

ПАТОПСИХОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ФОРМУВАННЯ РЕАГУВАННЯ НА ЗАХВОРЮВАННЯ В ОСІБ З ІШЕМІЧНИМ МОЗКОВИМ ІНСУЛЬТОМ

ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», Дніпро

Визначено патопсихологічні основи формування реагування на захворювання в осіб з артеріальною гіпертензією III ст. після ішемічного мозкового інсульту. Вивчено акцентуації характеру, особистісні та характерологічні особливості та їх роль у формуванні типів ставлення до хвороби. Показано, що більш вираженими були тривожний, іпохондричний, неврастенічний та егоцентричний види реагування на захворювання при переважанні змішаних типів. Підкреслено, що психологічна та соціальна адаптація була порушена майже у всіх хворих, що значною мірою ускладнювало процес реабілітації.

Ключові слова: артеріальна гіпертензія, реагування на захворювання, ішемічний мозковий інсульт.

Систематику психічних та поведінкових розладів при артеріальній гіпертензії (АГ), а особливо при її ускладненнях — інфаркті міокарда або інсульті, проводять у рамках концепції реакцій на хворобу (астенічні, невротичні, афективні) і патологічної поведінки, яка стверджує чи заперечує хворобу [1–4]. Ствердження хвороби включає усвідомлену мотивацію вчинків і несвідомі соматоформні розлади; поведінка, що заперечує хворобу, полягає в усвідомленій мотивації вчинків, незгоди з лікуванням та анозогнозі [5, 6].

Психічні та поведінкові розлади диференціюються як на психологічному (внутрішня картина хвороби), так і на психопатологічному рівні (синдром і його реєстр). До гіпернозогностичних реакцій на хворобу належать: невротичні (тривожно-фобічні, соматизовані), психопатичні реакції з формуванням надцінних ідей (за типом іпохондрії здоров'я, ригідної іпохондрії з надцінними ідеями «раціоналізації терапії», сутяжні), афективні (за типом тривожної або іпохондричної депресії), нозогенні реакції (з маренням винахідництва нових видів лікування). Гіпонозогностичними реакціями є: невротичні (із синдромом «прекрасної байдужості»), психопатичні з формуванням надцінних ідей (з явищами антиіпохондрії), афективні (із синдромом ейфоричної псевдодеменції), нозогенні реакції (з маренням переслідування, умисного перебільшення медиками тяжкості соматичного захворювання). Гіпер- і гіпонозогнозію можна розглядати як дзеркальне відображення ділянок, в яких розташовуються клінічні варіанти таких розладів, диференційовані на основі особливостей синдрому та його реєстру [1, 2, 5, 6].

Аналізуючи взаємодію гіпер- і гіпонозогнозії у хворих на АГ, відзначають її синхронність та односпрямованість. Образ хвороби у свідомості

пацієнта, модальність реагування, позиція подолання підкріплюють і підсилюють дію одне одного, різко збільшуючи ймовірність формування нозогенних реакцій на психологічному рівні як гіпер- і гіпонозогностичних. Формування образу хвороби у вигляді перцепту нівелює можливості раціональної (когнітивної) переробки у стресовій ситуації. При цьому «легітимізується» єдина можлива за таких обставин емоційна модальність реагування. Одночасно такий образ хвороби дає пацієнту когнітивні й мотиваційні підстави для екстернальної локалізації контролю хвороби та якості життя (тобто переадресування відповідальності за власне одужання іншим) [7–9].

У випадку гіпонозогнозії образ хвороби (що формується як концепт) стає передумовою для негайного реагування у когнітивно-поведінковій модальності, виступає когнітивною і мотиваційною підставою для інтегральної локалізації контролю хвороби та якості життя (тобто атрибуції відповідальності за одужання самому собі) [2–5].

