

DOI: <https://doi.org/10.22141/2224-0586.16.6.2020.216514>Загуровський В.М.<sup>1</sup>, Калайтан Н.Л.<sup>2</sup>, Строна О.В.<sup>3</sup><sup>1</sup> Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків, Україна<sup>2</sup> Національний аерокосмічний університет ім. М.Є. Жуковського «Харківський авіаційний інститут», м. Харків, Україна<sup>3</sup> Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

## Стрес та якість життя після перенесеної транзиторної ішемічної атаки

**Резюме.** *Актуальність.* Транзиторні ішемічні атаки є одним із варіантів розвитку гострих порушень мозкового кровообігу й посідають значне місце серед патологій нервової системи. Як ускладнення вони характерні для перебігу гіпертонічної хвороби. У клінічному перебігу атак відсутня візуалізація вогнищ ураження мозку, спостерігається інволюція неврологічної симптоматики протягом 24 годин. Транзиторні ішемічні атаки є невідкладним станом, що викликає значну стресову реакцію особистості, що залишає після себе зміни у психічній сфері. Дослідження цих чинників у край недостатнє, хоча вони мають досить велику вагу для прогнозу та проведення своєчасної адекватної психокорекції у складі профілактики розвитку повторних ішемічних проявів. **Мета.** Робота спрямована на вивчення характеристик впливу на сфери особистості стресового стану після перенесеної транзиторної ішемічної атаки у хворих на гіпертонічну хворобу та способів їх психокорекції. **Матеріали та методи.** У дослідженні брали участь 114 хворих на гіпертонічну хворобу II–III стадії віком від 55 до 65 років, серед яких 59 осіб перенесли транзиторну ішемічну атаку з госпіталізацією. Протокол дослідження було складено згідно з Гельсінською декларацією. Дослідження проведено в амбулаторних умовах через 30–45 днів після виписки з лікарні. Для обстеження застосовували клініко-патологічне дослідження, психодіагностичне дослідження з використанням методик: шкала Спілбергера — Ханіна для визначення тривожності, тест «Діагностика копінг-стратегій Хайма», опитувальник якості життя Всесвітньої організації охорони здоров'я. Результати оброблялись статистичними методами з врахуванням вірогідності. **Результати.** Після перенесеної транзиторної ішемічної атаки у хворих виявили ознаки хронічного психічного стресу, що підтверджувалось високими рівнями реактивної та особистісної тривожності. Встановлено, що внаслідок перенесеної транзиторної ішемічної атаки у пацієнтів змінювались копінг-стратегії в бік зменшення ступеня адаптивності. Найбільше змінювались емоційні, а за ними — когнітивні стратегії. Це виражалось у появі непродуктивних та слабoproдуктивних способів реагування. На цьому фоні спостерігали покращення продуктивності поведінкових стратегій. У хворих також спостерігалось зниження якості життя у більшості сфер. Можливо, це було наслідком хронічного психічного стресу перед загрозою повторного нападу та інсульту, наявності дезадаптації через необхідність змін поведінки і способів життя, що призводить до внутрішнього спротиву, руйнації звичних стереотипів та відсутності відповідних стратегій компенсаторної поведінки. Встановлена підвищена значимість показників якості життя, особливо особистісного характеру, що пов'язане з обмеженнями через наявність хвороби. Проведення індивідуальної психокорекції після транзиторної ішемічної атаки дозволило досягти значних результатів у покращенні адаптації пацієнтів.

**Ключові слова:** транзиторна ішемічна атака; гіпертонічна хвороба; дезадаптація; стрес; якість життя; психокорекція

© «Медицина невідкладних станів» / «Медицина неотложных состояний» / «Emergency Medicine» («Medicina неотложных состо́яний»), 2020

© Видавець Заславський О.Ю. / Издатель Заславский А.Ю. / Publisher Zaslavsky O.Yu., 2020

Для кореспонденції: Загуровський Володимир Михайлович, доктор медичних наук, старший науковий співробітник, професор кафедри медицини невідкладних станів і медицини катастроф, Харківська медична академія післядипломної освіти, вул. Амосова, 58, м. Харків, 61176, Україна; e-mail: zagvl@ukr.net; контактний тел.: +38 (050) 954 55 61. For correspondence: Vladimir Zagurovsky, MD, PhD, Senior Research Fellow, Professor at the Department of Emergency Medicine and Disaster Medicine, Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Amosova st., 58, Kharkiv, 61176, Ukraine; e-mail: zagvl@ukr.net; contact phone: +38 (050) 954 55 61.

