

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ СНИЖЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

*В.В. Мисютина*

**Выявлены закономерности нарушения качества жизни больных хроническими нарушениями мозгового кровообращения, описаны психологические факторы снижения качества жизни, идентифицированы адаптационные ресурсы данной группы больных.**

*Ключевые слова:* качество жизни, адаптационные ресурсы, жизнестойкость, хронические нарушения мозгового кровообращения.

### **Введение**

Современная неврология достигла значительных успехов в точности и своевременности диагностики хронических нарушений мозгового кровообращения (ХНМК) благодаря развитию нейровизуализационных методов, а современные фармакологические средства позволяют существенно снизить риск тяжелых осложнений и добиться положительной динамики неврологического дефекта. Однако этого оказывается недостаточно для обеспечения полноценного соматического и психосоциального функционирования больных. Коррекция неврологических симптомов и нормализация состояния церебральной гемодинамики не приводит к улучшению показателей качества жизни (КЖ) больных, особенно показателей, характеризующих эмоциональное состояние больных цереброваскулярной патологией [2].

Необходимость коррекции эмоционального состояния больных очевидна. Однако психофармакотерапия таких состояний может приводить к развитию негативных побочных эффектов, вероятность проявления которых увеличивается в случае совместного приема с другими медикаментами, в частности, с гипотензивными препаратами. Кроме того, пациенты, как правило, негативно относятся к приему психотропных препаратов. Вместе с тем эффективность психотерапевтических и психокоррекционных мероприятий при цереброваскулярной патологии позволяет не только нормализовать эмоциональное состояние больных, но и способствует повышению их мотивации к лечению и устранению факторов риска (курение, нездоровое питание и т. д.), регрессу не только субъективных жа-

лоб, но и объективных неврологических симптомов пациентов с цереброваскулярной патологией [1, 3].

Конкретизация мишеней психокоррекционных и психотерапевтических мероприятий, адресованных данной группе больных, позволит повысить эффективность комплексных реабилитационных программ, конечной целью которых является улучшение и поддержание на приемлемом уровне качества жизни больных. В связи с этим представляется актуальной проблема изучения психологического компонента адаптации больных ХНМК, выявление адаптационных ресурсов таких больных, изучение структуры их КЖ.

**Целью исследования** явилось изучение факторов и механизмов психической дезадаптации больных ХНМК и определение их значения в формировании КЖ больных.

### **Материал и методы исследования**

Обследовано 150 пациентов, проходивших лечение в отделении реабилитации Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института имени В.М. Бехтерева и в 10-м и 11-м неврологических отделениях Покровской больницы г. Санкт-Петербурга, с верифицированным диагнозом «Дисциркуляторная энцефалопатия II стадии». Выборку составили 110 женщин (73,3 % численности выборки) и 40 мужчин (26,7 %), все в возрасте от 40 до 86 лет (средний возраст  $64,33 \pm 10,80$  года). В качестве сопутствующей патологии в исследовании учитывались: гипертоническая болезнь, церебральный атеросклероз, наличие в анамнезе острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК), наличие других хронических

## Научные работы студентов, магистров и аспирантов

заболеваний. Из исследования исключались больные в остром постинсультном периоде.

С больными проводилось структурированное интервью, включающее в себя вопросы о различных сферах функционирования больных и степени удовлетворенности/фрустрированности в этих сферах (профессиональной, семейной, социальной); вопросы об удовлетворенности материально-финансовой ситуацией и жилищно-бытовыми условиями; об уровне и характере повседневной активности, наличии увлечений, хобби и т.д. Больным предлагалось заполнить следующие методики: симптоматический опросник SCL-90-R, опросник «Индекс жизненного стиля (механизмы психологической защиты)», опросник копинг-механизмов по Хайм, опросник SF-36 (качество жизни), тест жизнестойкости.

### Результаты исследования и их обсуждение

Показатели КЖ больных цереброваскулярной патологией по сравнению со здоровым населением Санкт-Петербурга в целом снижены, причем самый низкий результат из всех сфер КЖ получен по сфере ролевого эмоционального функционирования ( $25,34 \pm 1,17$ ), поскольку эмоциональное состояние больных в наибольшей степени ограничивает их в привычном повседневном функционировании.