Наявність перенесеного інсульту при АГ III ст., осередкові ураження головного мозку у вигляді психоорганічного синдрому призводять до порушень вищих психічних функцій, грубих неврологічних уражень, психічних розладів та обмежень життєдіяльності хворих [10]. Психічні функції людини, а саме: сприйняття, рух та дії, пам'ять, мислення та мова, є складними функціональними системами синхронно працюючих локальних зон головного мозку, осередкове ураження яких призводить до порушення вищих психічних функцій у вигляді різних форм афазії, агнозії, апраксії. Психопатологічні порушення, що виникають поряд із розладами вищих психічних функцій у хворих, які перенесли інсульт, перебувають у межах психоорганічного синдрому, який, у свою чергу,

виступає клініко-психопатологічною основою екзогенно-органічних захворювань головного мозку. Сучасні уявлення щодо психоорганічного синдрому пов'язані з іменем швейцарського психіатра Е. Bleuler, який ще у 1916 р. запропонував під органічним симптомокомплексом розуміти сукупність психопатологічних симптомів дифузного зникнення коркових елементів чи загальне зниження коркових функцій внаслідок ураження мозку. Основу психоорганічного синдрому становить триада Н. Walther-Buel: зниження пам'яті, нестримання афектів, послаблення розуміння. Виділяють такі варіанти психоорганічного синдрому: астеничний, експлозивний, ейфоричний, апатичний, які віддзеркалюють ступінь тяжкості когнітивних порушень і являють собою етапи розвитку органічного процесу [10]. Зараз серед найпоширеніших психічних розладів у хворих після перенесеного інсульту виділяють: післяінсультну апатію [11], тривожні [12] та афективні розлади [13]. Проте дотепер патопсихологічні умови формування реагування на захворювання, що вирізняються при певних видах і локалізації інсульту, а також їх значущість у прихильності до лікування [6] є не до кінця вивченими.

Мета цієї роботи визначити патопсихологічні основи формування реагування на захворювання у пацієнтів з АГ та ішемічним мозковим інсультом.

На базі ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України» було проведено дослідження, яке включало 99 хворих на АГ III ст. із наслідками перенесеного ішемічного інсульту. Серед них 45 осіб були з наслідками мозкового інсульту в лівій півкулі, 40 — у правій, 14 — у вертебробазиллярному басейні. Вік хворих варіював у діапазоні від 30 до 59 років (у середньому — $49,3 \pm 4,6$ року); серед обстежених було 60,6% чоловіків і 39,4% жінок, давність перенесеного інсульту становила у середньому $4,3 \pm 1,5$ року.

Акцентуації характеру пацієнтів визначали за методикою Г. Шмішека, особистісні особливості — за методикою «Міні-мульти» (Скорочений багатофакторний опитувальник для дослідження особистості — СБОО), характерологічні риси — за багатофакторною особистісною методикою Р. Кеттелла, типи ставлення до хвороби (ТСХ) — за особистісним опитувальником, розробленим у НДПНІ ім. В. М. Бехтерева (методика ЛОБІ) [14, 15]. Статистичну обробку проводили із обчисленням *t*-критерію Стьюдента для порівняння середніх величин. Проводили кореляційний аналіз, описували його результати при рівні достовірності $p < 0,05$ [18].

В осіб із наслідками перенесеного ішемічного інсульту відзначалася вираженість тривожного,

іпохондричного, неврастенічного та егоцентричного ТСХ, причому чисті типи визначалися в 10,0%, змішані — у 80,0% спостережень, не склався патерн відносин у 10,0% випадків.

У структурі чистих типів реагування на хворобу при АГ III ст. формувалися переважно анозогнозичний та сенситивний види: перший був діагностований у 66,7%, другий — у 33,3% випадків. У структурі всіх ТСХ у хворих на АГ III ст. найчастіше визначалися сенситивний, неврастенічний, тривожний та анозогнозичний.

Залежність внутрішньої картини хвороби від особистісних й характерологічних особливостей ми досліджували, оцінюючи кореляційні взаємозв'язки реагування на захворювання, типів акцентуації характеру, особистісних і характерологічних особливостей осіб з АГ III ст.

