Анализ тревожно-депрессивной симптоматики не показал клинически значимых симптомов, что может быть прогностически положительным, благоприятным для пациентов. Уровень тревоги в обеих группах, как и уровень депрессии, находится практически на одном уровне ($p > 0,05$). При исследовании шкал «Самочувствие», «Активность» и «Настроение» складывается аналогичная картина ($p > 0,05$). Также в ходе анализа взаимосвязи показателей психоэмоциональной сферы выявлены связи между ними и шкалой распознавания эмоций (0,49), а также отрицательная тенденция со шкалой уровня алекситимии (–0,57), что подтверждает взаимовлияние эмоционального состояния и психологических особенностей.

Заключение. Психолого-психиатрическая коморбидность у пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения имеет высокую распространенность. Своевременное выявление проблем психологического характера и адекватная коррекция имеют существенное значение в комплексной терапии пациентов, перенесших инсульт. В ходе исследования определены особенности алекситимии, распознавания эмоций, настроения, самочувствия, активности в диагностике пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения.

Ключевые слова: острое нарушение мозгового кровообращения, инсульт, психологическое благополучие, психоэмоциональный статус, алекситимия.

THE STUDY OF THE PSYCHO-EMOTIONAL STATUS LEVEL IN PATIENTS WITH ACUTE CEREBROVASCULAR ACCIDENT

Zhivotova M.A., Sultanova A.N., Ioanidi D.K., Stankevich A.S.

Novosibirsk State Medical University

Aim of the research: to investigate the level of alexithymia and its relationship with the levels of self-esteem, anxiety and depression in patients with acute cerebrovascular accident.

Materials and methods: in this study, the sample consisted of two groups: patients with acute cerebral circulatory disorders of the neurological department of the Novosibirsk Clinical Hospital No. 1 and conditionally healthy people. Psychological inventories were used: the Toronto Alexithymic scale (TAS-26), the Sheehan Patient-Rated Anxiety Scale, HAM test, the Zung Self-Rating Depression Scale, The Emotion Recognition Task.

Автор, ответственный за переписку

Султанова Акlima Накиповна: ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, 630091, г. Новосибирск, Красный пр., 52.
E-mail: sultanova.aklima@yandex.ru

Corresponding author

Sultanova Aklima Nakipovna: Novosibirsk State Medical University, 52, Krasny Prospect, Novosibirsk, 630091, Russia.
E-mail: sultanova.aklima@yandex.ru

© ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России, 2021

Results: significant differences between the groups were obtained – pronounced alexithymia is more common in patients with acute cerebrovascular accident (0,0003**). A comparative analysis of the ability to recognize emotions revealed significant differences between the groups (0,001**). The analysis of anxiety-depressive symptoms did not show clinically significant symptoms, which can be prognostically positive, favorable for patients. The level of anxiety, as well as depression, is almost the same in both groups ($p > 0,05$). When studying the scales Well-being, Activity and Mood, a similar picture develops ($p > 0,05$). Also, during the analysis of the relationship between the indicators of the psycho-emotional sphere, the correlations between them and the emotion recognition scale (0,49), as well as a negative trend with the alexithymia level scale (–0,57) were revealed, which confirms the mutual influence of the emotional state and psychological characteristics.

Conclusion: psychological and psychiatric comorbidity in patients with acute cerebrovascular accident has a high prevalence. Timely identification of psychological problems and adequate correction are essential in the complex therapy of stroke patients. The study identified the features of alexithymia, recognition of emotions, mood, well-being, activity in the diagnosis of patients with acute cerebrovascular accident.

Keywords: acute cerebrovascular accident, stroke, mental well-being, psycho-emotional state, alexithymia.

ВВЕДЕНИЕ

Инсульт считается второй ведущей причиной смерти во всем мире с ежегодным уровнем смертности около 5,5 млн человек. Заболевание характеризуется не только высокой смертностью, но и высокой заболеваемостью — до 50 % выживших становятся хроническими инвалидами. Таким образом, инсульт — это болезнь огромной важности для общественного здравоохранения с серьезными экономическими и социальными последствиями. Бремя инсульта для общественного здравоохранения будет расти в ближайшие десятилетия из-за демографических изменений населения, особенно в развивающихся странах [1].