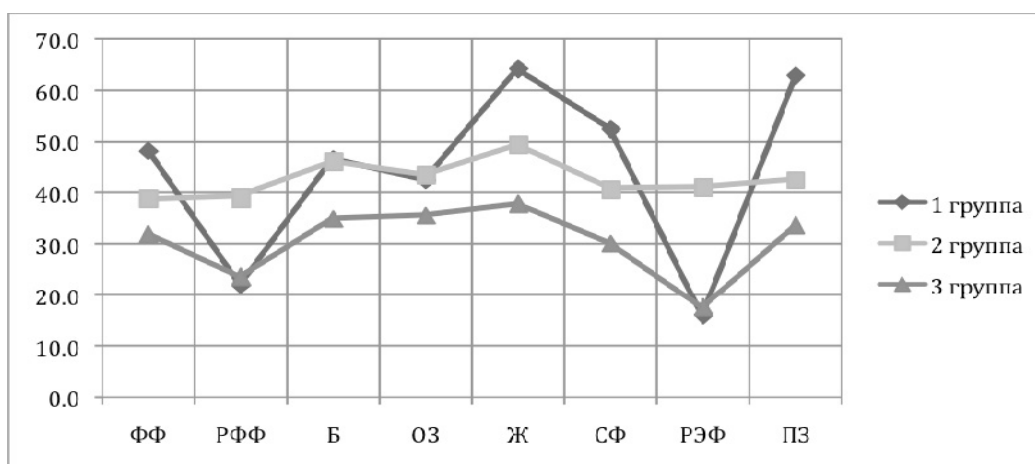
Полученные показатели по всем шкалам опросника SF-36, отражающим характеристики сфер КЖ, были подвергнуты иерархическому кластерному анализу. На основе таблицы шагов аггломерации и дендрограммы вы-

борка разделилась на 3 группы численностью 22 человека (15 % выборки), 50 человек (34 %) и 74 человека (далее 1-я, 2-я и 3-я группы соответственно). Группы статистически не отличаются между собой по показателям возраста, пола, уровня образования, профессиональной принадлежности, наличия ОНМК в анамнезе, семейного статуса. Однако статистически значимо группы различаются по степени удовлетворенности отношениями в семье ( $p < 0,001$ ); по степени удовлетворенности профессиональной жизнью ( $p < 0,05$ ). Важно, что в 1-й группе наблюдается максимальная доля пациентов, продолжающих работать (причем не обязательно по основной профессии): 50 % численности группы против 26 % во 2-й группе и 31 % – в 3-й группе. Выявлены также различия по степени удовлетворенности финансовым статусом ( $p < 0,01$ ) и жилищно-бытовыми условиями ( $p < 0,05$ ); по степени удовлетворенности внесемейными социальными контактами ( $p < 0,01$ ); по уровню повседневной активности ( $p < 0,01$ ).

Все перечисленные показатели максимально выражены у пациентов 1-й группы; минимальны – у пациентов 3-й группы. Необходимо отметить, что среди пациентов 2-й группы отмечается наибольшее число больных с сопутствующими заболеваниями, прежде всего гипертонической болезнью и ишемической болезнью сердца.

На рисунке приведены профили средних показателей по сферам КЖ в выделенных группах.

В целом можно отметить, что пациенты 3-й группы являются наименее благополуч-



Профили средних показателей КЖ по группам:

ФФ – физическое функционирование; РФФ – ролевое физическое функционирование;  
Б – боль; ОЗ – общее здоровье; Ж – жизнеспособность; СФ – социальное функционирование;  
РЭФ – ролевое эмоциональное функционирование; ПЗ – психическое здоровье

ными, с самыми низкими показателями по всем сферам КЖ по сравнению с пациентами других групп. Показатели во 2-й группе выше по всем сферам КЖ и отличаются равномерностью, без выраженных пиков и снижений, в то время как результаты в 1-й группе наиболее противоречивы – наблюдаются как самые максимальные, так и самые минимальные показатели по сферам КЖ.

Среднеарифметические значения по шкалам SF-36 по каждой группе и значимость различий между ними приведены в таблице. Проверка значимости различий проводилась при помощи метода множественных сравнений (метод Шеффе).

Полученные данные свидетельствуют, что сфера физического функционирования статистически значимо различается у пациентов всех групп. При этом пациенты 1-й группы наиболее высоко оценивают сферу физического функционирования (по их мнению, они в целом могут выполнить наибольшую физическую нагрузку), а пациенты 3-й группы крайне низко оценивают свою физическую активность в целом, считая, что она значительно ограничена из-за состояния здоровья этих пациентов.