Соціальну адаптацію хворих із перенесеним мозковим інсультом не порушували формування анозогнозичного, ергопатичного, гармонійного ТСХ. Пацієнтам з ергопатичним типом реагування на захворювання були притаманні «втеча від хвороби в роботу», намагання її продовжувати, працювати ще з більшим завзяттям, ніж до хвороби, віддавати роботі весь час, навіть обстежуватися й лікуватися вони намагалися так, щоб це залишало можливість для виконання роботи. Ергопатичний ТСХ корелював у хворих із гармонійним ($r = 0,741$) та ейфоричним ($r = 0,343$) видами та характерологічними рисами цих осіб (підпорядкованістю — домінантністю ($r = 0,36$), стриманістю — експресивністю ($r = 0,368$)).

Для осіб із гармонійним ТСХ була характерна твереза, адекватна оцінка свого стану, без перебільшення й недооцінки тяжкості хвороби. Такі пацієнти не були схильні бачити все у похмурому світлі, прагнули в усьому активно сприяти успіху лікування та намагалися не обтяжувати інших доглядом за собою. У хворих на АГ III ст. гармонійний вид реагування на захворювання корелював з ейфоричним ($r = 0,39$) та ергопатичним ($r = 0,741$) ТСХ і такою рисою характеру, як стриманість — експресивність ($r = 0,361$).

Анозогнозичний ТСХ був притаманний хворим, що різко відкидали думки про хворобу, про її можливі наслідки, заперечували очевидні прояви захворювання, приписували їх випадковим обставинам або іншим менш серйозним хворобам, відмовлялися від обстеження та лікування, прагнули обходитися своїми силами. Анозогнозичний вид реагування на захворювання був асоційований з тривожною ($r = -0,355$) акцентуацією характеру, меланхолійним ($r = -0,436$), апатичним ($r = -0,338$), ейфоричним ($r = 0,465$) ТСХ, характерологічними рисами (емоційною стійкістю — нестійкістю ($r = -0,474$), довірливістю — підозрілістю ($r = 0,35$),

впевненістю у собі — тривожністю ($r = 0,519$), конформізмом — нонконформізмом ($r = 0,5$), розслабленістю — напруженістю ($r = 0,339$); особистісними особливостями (бажанням представити себе «у вигідному світлі» ($r = 0,51$), Нs-іпохондрією ($r = -0,346$), D-депресією ($r = -0,436$) Ну-істерією ($r = -0,347$) та Sc-шизоїдністю ($r = -0,341$)).

До порушення соціальної адаптації хворих із перенесеним інсультом приводили переважно типи реагування на хворобу з інтрапсихічною (тривожний, obsесивно-фобічний, іпохондричний, неврастенічний, меланхолійний та апатичний) та інтерпсихічною спрямованістю (сенситивний, егоцентричний, паранояльний та ейфоричний).

Неврастенічний ТСХ траплявся у 46,7%, тривожний — у 43,3%, іпохондричний — у 16,7%, апатичний — у 26,7%, obsесивно-фобічний — у 16,7% хворих, які перенесли інсульт.

Неврастенічний ТСХ характеризувався «дратівливою слабкістю». У хворих із наслідками мозкового інсульту часто виникали спалахи роздратування, особливо при болях або неприємних відчуттях, при несприятливих результатах обстеження, причому роздратування нерідко «виливалось» на першого зустрічного й завершувалося каяттям і сльозами. Їм були притаманні непереносимість больових відчуттів, нетерплячість, нездатність чекати полегшення, каяття у своїх занепокоєнні й нестриманості. Неврастенічний ТСХ в обстежених нами пацієнтів був асоційований з їх акцентуаціями характеру (застягаючою ($r = 0,452$), циклотимною ($r = 0,449$)); реагуванням на захворювання (тривожним ($r = 0,712$), апатичним ($r = 0,337$), сенситивним ($r = 0,363$), егоцентричним ($r = 0,562$) ТСХ); характерологічними рисами (емоційною стійкістю — нестійкістю ($r = 0,442$), боязливістю — сміливістю ($r = 0,342$), конформізмом — нонконформізмом ($r = -0,378$)); особистісними особливостями (Нs-іпохондрією ($r = 0,413$) та D-депресією ($r = 0,399$)).