Согласно определению, предложенному Всемирной организацией здравоохранения в 1970 г., инсульт — это «быстро развивающиеся клинические признаки очагового (или глобального) нарушения церебральной функции, с симптомами, длящимися 24 ч или дольше, или ведущими к смерти, без видимой причины, кроме сосудистого происхождения» [1]. Своевременное выявление у пациентов проблем психологического характера, их выраженность и адекватная коррекция имеют существенное значение в комплексной терапии пациентов, перенесших инсульт. Определенные диагностические трудности у данных пациентов группы вызывает алекситимия, т.е. неспособность распознавать и вербализировать собственные эмоции [2]. Присутствие алекситимического радикала в структуре личности больного способствует нивелированию даже типичной депрессивной симптоматики и затрудняет общение с ним [3]. Последствия алекситимии могут негативно отражаться на самочувствии пациентов, как психическом, так и физическом, что впоследствии может затруднять процесс реабилитации. Изучение

данного явления поможет определить степень осознанности пациентами собственных ощущений [4].

В последнее десятилетие общая заболеваемость инсультом увеличилась на 20 % в странах с низким и средним уровнем дохода [5]. Социальные, физические и психологические последствия инсульта имеют масштабные последствия для личности [6]. Эти последствия описываются исследованиями, которые определяют качество жизни как «восприятие человеком своего положения в жизни в контексте систем культуры и ценностей, в которых они живут, и в отношении их целей, ожиданий, стандартов и беспокойства» [7].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследовать уровень алекситимии и его связь с уровнем самооценки, тревоги и депрессии у пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В данном исследовании выборку составили две группы: пациенты с острым нарушением мозгового кровообращения неврологического отделения МБУЗ «Городская клиническая больница № 1 г. Новосибирска» и условно здоровые люди. В исследовании приняли участие 20 чел. — 11 женщин и 9 мужчин, средний возраст $46,8 \pm 11,3$ года.

Респондентам двух групп предложены следующие психологические методики:

1) Торонтская алекситимическая шкала TAS-26 (TAS представляет собой инструмент для измерения и оценки алекситимии);

2) шкала тревоги Шихана (используется в диагностике тревожных расстройств, в частности — с целью определения уровня клинически значимой тревоги);

3) тест-опросник САН (оценка психоэмоционального состояния взрослого человека на момент обследования);

4) шкала депрессии Зунга (тест для самооценки депрессии, разработанный в Университете Дюка психиатром У. Зунгом, в России адаптирован Т.И. Балашовой в отделении наркологии НИИ им. Бехтерева. Методика позволяет оценить уровень депрессии пациентов и определить степень депрессивного расстройства);

5) тест на распознавание эмоций (разработан профессором Калифорнийского университета П. Экманом, специалистом в области психологии эмоций, межличностного общения, распознавания лжи. Тест предлагает респонденту определить шесть эмоций: гнев, презрение, страх, удивление, печаль, радость. Каждая эмоция представлена на 10 лицах).

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием стандартных методов подсчета средних величин, стандартного отклонения, подсчета достоверности разности показателей и корреляционного анализа. Все вычисления проводились с помощью пакета статистического программного обеспечения StatSoft STATISTICA 10.0 с определением описательной статистики.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Исследован уровень алекситимии у пациентов по Торонтской алекситимической шкале TAS-26. По данной методике у 10 % (2 чел.) алекситимия не выявлена, 50 % (10 чел.) попадают в группу риска, т.е. у данных испытуемых есть тенденция к развитию алекситимии, у 40 % (8 чел.) наблюдается выраженная алекситимия. Среднее значение по данной шкале составило $71,4 \pm 9,66$.

В группе сравнения у 65 % (13 чел.) алекситимия не выявлена, у 35 % (7 чел.) алекситимия неярко выражена, среднее значение $58,1 \pm 7,61$ (табл. 1). По Торонтской алекситимической шкале получены достоверные различия между группами больных и здоровых людей ($0,0003^{**}$).

Далее проводился анализ средних значений по изучаемым группам выборки и выявлена более благоприятная картина в группе психосоматических

пациентов. Как в основной группе, так и в группе сравнения средние значения соответствуют легкому уровню депрессии ($9,5 \pm 7,1$ и $14,3 \pm 10,5$ соответственно), поиск достоверных различий по критерию Манна – Уитни также не выявил достоверных различий.