При этом результаты обследования по шкале ролевого физического функционирования парадоксально самые низкие в 1-й группе: несмотря на высокую оценку физического функционирования в целом, привычная, по-

вседневная деятельность этих пациентов значительно ограничена физическим состоянием здоровья. По мнению пациентов 3-й группы, проблемы, связанные с физическим здоровьем в такой же высокой степени ограничивают выполнение работы или повседневных обязанностей, как и у пациентов 1-й группы. Пациенты 2-й группы считают, что проблемы с физическим здоровьем в наименьшей степени, по сравнению с другими группами, ограничивают их повседневную деятельность.

Такое сочетание результатов по сферам физического и ролевого физического функционирования позволяет предположить, что содержание привычных повседневных дел и обязанностей, относительно которых пациенты оценивают свое ролевое физическое функционирование, отличается в выделенных группах. При этом у пациентов 1-й группы при высокой оценке физического функционирования в целом низкая оценка ролевого физического функционирования может быть связана со слишком большой нагрузкой на работе либо при выполнении домашних дел и обязанностей.

На основе анализа результатов, полученных по шкале боли, можно считать, что пациенты 3-й группы в наибольшей степени испытывают болевой синдром и ограничения, накладываемые болью на привычное функционирование.

Картина по шкале общего здоровья в це-

Средние показатели качества жизни по группам и достоверность различий между ними

Шкалы SF-36	Группа 1 $n = 22$ ( $M \pm m$ )	Значимость различия между группами 1 и 2 ( $p$ )	Группа 2 $n = 50$ ( $M \pm m$ )	Значимость различия между группами 2 и 3 ( $p$ )	Группа 3 $n = 74$ ( $M \pm m$ )	Значимость различия между группами 1 и 3 ( $p$ )
ФФ	48,1 ± 1,2	*	38,8 ± 1,4	**	32,0 ± 1,3	***
РФФ	21,9 ± 0,8	***	39,1 ± 0,9	***	23,6 ± 0,8	–
Б	46,5 ± 2,5	–	46,0 ± 1,6	***	34,9 ± 1,1	***
ОЗ	42,3 ± 1,6	–	43,4 ± 0,8	***	35,6 ± 0,8	***
Ж	64,1 ± 1,3	***	49,4 ± 0,9	***	37,9 ± 1,0	***
СФ	52,4 ± 1,3	***	40,6 ± 1,0	***	30,1 ± 0,9	***
РЭФ	15,9 ± 0,8	***	41,0 ± 1,3	***	17,5 ± 1,0	–
ПЗ	62,8 ± 1,5	***	42,4 ± 1,4	***	33,7 ± 1,3	***

Примечание. ФФ – физическое функционирование; РФФ – ролевое физическое функционирование; Б – боль; ОЗ – общее здоровье; Ж – жизнеспособность; СФ – социальное функционирование; РЭФ – ролевое эмоциональное функционирование; ПЗ – психическое здоровье;  $p$  – статистическая значимость различий; \* –  $p < 0,05$ ; \*\* –  $p < 0,01$ ; \*\*\* –  $p < 0,001$ .

лом повторяет результаты, полученные по шкале боли: пациенты 3-й группы значительно хуже оценивают свое состояние здоровья в настоящий момент, перспективы своего лечения и сопротивляемость болезни.

Интерпретация показателей по шкале жизнеспособности показывает, что пациенты 1-й группы, по сравнению с пациентами других групп, ощущают себя как наиболее полные сил и энергии. Более низкий показатель получен у пациентов 2-й группы и, особенно, у пациентов 3-й группы, что свидетельствует о снижении их жизненной активности и ощущении себя как утомленных и уставших.

Максимальная степень удовлетворенности уровнем социальной активности (общением, проведением времени с друзьями, семьей, соседями, в коллективе и т. д.), несмотря на ограничения, связанные с заболеванием, получена у пациентов 1-й группы. У пациентов 2-й группы в большей степени, чем у пациентов 1-й группы, социальная активность ограничена их физическим или эмоциональным состоянием, а в 3-й группе социальные контакты значительно ограничены, значительно снижен уровень общения в связи с ухудшением здоровья.