Тривожному реагуванню на захворювання були притаманні безперервне занепокоєння й підозрілість пацієнтів, які побоювалися несприятливого перебігу хвороби, можливості виникнення нових ускладнень, неефективності та навіть небезпечності лікування. Хворі з цим ТСХ увесь час шукали нові способи лікування, вимагали додаткової інформації про своє захворювання, його ймовірні ускладнення, про сучасні методи лікування, вірили тільки «авторитетам». Цих хворих більше цікавили об'єктивні дані про хворобу, результати аналізів, висновки фахівців, ніж власні відчуття, тому вони більше слухали думки інших, ніж висловлювали власні скарги. Властива цим пацієнтам тривожність зумовлювала їх пригніченість. В осіб із мозковим інсультом тривожний ТСХ був

асоційований з акцентуаціями характеру (дистимічною ($r = 0,387$), циклотимічною ($r = 0,382$)); з іншими видами реагування на захворювання (апатичним ($r = 0,363$), неврастенічним ($r = 0,712$), obsесивно-фобічним ($r = 0,583$), егоцентричним ($r = 0,382$) ТСХ); характерологічними рисами (інтелектом ($r = 0,418$), емоційною стійкістю — нестійкістю ($r = 0,454$), боязливістю — сміливістю ($r = 0,455$)) та особистісними особливостями (Нs-іпохондрією ($r = 0,361$) та D-депресією ($r = 0,367$)).

Особі з іпохондричним ТСХ були зосереджені на суб'єктивних хворобливих та інших неприємних відчуттях, постійно розповідали про них оточуючим, перебільшували дійсні та шукали неіснуючі хворобливі прояви у своїх стражданнях, були зосереджені на страху побічних дій ліків, бажання лікуватися поєднувалося у них із невірою в його успіх, вимоги ретельного обстеження — з острахом шкоди і тяжкості процедур. У хворих з АГ III ст. іпохондричний вид реагування на захворювання сполучався з акцентуаціями характеру (гіпертимною ($r = -0,361$), дистимічною ($r = 0,352$); ТСХ (егоцентричним ($r = 0,438$), ейфоричним ($r = -0,509$)) та з особистісною особливістю (D-депресією ($r = 0,464$)).

Апатичний ТСХ характеризувався байдужим ставленням хворих до своєї долі, до результату хвороби, лікування, вони втратили інтерес до всього, що раніше їх хвилювало, і пасивно підпорядковувалися процедурам та лікуванню при наполегливому спонуканні з боку лікарів та близьких. В осіб з наслідками перенесеного інсульту апатичний вид корелював з акцентуаціями характеру (дистимічною ($r = 0,43$), тривожною ($r = 0,382$)); ТСХ (тривожним ($r = 0,363$), меланхолійним ($r = 0,335$), неврастенічним ($r = 0,337$), егоцентричним ($r = 0,486$), ейфоричним ($r = -0,449$), анозогнозичним ($r = -0,338$)); характерологічними рисами (боязливістю — сміливістю ($r = 0,341$), радикалізмом — консерватизмом ($r = -0,33$); особистісними особливостями (Нs-іпохондрією ($r = 0,344$), D-депресією ($r = 0,435$), Ра-параноєю ($r = 0,427$), Рт-психастенією ($r = 0,466$), Sc-шизоїдністю ($r = 0,375$), Ма-гіпоманією ($r = 0,367$)).