## Вступ

Гострі порушення мозкового кровообігу посідають значне місце серед патології нервової системи. Транзиторні ішемічні атаки (ТІА) є одним із варіантів їх розвитку. Особливо часто ТІА характерні для перебігу гіпертонічної хвороби (ГХ) як її ускладнення. Дані про їх частоту досить розбіжні. Такий стан пов'язаний з тим, що значна кількість випадків не потрапляють в поле зору лікарів. Це зумовлено або короткочасністю їх клінічних проявів, або ураженням так званих німих ділянок головного мозку [1–3]. У таких випадках діагностика часто базується на анамнестичних даних через відсутність візуалізації вогнищ ураження нервової тканини мозку при ТІА та інволюцію неврологічної симптоматики протягом 24 годин. Спостереження показали, що протягом перших кількох років після ТІА у хворих значно частіше виникають інсульти головного мозку та інфаркти міокарда [4–6]. Звичайно, це насторожує та спонукає до пошуку маркерів загрози виникнення такої патології. Крім того, ТІА є невідкладним станом, що зумовлює своїм розвитком значний стресовий вплив на особистість і не може не залишити після себе змін у психічній сфері [7–9]. Відсутність у подальшому вогнищ ураження мозкової тканини не гарантує відсутності змін у психічній сфері хворого [10–12]. Дослідження цих чинників украй недостатні, хоча вони мають досить велику вагу для прогнозу та проведення своєчасної адекватної психокорекції у складі профілактики розвитку повторних ішемічних проявів.

**Мета дослідження:** вивчення характеристик впливу на сфери особистості стресового стану після перенесеної транзиторної ішемічної атаки у хворих на гіпертонічну хворобу та способів їх психокорекції.

## Матеріали та методи

У дослідженні брали участь 114 хворих на ГХ II–III стадії віком від 55 до 65 років, серед яких 59 осіб перенесли ТІА з госпіталізацією (ГД). Хворі на ГХ без ускладнення ( $n = 55$ ) становили групу порівняння (ГП). Перед дослідженням хворі надавали «Інформовану добровільну згоду пацієнта на проведення діагностики, лікування та на проведення операції та знеболювання» (форма № 003–6/о) та «Інформовану добровільну згоду пацієнта на обробку персональних даних», згідно з наказом МОЗ України № 110 від 14.02.2012 р. Протокол дослідження було складено згідно з Гельсінською декларацією. Дослідження проведено в амбулаторних умовах через 30–45 днів після виписки з лікарні. Для обстеження застосовували клініко-патологічне дослідження,

**Таблиця 1. Рівні тривожності при ГХ та ТІА ( $M \pm m$ )**

Група	Реактивна тривожність	Особистісна тривожність
ГД, $n = 59$	$35,57 \pm 0,41, p_1^{***}$	$43,03 \pm 1,02, p_1^{***}$
ГП, $n = 55$	$25,13 \pm 0,36, p^{***}$	$28,66 \pm 0,41, p^{***}$

**Примітки:** означення достовірності:  $p$  — між ГД і ГП,  $p_1$  — між реактивною й особистісною тривожністю; ступінь вірогідності: \* —  $< 0,05$ ; \*\* —  $< 0,01$ ; \*\*\* —  $< 0,001$ .

дослідження, психодіагностичне дослідження з використанням таких методик: шкала Спілбергера — Ханіна для визначення особистісної й ситуативної тривожності [13], тест «Діагностика копінг-стратегій Хайма» [14], опитувальник якості життя Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗЯЖ-100) [15]. Результати оброблялись статистичними методами з вирахуванням вірогідності.