Соотношение результатов, полученных по шкалам психологического здоровья и ролевого эмоционального функционирования схоже с результатами, полученными по шкалам физического функционирования и ролевого физического функционирования. С одной стороны, пациенты 1-й группы оценивают свое психологическое здоровье как самое хорошее по сравнению с другими обследованными больными, они в большей мере чувствовали себя спокойными, умиротворенными, испытывали больше положительных эмоций. Результаты обследования пациентов 3-й группы свидетельствуют о наибольшем их психологическом неблагополучии (самый низкий показатель КЖ по шкале психологического здоровья). Пациенты 2-й группы продемонстрировали промежуточный результат. При этом результаты обследования по шкале ролевого эмоционального функционирования свидетельствуют, что пациенты 1-й группы, имея наилучшие показатели по шкале психологического здоровья, считают, что их эмоциональное состояние в значительной степени ограничивает их в выполнении повседневной деятельности. Им приходится в той же мере, как и пациентам 3-й группы (имеющим худшие среди остальных групп показатели по шкале психологического здоровья), ограничи-

вать объем выполняемой работы в связи с эмоциональными трудностями, тратить значительно больше времени на обычные дела, что ухудшает качество сделанной работы. Пациенты 2-й группы значительно лучше оценивают сферу ролевого эмоционального функционирования, считают, что их эмоциональное состояние в значительно меньшей мере ограничивает их повседневную активность.

Таким образом, профиль КЖ у пациентов 1-й группы характеризуется снижением по шкалам, имеющим отношение к ролевому функционированию. При этом почти все остальные сферы КЖ пациенты 1-й группы оценивают выше, чем пациенты других групп. Можно предположить, что содержание их привычных обязанностей, домашних или служебных дел может служить одним из факторов снижения качества жизни. Слишком большая нагрузка, которую берут на себя пациенты этой группы и с которой им в связи с заболеванием справиться сложно, приводит к неудовлетворенности своим ролевым функционированием.

Профиль КЖ у пациентов 2-й группы можно описать как наиболее сбалансированный, равномерный, по большинству шкал показатели находятся в диапазоне норм для здоровой выборки того же возраста.

Профиль КЖ у больных 3-й группы отражает ее максимальное неблагополучие.

Сравнение выраженности психопатологической симптоматики в группах показало, что у пациентов 1-й группы психопатологическая симптоматика наименее выражена, в большей и максимальной степени она выражена во 2-й и 3-й группах соответственно. Статистически значимые межгрупповые различия, по данным дисперсионного анализа, наблюдаются по следующим шкалам симптоматического опросника SCL-90: шкала депрессивности ( $p < 0,001$ ) и шкала дополнительных пунктов, «усиливающая» шкалу депрессивности ( $p < 0,05$ ); шкала соматизации ( $p < 0,05$ ); шкала тревожности ( $p < 0,05$ ); шкала фобической тревожности ( $p < 0,05$ ); шкала психотизма ( $p < 0,05$ ). Также статистически значимые различия ( $p < 0,01$ ) получены по общему индексу GSI (отражающему глубину и тяжесть наличествующего дистресса) и индексу PSI (свидетельствующему о том, что пациенты 3-й группы в целом отмечают у себя наличие большего, чем у пациентов других групп, количества (вне зависимости от интенсивности) жалоб и

дискомфортных ощущений различной интенсивности). Уровень дистресса и количество жалоб минимальны лишь у пациентов 1-й группы.

Сравнение особенностей защитно-компенсаторной сферы в группах показало, что для пациентов 1-й группы характерна наименьшая (по сравнению с другими группами) напряженность механизмов психологической защиты по типу регрессии ( $p < 0,001$ ), компенсации ( $p < 0,001$ ), проекции ( $p < 0,01$ ), интеллектуализации ( $p < 0,01$ ), реактивных образований ( $p < 0,01$ ) и замещения ( $p < 0,05$ ). Среди пациентов 3-й группы наблюдается максимальная напряженность работы этих защитных механизмов, пациенты 2-й группы продемонстрировали средние результаты по сравнению с другими группами. Отмечаются и межгрупповые различия в показателях совладающего со стрессом поведения: пациенты 3-й группы статистически значимо чаще прибегают к использованию копингов установки собственной ценности ( $p < 0,01$ ), обращения ( $p < 0,01$ ), пассивной кооперации ( $p < 0,05$ ). Пациенты 1-й группы чаще, по сравнению с другими группами, используют активное избегание ( $p < 0,05$ ).

Также статистически значимые различия между группами ( $p < 0,01$ ) были получены по комплексной личностной характеристике «жизнестойкость», представляющей собой систему убеждений о себе, о мире, об отношениях с миром. Эта диспозиция включает в себя три сравнительно автономных компонента: вовлеченность, контроль и принятие риска. Выраженность этих компонентов и жизнестойкости в целом препятствует возникновению внутреннего напряжения в стрессовых ситуациях (в том числе и в ситуации болезни) и предотвращает развитие симптомов физической и психологической дезадаптации.