У пацієнтів з obsесивно-фобічним ТСХ спостерігалася тривожна недовірливість, яка полягала в побоюваннях не реальних небезпек, а малоімовірних ускладнень хвороби, можливих (але мало обґрунтованих) невдач у житті та роботі. Уявні небезпеки хвилювали цих хворих більше, ніж реальні, вони шукали прикмети та ритуали, які могли б захистити їх і позбавити від тривоги. Obsесивно-фобічний вид сполучався з акцентуаціями характеру (педантичною ($r = 0,547$), дистимічною ($r = 0,437$), тривожною ($r = 0,488$), циклотимічною ($r = 0,436$)); реагуванням на захворювання

(тривожним ($r = 0,583$), сенситивним ($r = 0,459$), ейфоричним ($r = -0,44$) ТСХ); характерологічною рисою (боязливістю — сміливістю ($r = 0,474$)).

Для осіб із меланхолійним ТСХ були характерні пригніченість хворобою, зневіра в одужанні, можливості поліпшення свого стану, ефекти лікування. У них визначалися депресивні установки, аж до суїцидальних думок, песимістичний погляд на навколишній світ, вони не вірили в успіх лікування навіть за сприятливих об'єктивних даних. Меланхолійний ТСХ поєднувався з акцентуаціями характеру (гіпертимною ($r = -0,45$), тривожною ($r = 0,4$)); реагуванням на захворювання (апатичним ($r = 0,335$), ейфоричним ($r = -0,357$), анозогнозичним ($r = -0,436$) ТСХ); рисами характеру (емоційною стійкістю — нестійкістю ($r = 0,425$), конформізмом — нонконформізмом ($r = -0,37$), розслабленістю — напруженістю ($r = -0,359$)); особистісними особливостями (бажанням представити себе «у вигідному світлі» ($r = -0,568$), D-депресією ($r = 0,457$), Ну-істерією ($r = 0,35$)).

До інтерпсихічної спрямованості соціальної дезадаптації в осіб після перенесеного інсульту призводили формування сенситивного, паранояльного та ейфоричного типів реагування на хворобу, які траплялися відповідно у 46,7; 26,7 та 20,0% випадків.

Особи із сенситивним ТСХ були стурбовані можливим несприятливим враженням, яке могла справити на оточуючих людей звістка про їх захворювання. Вони побоювалися, що оточуючі стануть їх унікати, вважати неповноцінними, зневажливо або з побоюванням до них ставитися, розпускати плітки або несприятливі відомості про причину і природу хвороби. Такі пацієнти боялися стати тягарем для близьких через свою хворобу, викликати їх недоброзичливе ставлення до себе у зв'язку із захворюванням. Сенситивний ТСХ був асоційований зі збудливою ($r = 0,346$) акцентуацією характеру, реагуванням на захворювання (неврастенічним ($r = 0,363$), obsесивно-фобічним ($r = 0,459$), ейфоричним ($r = -0,336$), паранояльним ($r = 0,431$); характерологічною (боязливістю — сміливістю ($r = 0,544$) й особистісною рисами (бажанням представити себе «у вигідному світлі» ($r = -0,345$)).

Основною характеристикою хворих з егоцентричним ТСХ було «занурення у хворобу». Ці пацієнти виставляли напоказ близьким та оточуючим свої страждання й переживання, прагнули повністю заволодіти їх увагою, вимагали виняткової турботи про себе, будь-яку розмову оточуючих переводили на себе. Вони постійно підкреслювали власне особливе становище, винятковість своєї хвороби, а від інших людей вимагали уваги й турботи, бачили в них тільки

«конкурентів» і ставилися неприязно. Егоцентричний вид поєднувався з акцентуацією характеру (дистимічною ($r = 0,348$)); реагуванням на захворювання (тривожним ($r = 0,382$), іпохондричним ($r = 0,438$), апатичним ($r = 0,486$), неврастенічним ($r = 0,562$), ейфоричним ($r = -0,523$)); характерологічною (емоційною стійкістю — нестійкістю ($r = 0,347$)) та особистісною (D-депресією ($r = 0,405$)) особливостями.