Высокий показатель по шкале «Алекситимия» говорит о том, что люди не могут выразить, понять свои эмоции и чувства, а также не могут их дифференцировать. В группе 1 такие показатели выше, среднее значение по данному показателю составило 71,4 балла. Исходя из описания данной методики авторами, такой показатель входит в диапазон группы риска (от 63 до 74 баллов).

Также отметим, что в группе 1 больше пациентов с критерием «выраженная алекситимия». Предполагаем, что это может быть взаимосвязано с тем, что после постановки диагноза их внутреннее состояние и прежняя картина мира начинают меняться, они отключаются от собственных эмоций, что может быть естественной защитной реакцией на ситуацию болезни. Также в литературе описывается, что алекситимия является следствием органического поражения головного мозга [8].

С помощью шкалы тревоги Шихана исследован уровень тревоги у больных. У 70 % (14 чел.) выраженная тревога отсутствует, у 30 % (6 чел.) отмечена клинически выраженная тревога, т.е. у данных испытуемых есть тенденция к развитию тревожного расстройства. Среднее значение по данной шкале составило $23,3 \pm 15,52$.

В группе 2 у 65 % (13 чел.) выраженная тревога отсутствует, у 35 % (7 чел.) отмечена клинически выраженная тревога, т.е. у данных испытуемых есть тенденция к развитию тревожного расстройства: среднее значение $27,35 \pm 17,10$. По данной методике достоверных различий между группами не получено (U-критерий Манна – Уитни).

Предполагаем, что практически одинаковый уровень тревоги в группах обусловлен тем, что в группе 1 уровень алекситимии, как указывалось ранее, достоверно выше, чем в группе 2 ($0,0003^{**}$).

Таблица 1

Среднее значение и стандартное отклонение уровня алекситимии, тревоги и депрессии групп 1 и 2

Параметр	Группа 1	Группа 2	p
Алекситимия	$71,4 \pm 9,66$	$58,1 \pm 7,61$	$> 0,05$
Тревога	$23,3 \pm 15,52$	$27,35 \pm 17,10$	$> 0,05$
Депрессия	$39,65 \pm 7,25$	$41,45 \pm 10,17$	$> 0,05$

Таблица 2

Сравнительный анализ САН между группами 1 и 2

Параметр	Группа 1 (среднее значение и стандартное отклонение)	Группа 2 (среднее значение и стандартное отклонение)	p
Самочувствие	19,2 ± 4,8	19,6 ± 5,8	0,05
Активность	15,7 ± 4,2	14,55 ± 2,3	0,05
Настроение	23,65 ± 8,8	23,9 ± 6,4	0,05

В группе 1 по методике САН получены следующие результаты: по шкале «Самочувствие» у 10 % (2 чел.) — низкая оценка, у 45 % (9 чел.) — средняя оценка, у 45 % (9 чел.) — высокая оценка. Среднее значение по данной шкале составило $47,15 \pm 11,65$. По шкале «Активность» у 10 % (2 чел.) — низкая оценка, у 55 % (11 чел.) — средняя оценка, у 35 % (7 чел.) — высокая оценка. Среднее значение по данной шкале — $45,15 \pm 8,61$. По шкале «Настроение» у 15 % (3 чел.) — низкая оценка, у 30 % (6 чел.) — средняя оценка, у 55 % (11 чел.) — высокая оценка. Среднее значение по данной шкале — $46,95 \pm 13,39$.

В группе 2 по данной методике получены следующие результаты: по шкале «Самочувствие» у 10 % (2 чел.) — низкая оценка, у 30 % (6 чел.) — средняя оценка, у 60 % (12 чел.) — высокая оценка. Среднее значение по данной шкале составило $42,45 \pm 13,19$. По шкале «Активность» у 15 % (3 чел.) — низкая оценка, у 55 % (11 чел.) — средняя оценка, у 30 % (6 чел.) — высокая оценка. Среднее значение по данной шкале составило $41,65 \pm 10,14$. По шкале «Настроение» у 15 % (3 чел.) — низкая оценка, у 55 % (11 чел.) — средняя оценка, у 30 % (6 чел.) — высокая оценка. Среднее значение по данной шкале — $43,05 \pm 10,69$.

По методике САН достоверных различий между группами не получено (U-критерий Манна — Уитни). Это значит, что пациенты с острым нарушением мозгового кровообращения и условно здоровые люди в равной степени испытывают

данные состояния, то есть диагноз острого нарушения мозгового кровообращения не приводит к понижению данных характеристик.