Больные 1-й группы продемонстрировали максимальную выраженность жизнестойкости в целом и отдельных ее компонентов – контроля и принятия риска: они в большей степени убеждены в том, что их собственные действия позволяют повлиять на результат происходящего; а также большую убежденность в том, что все, что с ними происходит (включая негативный опыт), способствует их развитию. В 3-й группе выраженность перечисленных характеристик минимальная.

### Выводы

Уровень КЖ больных ХНМК характеризуется наибольшим снижением в сфере роле-

вого эмоционального функционирования, что свидетельствует о необходимости проведения психокоррекционной работы с больными ХНМК. Такие больные существенно различаются по особенностям КЖ. Выделенные три группы больных ХНМК можно рассматривать как модели 3 различных типов нарушения психической адаптации (НПА) и снижения КЖ.

Для 1-го типа НПА характерны относительно высокие показатели КЖ на фоне выраженного снижения уровня КЖ по ролевому физическому и ролевому эмоциональному функционированию. В качестве психологических факторов, обуславливающих такой уровень КЖ, выступают: высокая степень удовлетворенности социальной, семейной, профессиональной сферой; относительно низкий уровень проявления психопатологической симптоматики; высокий уровень повседневной активности; слабость работы механизмов психологической защиты; активно избегающее копинг-поведение; высокоразвитая жизнестойкость (включая ее автономные компоненты – контроль и принятие риска). Необходимо отметить высокую психокоррекционную и психотерапевтическую «ресурсность» данной группы больных. Предположительно, что психокоррекционная работа с данной группой больных должна в первую очередь фокусироваться на коррекции ролевых установок, нормировании ежедневной нагрузки на работе и дома, обучении более точной оценке своих сил и ресурсов и планировании дел, основанном на адекватной оценке своих возможностей (учитывая, а не игнорируя ограничения, накладываемые заболеванием).

Для 2-го типа НПА характерен сбалансированный профиль КЖ без значительных пиков или снижений. Психологические характеристики данного типа включают: средний уровень проявления психопатологической симптоматики; сбалансированную структуру работы механизмов психологической защиты и копинг-стратегий; относительно высокоразвитую жизнестойкость; средний уровень повседневной активности. Сбалансированность – основная характеристика данного типа. В качестве рекомендации психокоррекционных мероприятий может послужить психобразование, учитывая максимальное количество больных с сопутствующими заболеваниями в данной группе.

Для 3-го типа НПА характерно выраженное снижение уровня КЖ и нарушение психической адаптации. Психологическими факто-

## Научные работы студентов, магистров и аспирантов

---

рами, обуславливающими низкий уровень КЖ, являются: высокий уровень проявления депрессивных, тревожных, фобических симптомов; низкий уровень повседневной активности; относительно низкоразвитая жизнестойкость и ее компоненты; напряженная работа механизмов психологической защиты; предпочтение таких копинг-стратегий, как установка собственной ценности, обращение, пассивная кооперация. Для данной группы больных в первую очередь важны коррекция эмоционального состояния, возможно, с применением психофармакотерапии; коррекция ощущения собственной неполноценности; активизация, вовлечение в посильную ежедневную активность; тренинг жизнестойкости.

### *Литература*

1. Голубев, М.В. *Эффективность психотерапии при ранних формах хронической*

*цереброваскулярной недостаточности (хронической ишемии мозга)* / М.В. Голубев, Я.М. Бухаров, И.С. Головкин // *Практическая неврология и нейрореабилитация*. – 2007. – № 4. – С. 21–24.

2. Захаров, Д.В. *Динамика показателей качества жизни у больных дисциркуляторной энцефалопатией в процессе их реабилитации* / Д.В. Захаров // *Биопсихосоциальная парадигма медицины и ее влияние на развитие психоневрологической науки и практики: сб. ст. науч.-практ. конф. молодых ученых*. – СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2003. – С. 81–83.

3. Чуприна, С.Е. *Психокоррекция при дисциркуляторной энцефалопатии с аффективными расстройствами пограничного уровня* / С.Е. Чуприна, М.Н. Пузин, А.В. Любимов // *Клиническая неврология*. – 2009. – № 1. – С. 23–25.

*Поступила в редакцию 25.05.2012 г.*

**Мисюткина Виктория Викторовна.** Аспирант отделения внебольничной психотерапии и реабилитации, Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева. E-mail: viktoriamisyutina@gmail.com

**Viktoria V. Misyutina.** Post-graduate student of the outpatient psychotherapy and rehabilitation department, St. Petersburg Scientific Research Psychoneurological Institute named after V.M. Bekhterev. E-mail: viktoriamisyutina@gmail.com