Для пацієнтів з ейфоричним ТСХ були характерні необґрунтовано підвищений настрій, нерідко наганий, зневага, легковажне ставлення до свого захворювання, надія на те, що «все обійдеться». Вони прагнули отримувати від життя всі задоволення, незважаючи ні на що, легко порушували режим, хоча це могло позначатися на перебігу захворювання. Ейфоричний ТСХ корелював з акцентуаціями характеру (дистимічною ($r = -0,517$), тривожною ($r = -0,355$), циклотимічною ($r = -0,375$)); реагуванням на захворювання (гармонічним ($r = 0,39$), іпохондричним ($r = -0,509$), меланхолійним ($r = -0,357$), апатичним ($r = -0,449$), obsесивно-фобічним ($r = -0,44$), сенситивним ($r = -0,336$), егоцентричним ($r = -0,523$), анозогнозичним ($r = 0,465$), ергопатичним ($r = 0,343$)); характерологічними особливостями (емоційною стійкістю — нестійкістю ($r = -0,415$), прямолинійністю — дипломатичністю ($r = 0,455$), впевненістю у собі — тривожністю ($r = 0,34$), конформізмом — нонконформізмом ($r = 0,472$), розслабленістю — напруженістю ($r = 0,507$)); особистісними особливостями (Hs-іпохондрією ($r = -0,43$), D-депресією ($r = -0,553$), Ну-істерією ($r = -0,472$), Pd-психопатією ($r = -0,393$), Ра-параноєю ($r = -0,454$), Pt-психастенією ($r = -0,36$), Sc-шизоїдністю ($r = -0,468$)).

Хворі з паранояльним ТСХ були впевнені в тому, що їхнє захворювання — результат чийогось злого наміру, вони вкрай підозріло ставилися до призначених ліків і процедур, приписували можливі ускладнення лікування або побічні дії ліків недбалості або злому наміру лікарів, звинувачуючи їх, і вимагали їх покарання у зв'язку із цим. Паранояльний вид поєднувався із сенситивним ТСХ ($r = 0,431$); характерологічною рисою (боязливістю — сміливістю ($r = 0,396$)) та особистісною особливістю (бажанням представити себе «у вигідному світлі» ($r = -0,399$)).

Таким чином, при АГ III ст. достовірно зростала вираженість тривожного, іпохондричного, неврастенічного та егоцентричного при одночасному зниженні гармонічного, ейфоричного та аназогнозичного видів реагування на захворювання. При цьому у пацієнтів переважали змішані ТСХ (80,0%). У структурі чистих типів найбільш поширеним був анозогнозичний, серед

усіх діагностованих типів — сенситивний, неврастенічний, тривожний і анозогнозичний. Найчастіше траплялися комбінації тривожного, іпохондричного, апатичного, неврастенічного, обсесивно-фобичного, сенситивного, егоцентричного та ейфоричного ТСХ. Психологічна та соціальна адаптація була порушена у 97,8% хворих АГ III ст., що значною мірою ускладнювало процес їх реабілітації.