## Результати

Рівні стресу за шкалою Спілбергера — Ханіна при ГХ підвишені та відповідають стану хворих. Це відображають рівні тривожності, що у них підвишені або високі. Після ТІА у хворих на ГХ показники реактивної та особистісної тривожності були достовірно вищими, ніж у ГП (табл. 1). ТІА частіше за все виникають на тлі ГХ як її ускладнення. Це стани короткочасної скороминучої (до 24 годин) ішемії головного мозку, які, за винятком часу перебігу, відповідають клінічним проявам інсульту. Після їх закінчення клінічно та візуально не залишається ознак ураження, але клінічна картина, загрози для особистості, які вони несуть, тією чи іншою мірою добре фіксуються в пам'яті хворого й є основою для виникнення хронічного стресового стану.

Слід зважати на психічні зміни, що виникають під час ТІА та в подальшому. Перш за все це стресова реакція на появу досить грізних проявів ТІА. Вони жорстко, часто з вітальними значеннями, фіксуються особистістю і при першій нагоді згадуються, викликаючи відповідні стресові стани. Крім того, не треба забувати, що майже всі хворі знають, що явища ТІА в будь-яку мить можуть стати інсультом. Звичайно для їх уникнення перед хворим постає необхідність зміни поведінки, способів життя, профілактики розвитку повторних порушень мозкового кровообігу.

Найактуальнішими чинниками стресового стану слід вважати такі:

1. Розуміння реальної загрози повторного виникнення гострого порушення мозкового кровообігу у вигляді інсульту.
2. Заборони з боку поведінки та способів життя в різних сферах.
3. Стани фрустрації в результаті вимушеного позбавлення через загрозливе захворювання тих чи інших звичних потреб і звичок особистості. Особливо коли з певних причин хворі не можуть запустити адекватну заміну або компенсаторну поведінку.

У зв'язку з цим є необхідність проаналізувати копінг-стратегії пацієнтів, спрямовані на опанування життєвими ситуаціями та розв'язання проблем, що несуть стресове навантаження для особистості. Дані проаналізовані тестом Хайма та подані в табл. 2.

Згідно з отриманими даними, у ГД порівняно з ГП серед когнітивних копінг-стратегій збільшувалась частка за шкалою продуктивної стратегії «аналіз проблем»; відносно продуктивних «відносність» та «установка самооцінки». Крім того, з'явилась непродуктивна стратегія за розділом шкали «розгубленість». Серед емоційних копінгів у сумі переважали непродуктивні

стратегії: «емоційне розрядження», «покірність» «самообвинувачення» та знижувались показники шкали «агресивність». Спостерігалось зниження за шкалою «протест», відсутність непродуктивної стратегії «пригнічення емоцій» та продуктивної «оптимізм». Серед поведінкових копінгів у сумі переважали продуктивні стратегії «співробітництво» та відносно продуктивні «пошук допомоги». Були відсутні або знижувались показники шкал «відволікання» та «компенсація».

Таким чином, було встановлено переважання непродуктивної або частково продуктивної серед емоційних стратегій реагування, що свідчить про значну його неадекватність. На цьому тлі менш значущі відхилення

спостерігались у когнітивному реагуванні. Найбільш адекватними до реагування на перенесену ТІА та необхідність змін способів життя були зміни поведінкових копінг-стратегій.

Звичайно, перенесена ТІА, наявність загрози здоров'ю та життю в подальшому змінюють якість життя особистості. На це впливає як необхідність відмови від шкідливих звичок, так і обмеження в способі життя. Відповідно до цих змін вдалося встановити результати опитувальників якості життя (ВООЗЯЖ-100), які вказують на зниження рівня життя по деяких шкалах, а також на зниження інтересу в різних сферах (табл. 3, 4).