Предполагалось, что пациенты с острым нарушением мозгового кровообращения продемонстрируют более низкие показатели по методике САН, но полученные результаты говорят об их благополучном эмоциональном и физическом состоянии. Данный факт можно объяснить также тем, что больные не находились в остром состоянии, тем, что применялся широкий спектр реабилитационных манипуляций и у них отсутствовали физические увечья.

Далее исследовали уровень депрессии с помощью шкалы депрессии Зунга. В группе 1 по данной методике у 80 % (16 чел.) отмечено отсутствие депрессивных тенденций, у 20 % (4 чел.) — легкая депрессия. Среднее значение по данной шкале составило $39,65 \pm 7,25$.

В группе 2 у 80 % (16 чел.) диагностировано отсутствие депрессивных тенденций, у 10 % (2 чел.) — легкая депрессия, у 10 % (2 чел.) — умеренная депрессия. Среднее значение по данной шкале составило $41,45 \pm 10,17$. При математической обработке результатов методики достоверных различий между группами 1 и 2 не получено.

По шкале «Депрессия» не получено достоверных различий между группами 1 и 2 (0,65). Это значит, что пациенты с острым нарушением мозгового кровообращения и условно здоровые люди в равной степени испытывают депрессив-

Таблица 3

Сравнительный анализ способности распознавания эмоций групп 1 и 2

Параметр	Группа 1 (среднее значение и стандартное отклонение)	Группа 2 (среднее значение и стандартное отклонение)	U-критерий	p
Удивление	8,5 ± 1,3	9,35 ± 1,08	0,05	0,05
Печаль	7,1 ± 1,8	8,85 ± 1,46	0,003**	0,05
Счастье	9,65 ± 0,5	9,8 ± 0,52	0,44	0,05
Страх	5,6 ± 1,98	5,75 ± 2,29	0,96	0,05
Презрение	6,4 ± 1,6	8,2 ± 1,36	0,0006**	0,05
Гнев	4,3 ± 1,65	5,0 ± 1,58	0,16	0,05
Общий балл распознавания эмоций	41,55 ± 5,57	47,15 ± 4,81	0,001**	0,05

Рис. 1. Взаимосвязь показателей алекситимии и шкалы «Настроение»

ные состояния, т.е. диагноз острого нарушения мозгового кровообращения не приводит к депрессии.

Далее исследовали способность распознавания эмоций (по тесту Пола Экмана): средний общий балл по тесту распознавания эмоций в группе 1 составил $41,55 \pm 5,57$, в группе 2 — $47,15 \pm 4,81$; по шкале «Удивление» средний балл в группе 1 составил $8,5 \pm 1,3$, в группе 2 — $9,35 \pm 1,08$; по шкале «Печаль» в группе 1 — $7,1 \pm 1,8$, в группе 2 — $8,85 \pm 1,46$ (табл. 3).

Дальнейший анализ методики распознавания эмоций по шкале «Счастье» в группе 1 показал, что средний балл составил $9,65 \pm 0,5$, в группе 2 — $9,8 \pm 0,52$; по шкале «Страх» средний балл в группе 1 составил $5,6 \pm 1,98$, в группе 2 — $5,75 \pm 2,29$; по шкале «Презрение» средний балл в группе 1 составил $6,4 \pm 1,6$, в группе 2 — $8,2 \pm 1,36$; по шкале «Гнев» средний балл в группе 1 составил $4,3 \pm 1,65$, в группе 2 — $5,0 \pm 1,58$.

Выявлены достоверные различия между группами 1 и 2, U-критерий Манна — Уитни $0,001^*$. Достоверные различия показали следующие шкалы: средний балл по тестам ($0,001^{**}$), «Печаль» ($0,003^{**}$), «Презрение» ($0,0006^{**}$). Все данные говорят о том, что способность к распознаванию эмоций у пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения по сравнению с условно здоровыми людьми снижена, как в общем, так и относительно вышеизложенных эмоций.

На завершающем этапе проведен корреляционный анализ в группе пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения по критерию R-Спирмена. Нами учитывались результаты при $p < 0,05$.

Корреляционный анализ показал значительную отрицательную взаимосвязь между шкалой уровня алекситимии и настроения по методике

САН (рис. 1). Это говорит о том, что у пациентов с низким настроением, перенесших инсульт, выше уровень алекситимии, т.е. в плохом настроении они испытывают трудности в определении (идентификации) и описании собственных чувств и возможно фокусируются в большей мере на внешних событиях, чем на внутренних переживаниях.