Список літератури

1. Петрова Н. Н. Психология для медицинских специальностей / Н. Н. Петрова.— М.: Академия, 2006.— 320 с.
2. Лакосина Н. Д. Медицинская психология / Н. Д. Лакосина, Г. К. Ушаков.— М.: Медицина, 1984.— 272 с.
3. Psychological and emotional needs, assessment, and support post-stroke: a multi-perspective qualitative study / M. Harrison, T. Ryan, C. Gardiner, A. Jones // *Top Stroke Rehabil.*— 2017.— № 24 (2).— P. 119–125.
4. Does repetitive task training improve functional activity after stroke? A Cochrane systematic review and meta-analysis / B. French, L. Thomas, M. Leathley [et al.] // *J. Rehabil. Med.*— 2010.— № 42 (1).— P. 9–14.
5. Смулевич А. Б. Психокardiология / А. Б. Смулевич, А. Л. Сыркин.— М.: МИА, 2005.— 778 с.
6. Efficiency of physical therapy on postural imbalance after stroke: study protocol for a systematic review and meta-analysis / A. Hugues, J. Di Marco, P. Janiaud [et al.] // *BMJ.*— 2017.— № 30.— P. 7.
7. Яхно Н. Н. Сосудистые когнитивные расстройства / Н. Н. Яхно, В. В. Захаров // *Рус. мед. журн.*— 2005.— Т. 13, № 12.— С. 1–7.
8. Демченко О. В. Особливості мнестичної діяльності хворих на гіпертонічну дисциркуляторну енцефалопатію з синдромом помірних когнітивних порушень / О. В. Демченко // *Укр. неврологічний журн.*— 2010.— № 1.— С. 62–72.
9. Hypertension and the risk of mild cognitive impairment / C. Reitz, M. Tang, J. Manly [et al.] // *Arch. Neurol.*— 2007.— Vol. 64 (12).— P. 1734–1740.
10. Роль структурно-функциональных изменений головного мозга в формировании психопатологических расстройств у больных инсультом [Электронный ресурс] / В. М. Шкловский, И. П. Лукашевич, И. Ю. Орлов [и др.] // *Социальная и клиническая психиатрия.*— 2014.— № 1.— С. 34–39.— Режим доступа: <http://www.fesmu.ru/elib/Article.aspx?id=293997>.
11. Кутлубаев М. А. Постинсультная апатия / М. А. Кутлубаев, Л. Р. Ахмадеева // *Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова.*— 2012.— № 4.— С. 99–102.
12. Клинические особенности постинсультных тревожных расстройств / Е. А. Петрова, М. А. Савина, В. А. Концевой [и др.] // *Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова.*— 2012.— № 9.— С. 12–16.
13. Постинсультные аффективные расстройства / Е. А. Петрова, М. А. Савина, Н. А. Георгиевская [и др.] // *Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова.*— 2011.— № 10.— С. 12–17.
14. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика: методики и тесты / Д. Я. Райгородский.— М.: Бахрах-М, 2011.— 672 с.
15. Личностный опросник Бехтеревского института (методика ЛОБИ) [Электронный ресурс].— Режим доступа: www.psy-research.ru/test/10900/
16. Статистична обробка даних / В. П. Бабак, А. Я. Білецький, О. П. Приставка, П. О. Приставка.— К.: МІВВЦ, 2001.— 388 с.

ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ФОРМИРОВАНИЯ РЕАГИРОВАНИЯ НА ЗАБОЛЕВАНИЕ У ЛИЦ С ИШЕМИЧЕСКИМ МОЗГОВЫМ ИНСУЛЬТОМ

С. Я. ЯНОВСКАЯ

Определены патопсихологические основы формирования реагирования на заболевание у лиц с артериальной гипертензией III ст. после ишемического мозгового инсульта. Изучены акцентуации характера, личностные и характерологические особенности и их роль в формировании типов отношения к болезни. Показано, что наиболее выраженными были тревожный, ипохондрический, неврастенический и эгоцентрический виды реагирования на заболевание при преобладании смешанных типов. Подчеркнуто, что психологическая и социальная адаптация была нарушена почти у всех больных, что в значительной степени затрудняло процесс реабилитации.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, реагирование на заболевание, ишемический мозговой инсульт.

PATHOPHYSIOLOGICAL BASIS FOR FORMATION OF THE RESPONSE TO THE DISEASE IN PATIENTS WITH ISCHEMIC STROKE

S. Ya. YANOVSKA

Pathopsychological basis for the formation of the response to the disease in individuals with grade 3 arterial hypertension after ischemic cerebral stroke was determined. Accentuation of personality traits, character and individual features and their role in shaping the type of the attitude to the disease were

investigated. It is shown that anxiety, hypochondria, neurasthenic and self-centered disease responses were distinctive with prevalence of mixed types. It is emphasized that psychological and social adaptation was disturbed almost in all patients, which significantly complicated rehabilitation process.

Key words: arterial hypertension, response to the disease, ischemic cerebral stroke.

Надійшла 17.07.2017