

ОСОБЕННОСТИ МОТИВАЦИОННОЙ НАПРАВЛЕННОСТИ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ И УРОВНЯ ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Чупина В.Б., Попенко Н.В.

ФГБОУ ВО Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Я. Войно-Ясенецкого Минздрава России, Красноярск, e-mail: rector@krasgmu.ru

Рассмотрены психологические особенности пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения. Произошедший инсульт кардинально меняет жизнь пациента и накладывает отпечаток на его поведение в последующем. В связи с этим особую значимость представляет период всесторонней реабилитации пациента. На основании теоретического анализа установлено, что знание особенностей мотивационной направленности внутренней картины болезни и уровня жизнестойкости будет способствовать наиболее благоприятному течению реабилитации у пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения. Полученные результаты экспериментального исследования позволяют сделать вывод о том, что мотивационная направленность компонента внутренней картины болезни зависит от показателей жизнестойкости у пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения. Следовательно, необходимо и возможно формировать жизнестойкие убеждения у пациента, перенесшего инсульт, и активную позицию в отношении реабилитации.

Ключевые слова: инсульт, факторы риска развития инсульта, реабилитация, психологическая реабилитация, жизнестойкость.

THE FEATURES OF MOTIVATIONAL DIRECTION OF INTERNAL PICTURE OF DISEASE AND THE LEVEL OF VITALITY OF PATIENTS WITH ACUTE VIOLATIONS OF CEREBRAL CIRCULATION DURING THE REHABILITATION PERIOD

Chupina V.B., Popenko N.V.

Krasnoyarsk State Medical University of Professor Voino-Yasenrsky, Krasnoyarsk, e-mail: rector@krasgmu.ru

In this article the psychological features of the patients with acute violations of cerebral circulation are considered. An occurred stroke radically changes patient's life and leaves a mark on his/her behavior in the subsequent period. In this connection, the period of patient's comprehensive rehabilitation is of particular importance. Based on the theoretical analysis, it was found that knowledge of the features of motivational direction of inner picture of disease and the level of vitality will contribute to the most favorable course of rehabilitation of patients with acute violations of cerebral circulation. The obtained results of experimental research allow to conclude that the motivational direction of the component of inner picture of disease depends on vitality index of stroke patients. Consequently, it is necessary and possible to form viable beliefs among stroke patient and an active position in relation to rehabilitation.

Keywords: stroke, risk factors for stroke, rehabilitation, psychological rehabilitation, vitality.

В течение нескольких десятилетий сердечно – сосудистые заболевания остаются основной причиной в структуре смертности, обуславливая 49% всех смертей и 30% смертей лиц в возрасте моложе 65 лет.

Ежегодно острое мозговое нарушение кровообращения поражает от 5,6 до 6,6 миллионов человек и уносит 4,6 миллионов жизней по всему миру. Смертность от инсультов в Российской Федерации – одна из наиболее высоких в мире (175 случаев на 100 тысяч населения), это до 400 тысяч в год. Наблюдается омоложение инсульта с увеличением его распространенности у лиц трудоспособного возраста – до 65 лет. Показатели заболеваемости

и смертности от инсульта среди лиц трудоспособного возраста в России возросли, за последние 10 лет, более чем на 30 процентов [3].

Важным фактором восстановления здоровья в ситуации болезни является активная позиция самого пациента, определенная установка и вера в выздоровление, которая может способствовать эффективности лечения и последующей реабилитации больного. В этой связи, изучение мотивационного компонента в структуре внутренней картины болезни является на сегодняшний день актуальной проблемой. Современные исследования показывают, что пациентам с нарушениями мозгового кровообращения в реабилитационном периоде необходима психологическая помощь с целью повышения адаптационных возможностей и улучшения качества жизни [11].

Многие пациенты, перенесшие ОНМК, вследствие различных нарушений, не способны самостоятельно справляться с бытовыми трудностями. Ощущение беспомощности является основной причиной развития психических расстройств и неадаптивных реакций у этого контингента больных. Постинсультная депрессия и тревожность встречается до 72 % пациентов, перенесших инсульт [12].

Как считает Н.Г. Ермакова, для больных, перенесших инсульт, характерен дефицит толерантности к физическим и психологическим нагрузкам, существенно пониженной способности к адекватному восприятию и элементарному логическому мышлению. Острое нарушение мозгового кровообращения сопровождается изменением привычного образа жизни, значительным снижением ее качества, нередко потерей социального статуса. У пациентов могут возникать ощущения незащищенности, отсутствия контроля над собственной жизнью, что может приводить к чувству беспокойства, беспомощности, страха [2].