Также корреляционный анализ показал значительную взаимосвязь между шкалой настроения методики САН и шкалой распознавания эмоций (общие баллы), т.е. пациенты с положительным настроением лучше распознают эмоции, что может говорить о значительном влиянии настроения на данную способность.

Высокий уровень алекситимии у больных с острым нарушением мозгового кровообращения обусловлен низким уровнем фонового настроения, так как во время болезни люди испытывают стресс, что затрудняет описание собственных чувств, а также пациенты испытывают затруднения в описании чужих эмоций.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При исследовании алекситимии получены достоверные различия между группами больных и здоровых людей, т.е. в группе пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения данный показатель достоверно выше ($71,4 \pm 9,66$), также в этой группе чаще встречается ярко выраженная алекситимия ($0,0003^{**}$). При проведении сравнительного анализа способности распознавания эмоций между группами выявлены достоверные различия ($0,001^{**}$).

Анализ тревожно-депрессивной симптоматики не показал клинически значимых симптомов, что может быть прогностически положительным и благоприятным для пациентов. Уровень тревоги, так же как и уровень депрессии,

находится практически на одном уровне, как в группе пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения, так и в группе условно здоровых людей ($p > 0,05$). При исследовании шкал «Самочувствие», «Активность» и «Настроение» складывается аналогичная картина ($p > 0,05$).

Выявлены связи между показателями «Самочувствия», «Активности» и «Настроения» со шкалой распознавания эмоций (0,49), а также отрицательная тенденция со шкалой уровня алекситимии (−0,57), что подтверждает взаимовлияние эмоционального состояния и психологических особенностей.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Warlow C.P. Epidemiology of stroke // Lancet. 1998. Vol. 352 (3). P. 1–4. DOI: 10.1016/s0140-6736(98)90086-1.
2. Концевой В.А., Скворцова В.И., Петрова Е.А., Савина М.А. Депрессия и парадепрессивные расстройства при церебральном инсульте: эпидемиология, патогенез и факторы риска // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2009. Т. 109, № 8. С. 4–10.
3. Мамина Н.Ш., Андреева Г.О., Бухмиллер Е.М. Коррекция тразодолом эмоционально волевых нарушений у больных, перенесших церебральный инсульт // Ученые записки. 2015. Т. 17. С. 95.
4. Zwaan M., Bach M., Mitchell J.E. et al. Alexithymia, obesity, and binge eating disorder // Int. J. Eat. Dis. 1995. Vol. 17 (2). P. 135–140. DOI: 10.1002/1098-108x(199503)17:2<135::aid-eat2260170205>3.0.co;2-7.
5. Danaei G., Finucane M.M., Lin J.K. et al. National, regional, and global trends in systolic blood pressure since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 786 country-years and 54 million participants // Lancet. 2011. Vol. 377 (9765). P. 568–577. DOI: 10.1016/S0140-6736(10)62036-3.
6. Srivastava A., Taly A.B., Gupta A., Murali T. Post-stroke depression: prevalence and relationship with disability in chronic stroke survivors // Ann. Indian Acad. Neurol. 2010. Vol. 13 (2). P. 121–127. DOI: 10.4103/0972-2327.64643.
7. Abubakar S.A., Isezuo S.A. Health related quality of life of stroke survivors: experience of a stroke unit // Int. J. Biomed. Sci. 2012. Vol. 8 (3). P. 183–187.
8. Spalletta G., Pasini A., Costa A. et al. Alexithymic features in stroke: effects of laterality and gender // Psychosom. Med. 2011. Vol. 63 (6). P. 944–950. DOI: 10.1097/00006842-200111000-00013.

Поступила 10.06.2021

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Животова Марина Александровна — студент 1-го курса факультета социальной работы и клинической психологии ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России.

Султанова Аклима Накиповна — д-р мед.наук, профессор кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России.

Иоаниди Диана Константиновна — преподаватель кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России.

Станкевич Анна Сергеевна — аспирант кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России.

Образец цитирования: Животова М.А., Султанова А.Н., Иоаниди Д.К., Станкевич А.С. Изучение уровня психоэмоционального статуса пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения // Сиб. мед. вестн. 2021. № 3. С. 67–72.