**Таблиця 2. Результати діагностики копінг-стратегій Хайма**

Стратегія		ГД, n = 59	ГП, n = 55
<b>А. Когнітивні копінг-стратегії</b>			
Ігнорування	В	6,27 ± 4,03	23,47 ± 4,25
Покора	Н	9,17 ± 4,21	18,27 ± 4,02
Дисимуляція	В	7,42 ± 3,75	6,85 ± 3,84
Самоконтроль	В	16,39 ± 4,17	24,08 ± 4,03
Аналіз проблем	П	19,41 ± 3,58	9,40 ± 3,19
Відносність	В	21,35 ± 4,37	7,13 ± 3,48
Релігійність	В	0	0
Розгубленість	Н	13,44 ± 4,31	0
Надання сенсу	В	0	12,35 ± 4,11
Установка самооцінки	В	7,03 ± 3,16	0
<b>Б. Емоційні копінг-стратегії</b>			
Протест	В	13,42 ± 4,20	18,47 ± 4,08
Емоційне розрядження	Н	21,34 ± 4,35	16,30 ± 4,23
Пригнічення емоцій	Н	0	11,61 ± 4,22
Оптимізм	П	0	24,35 ± 4,03
Пасивна кооперація	В	22,54 ± 3,72	8,61 ± 3,64
Покірність	Н	22,14 ± 4,05	0
Самообвинувачення	Н	6,90 ± 3,71	0
Агресивність	Н	14,57 ± 4,41	21,79 ± 4,03
<b>В. Поведінкові копінг-стратегії</b>			
Відволікання	В	0	7,35 ± 4,13
Альтруїзм	В	16,51 ± 3,79	15,32 ± 4,36
Активне уникнення	Н	7,16 ± 4,02	7,03 ± 4,28
Компенсація	В	7,58 ± 4,14	21,73 ± 4,26
Конструктивна активність	В	22,59 ± 4,27	22,37 ± 4,02
Відступ	Н	0	0
Співробітництво	П	26,61 ± 4,12	17,72 ± 3,59
Пошук допомоги	В	20,30 ± 4,27	8,02 ± 4,16

**Примітки:** П — продуктивні копінг-стратегії; В — відносно продуктивні копінг-стратегії; Н — непродуктивні копінг-стратегії.

Показники якості життя в учасників ГД були у більшості сфер нижчі, ніж у ГП. Це «фізична» та «психологічна» сфери, «рівень незалежності» та «соціальні відношення». Лише за шкалою «залежність від ліків та лікування» оцінка була достовірно вищою. Що стосується сфер «навколишнє середовище» та «духовність», то оцінка якості життя не відрізнялась від ГП. Тож можна стверджувати, що якість життя хворих у сферах, тісно пов'язаних з особистісними інтересами, після перенесеної ТІА погіршується, а в інших сферах не зазнає істотних змін.

Наступним етапом було вивчення значимості для хворих тих чи інших сфер життя. За більшістю шкал у пацієнтів після ТІА спостерігалось достовірне підвищення значимості показника порівняно з учасниками ГП, менше — їх незмінність. За незначною кількістю показників виявлялось зниження їх актуальності. Як правило, це були несуттєві аспекти особистісних відносин та побутові питання.

Отже, встановлено підвищення значимості багатьох аспектів життєдіяльності для осіб після перенесеної ТІА на тлі зниження особистісних відношень та побуту. Зниження сфер інтересів можливе за двома причинами: 1) результат неможливо досягти фізично; 2) сфера більше не являє інтересу для особистості, що може бути пов'язано із психологічним впливом проявів ТІА, коли особистість відмітає не вкрай важливі, на її погляд, сфери.

Зважаючи на те, що психологічні переживання ще свіжі в часі та значимі, слід задіяти методи психокорекції для їх нейтралізації та профілактики розвитку повторних судинних катастроф. Виявлені зміни у психоемоційному стані в групі досліджуваних внаслідок перенесеної ТІА потребують своєчасної психокорекційної роботи, спрямованої на підвищення стресостійкості, попередження розвитку стійких негативних змін у психоемоційному статусі, створення умов для активізації особистісних ресурсів і адаптаційного потенціалу хворих, які перенесли ТІА.