В исследовании Д.Н. Капаховой и М.П. Билецкой, целью которого было изучение особенностей адаптации лиц, перенесших ишемический инсульт, подчеркивается, что для пациентов характерно отрицание вызывающих тревогу обстоятельств. Авторы отмечают склонность пациентов к избеганию тревоги путем перехода на более ранние стадии развития. Об этом свидетельствуют предпочитаемые типы отношения к болезни: сенситивный, тревожный и паранойяльный. Для мужчин с ОНМК в большей степени характерны меланхолический и апатический типы реагирования на болезнь. Для женщин с ОНМК в большей степени характерны гармоничный, эгоцентричный и паранойяльный типы отношения к болезни [4].

Ситуация болезни, в связи со своим стрессогенным характером, может изменять и структуру мотивационной сферы больного человека, ставя на первое место в этой иерархии –

ценность здоровья. В этой связи крайне важным становится формирование мотивации на выздоровление и активность личности в условиях стресса.

Среди личностных переменных, отвечающих за совладающее поведение в ситуациях стресса, С. Мадди выделяет жизнестойкость. Д.А. Леонтьев определил жизнестойкость, как отвагу находится в стрессовой ситуации, либо ситуации неопределенности, и при этом оставаться максимально независимым от собственных негативных переживаний [1].

Е.И. Рассказова в своей работе «Жизнестойкость и выбор будущего в процессе реабилитации» приходит к выводу о том, что ситуация, травмирующая личность, например, болезнь, в определенном смысле, служит «проверкой на прочность» для убеждений человека, и в этой связи ставит вопрос о ресурсах мотивационно-смысловой сферы, которые возможно задействовать в реабилитации [8].

Следовательно, можно отметить, что пациенты с острым нарушением мозгового кровообращения в реабилитационном периоде характеризуются интенсивностью негативных переживаний, негативными установками по отношению к прогнозу и течению болезни, используют непродуктивные механизмы психологической защиты, избирают жертвенную, пассивную или обвинительную тактику, перекладывая ответственность за процесс реабилитации и результат лечения на других, склонны искать информационную и эмоциональную поддержку, по большей части, у социального окружения, что свидетельствует о меньшем использовании ими личностных ресурсов. Это обстоятельство позволяет говорить о необходимости изучения значимых психологических факторов, способствующих наиболее благоприятному течению реабилитации у пациентов с ОНМК.

Произошедший инсульт кардинально меняет жизнь пациента и его родственников. Даже при минимальном неврологическом дефекте тяжёлый стресс, возникающий у пациента, сопровождающий его во время пребывания в стационаре и в процессе лечения, накладывает отпечаток на поведение больного в последующем. В связи с этим особую значимость представляет период всесторонней реабилитации пациента [2].

К основным принципам реабилитации относятся раннее начало реабилитационных мероприятий, систематичность и длительность. М. В. Соколова считает, наиболее важный принцип реабилитации пациентов с ОНМК – активное участие самого больного в процессе, а так же его близких [10].

Е.В. Костенко отмечает, что важное место в комплексной реабилитации пациентов, перенесших инсульт, занимает психологическая реабилитация. Она неразрывно связана с медицинской стороной восстановления, так как способствует улучшению психоэмоционального состояния и адаптирует пациентов к новым условиям жизнедеятельности в ситуации болезни. В результате этого происходит значительное

увеличение процента пациентов, выполняющих медицинские назначения. Важным аспектом психокоррекционного воздействия, по мнению Е. В. Костенко, является обучение пациентов переоценке существующих у них ценностей, это способствует снижению интенсивности негативных переживаний, переключению внимания на иные аспекты жизни пациента. Важным представляется формирование активной жизненной позиции пациента, главным образом, по отношению к своей болезни, что достигается путем формирования установок на гармоничное развитие и положительных социальных интересов, то есть коррекции внутренней картины болезни и неверных представлений о течении и прогнозе заболевания [5].

Целью экспериментального исследования явилось изучение особенностей мотивационного компонента внутренней картины болезни и жизнестойкости пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения в реабилитационном периоде.

Исследование проводилось на базе Красноярского центра нейрореабилитации, Сибирского клинического центра, ФГБУЗ ФМБА России с участием проходивших реабилитацию в условиях стационара пациентов неврологического отделения, в количестве 30 человек, из них 14 женщин и 16 мужчин. Все обследуемые – это люди в возрасте от 45 до 77 лет, имеющие образование от средне-специального до высшего. Исследование проводилось в индивидуальном порядке и на добровольной основе.

Первоначально обследуемым было предложено выбрать утверждения методики ТОБОЛ (тип отношения к болезни). После этого им предъявлялись методики: «Тест жизнестойкости» Д.А. Леонтьева, Е.И. Рассказовой и опросник А.А. Реана (МУН) «Мотивация успеха и боязнь неудачи» [7, 6, 9]. Время выполнения методик было не ограничено. В выборе методов исследования мы исходили из поставленной цели, а также индивидуальных особенностей обследуемых.

Полученные показатели исследования типов отношения к болезни указывают на то, что у пациентов с ОНМК в период реабилитации диагностируются различные типы отношения к болезни. В частности, у пациентов, перенесших ишемический инсульт, преобладают такие типы отношения к болезни, как сенситивный, эгропатический, тревожный и ипохондрический. Это свидетельствует о неумении адекватно переносить неприятные и болевые ощущения в ожидании улучшения, что может способствовать снижению продуктивности лечения и реабилитации. Пациенты отличаются повышенной эмоциональной ранимостью. Они могут испытывать тревогу из-за маловероятных неприятностей, тем самым выстраивать механизмы психологической защиты и не замечать реальных проблем.

В результате проведенного нами психодиагностического исследования показателей жизнестойкости у пациентов с ОНМК в реабилитационном периоде, было выявлено, что жизнестойкость пациентов с ОНМК в период реабилитации характеризуется нормативными и низкими показателями, это может означать невысокие адаптивные способности в ситуации стресса, которым и является болезнь. Пациентам сложно противостоять трудностям, совладать с преобладающими негативными эмоциями и занять активную позицию по отношению к выздоровлению. Это может сказываться на эффективности реабилитации и лечения.

Результаты опросника «Мотивация успеха и боязнь неудачи» (МУН) А.А. Реана позволяют нам говорить о том, что в данной выборке пациентов с ОНМК в реабилитационном периоде преобладает низкий мотивационный уровень. Это свидетельствует о том, что большинство исследуемых пациентов уже заранее боятся возможной неудачи, ожидают негативных последствий в стрессовой ситуации и, вследствие этого, думают о путях избегания этой гипотетической неудачи, а не о способах достижения возможного успеха. Также они отличаются повышенной тревожностью и низкой уверенностью в своих силах.

На следующем этапе нашего исследования мы провели корреляционный анализ между исследуемыми признаками, для которого использовали коэффициент корреляции Пирсона.

В ходе корреляционного анализа нами была выявлена значимая взаимосвязь между показателями общей жизнестойкости и уровнем мотивации на успех у пациентов с ишемическим инсультом в реабилитационном периоде ($r=0,767$, при $p \leq 0,01$). Между компонентами жизнестойкости и мотивацией также выявлена прямая связь. Вовлеченность значимо коррелирует с мотивацией успеха ($r=0,726$, при $p \leq 0,01$). Коэффициент связи контроля с уровнем мотивации составил $0,653$ при уровне значимости $p \leq 0,01$. Выявлена прямая связь шкалы «Принятие риска» и мотивации успеха ($r=0,695$, при $p \leq 0,01$). То есть, чем выше уровень мотивации, тем выше показатели жизнестойкости, и, наоборот, мотивация на боязнь неудачи имеет положительную взаимосвязь с низкой жизнестойкостью пациентов.

Между признаками мотивационной направленности и типом отношения к болезни достоверно было установлено следующее: высокий уровень мотивации у пациентов с ОНМК прямо связан с типами отношения к болезни первого (адаптивного) блока – гармоничным и эгропатическим, в то время как низкий уровень мотивации связан с типами отношения интрапсихического (тревожный, ипохондрический, неврастенический) и интерпсихического (паранойяльный, дисфорический) блоков.

Выявлена значимая корреляционная связь мотивационной направленности с некоторыми типами отношения к болезни, а именно – это гармоничный, эропатический, тревожный, ипохондрический, неврастенический, паранойяльный, дисфорический типы. Мотивация на успех находится в прямой связи с гармоничным ($r=0,436$, при $p\leq 0,05$) и эропатическим типом отношения к болезни ($r=0,623$, при $p\leq 0,01$).

Выявлена отрицательная связь между уровнем мотивации и тревожным типом отношения к болезни ($r=-0,509$, при $p\leq 0,01$). Низкая мотивация увеличивает вероятность непрерывного беспокойства в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений, неэффективности и даже опасности лечения, тревожного и угнетенного настроения.

Выявлена обратная связь между высоким уровнем мотивации и ипохондрическим типом отношения к болезни ($r=-0,383$, при $p\leq 0,05$). Низко мотивированные пациенты чрезмерно сосредотачиваются на болезненных ощущениях, придают большое значение всем неприятным проявлениям, преувеличивают их интенсивность, при этом стремятся сообщать о них врачам и медицинскому персоналу. Предпочитают лечиться у авторитетных врачей, многократно проходят обследования, но не верят в успех и эффективность лечения.

Выявлена обратная связь между высоким уровнем мотивации и неврастеническим типом реагирования на болезнь ($r=-0,383$, при $p\leq 0,05$).

Высокий мотивационный уровень находится в отрицательной связи с паранойяльным типом отношения в ситуации болезни ($r=-0,410$, при $p\leq 0,05$). Мотивация на успех имеет обратную связь с дисфорическим типом реагирования на болезнь ($r=-0,410$, при $p\leq 0,05$). Мотивированные на боязнь неудачи пациенты с ОНМК проявляют признаки дисфорического типа: склонны обвинять в своей болезни других людей, в связи с чем бывают вспышки озлобленности. Требуют особого внимания к себе и подозревают окружающих в злом умысле.

Таким образом, мотивационная направленность на успех, соответствующая высокому уровню мотивации, у пациентов с ОНМК в реабилитационном периоде, способствует жизнестойким убеждениям, вере в собственную силу, посредством активного участия в процессе реабилитации, возможности повлиять на развитие событий, непосредственно происходящими с пациентом. Они выбирают более адаптивные типы отношения к болезни, тогда как мотивация на боязнь неудачи, соответствующая низкому уровню мотивации, приводит пациентов к формированию дезадаптивной внутренней картины болезни и, соответственно, типам отношения к ней. Пациенты с ОНМК данной категории характеризуются низким уровнем жизнестойкости, не верят в успех собственных действий,

занижают свои возможности, направляя психическую активность на негативные переживания и тревожность, а не на процесс лечения и реабилитации.

На основании проведенного исследования и описанных выводов был составлен ряд практических рекомендаций, направленных на адаптацию внутренних психологических ресурсов, способствующих повышению эффективности реабилитационных мероприятий. Воздействие посредством психокоррекционных методов на мотивационно-поведенческую сферу, способствует формированию жизнестойких убеждений у пациента, перенесшего инсульт, формированию активной позиции в отношении реабилитации.

Список литературы

1. Александрова Л.А. К концепции жизнестойкости в психологии // Сибирская психология сегодня: сборник научн. трудов / под ред. М.М. Горбатовой, А.В. Серого, М.С. Яницкого. – Кемерово: Кузбассвуиздат, 2004. – Вып. 2. – С. 82-90.
2. Ермакова Н.Г. Особенности личности больных с последствиями инсульта в условиях стационарной реабилитации // Известия РГПУ им. А.И. Герцена. – 2000. – № 11(68). – С.32-42.
3. Инсульт: диагностика, лечение, профилактика / под ред. З.А. Суслиной, М.А. Пирадова. – 2-е изд.– М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 288 с.
4. Капахова Д.Н., Билецкая М.П. Особенности психологической адаптации лиц, перенесших ишемический инсульт // Психология XXI века: Материалы Международной научно-практической конференции молодых ученых «Психология XXI века» 21–23 апреля 2011 года. Санкт-Петербург / под науч. ред. О. Ю. Щелковой. – СПб.: Изд-во С.-Петерб. ун-та, 2011. – С. 180-181.
5. Костенко Е.В. Медико-социальные аспекты реабилитации пациентов, перенесших ишемический инсульт // Уральский медицинский журнал. – 2012. – № 13. – С. 23-27.
6. Леонтьев Д.А., Рассказова Е.И. Тест жизнестойкости. – М.: Смысл, 2006. – 63 с.
7. Психологическая диагностика отношения к болезни: пособие для врачей / Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова и др. – СПб.: СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2005. – 32 с.
8. Рассказова Е.И. Жизнестойкость и выбор будущего в процессе реабилитации // Гуманитарные проблемы современной психологии. Известия Таганрогского государственного радиотехнического университета. – 2005. – № 7. – С. 124-126.
9. Реан А.А. Психология личности. Социализация, поведение, общение. – СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2004. – 416 с.

10. Справочник по реабилитации после заболеваний / М.В. Соколова, В.В. Леонкин, Е.В. Ситкалиева и др. – М.: Эксмо, 2008. – 704 с.
11. Узлов Н.Д., Габдрахманова Н.Н. Совладающее поведение и защитные механизмы личности у больных туберкулезом легких с анозогнозическим типом отношения к болезни // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2013. – № 3(20). – URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 04.10.2016).
12. Шмонин А.А., Мальцева М.Н., Мельникова Е.В., Иванова Г.Е. Биопсихосоциальная модель пациента с инсультом: роль факторов среды в реабилитации // Consilium Medicum. – 2016. – Т.18. – № 2. – С. 14-20.