**Таблиця 3. Оцінка якості життя за результатами опитувальника якості життя Всесвітньої організації охорони здоров'я**

Шкали	ГД, n = 59	ГП, n = 55
G — загальна якість життя та стан здоров'я	10,78 ± 0,32, p***	15,86 ± 0,42
F1 — фізичний біль і дискомфорт	13,37 ± 0,33	14,39 ± 0,45
F2 — життєва активність, енергія, втома	10,14 ± 0,27, p***	13,72 ± 0,42
F3 — сон і відпочинок	15,86 ± 0,30	16,33 ± 0,36
F4 — позитивні емоції	10,13 ± 0,27, p***	14,25 ± 0,44
F5 — пізнавальні функції	12,95 ± 0,35, p**	14,51 ± 0,42
F6 — самооцінка	12,27 ± 0,31, p***	15,57 ± 0,41
F7 — образ тіла та зовнішність	14,02 ± 0,32	14,70 ± 0,46
F8 — негативні емоції	9,21 ± 0,30, p***	13,14 ± 0,38
F9 — рухливість	12,55 ± 0,33, p***	17,69 ± 0,45
F10 — виконання повсякденних справ	16,76 ± 0,30, p*	17,88 ± 0,43
F11 — залежність від ліків і лікування	16,75 ± 0,31, p**	15,35 ± 0,42
F12 — працездатність	16,09 ± 0,30	16,26 ± 0,30
F13 — особисті відносини	12,78 ± 0,32, p***	16,84 ± 0,43
F14 — практична соціальна підтримка	10,43 ± 0,28, p***	12,53 ± 0,40
F15 — сексуальна активність	13,91 ± 0,35	14,50 ± 0,41
F16 — фізична безпека	14,82 ± 0,30	15,63 ± 0,38
F17 — навколишнє середовище будинку	14,20 ± 0,33	13,90 ± 0,36
F18 — фінансові ресурси	9,86 ± 0,30	9,47 ± 0,38
F19 — медична й соціальна допомога	13,62 ± 0,25	13,82 ± 0,40
F20 — набуття нової інформації	16,91 ± 0,31	17,38 ± 0,42
F21 — можливості використання відпочинку	13,87 ± 0,35	14,23 ± 0,35
F22 — навколишнє середовище	13,80 ± 0,32	14,85 ± 0,40
F23 — транспорт	14,80 ± 0,33	15,14 ± 0,43
F24 — духовність, особисті переконання	15,16 ± 0,36	15,66 ± 0,41

**Примітки:** означення достовірності: p — між ГД і ГП; ступінь вірогідності: \* — < 0,05; \*\* — < 0,01; \*\*\* — < 0,001.

Таблиця 4. Оцінка значимості сфер життя за результатами опитувальника якості життя Всесвітньої організації охорони здоров'я

Шкали		ГД, n = 59	ГП, n = 55
Imp1	Наскільки важливо для вас бути вільним від будь-якого болю?	4,15 ± 0,21, p**	3,18 ± 0,23
Imp2	Наскільки важливо для вас мати життєву енергію?	3,41 ± 0,26, p***	4,69 ± 0,21
Imp3	Наскільки важливий для вас сон, що приносить відпочинок?	3,91 ± 0,23, p***	2,23 ± 0,22
Imp4.1	Наскільки важливо для вас відчувати щастя й насолоду від життя?	4,56 ± 0,22, p***	3,05 ± 0,23
Imp4.2	Наскільки важливо для вас відчувати задоволення?	4,47 ± 0,23, p***	3,13 ± 0,24
Imp4.3	Наскільки важливо для вас відчувати надію?	4,65 ± 0,22, p***	3,10 ± 0,26
Imp5.1	Наскільки важлива для вас здатність засвоювати й пам'ятати важливу інформацію?	3,13 ± 0,20	3,28 ± 0,24
Imp5.2	Наскільки важлива для вас здатність розбиратися із щоденними справами й ухвалювати рішення?	3,20 ± 0,22, p***	4,45 ± 0,24
Imp5.3	Наскільки важлива для вас здатність концентрації уваги?	4,79 ± 0,24, p***	3,52 ± 0,21
Imp6	Наскільки важливо для вас мати позитивну оцінку себе?	3,10 ± 0,25, p***	4,33 ± 0,23
Imp7	Наскільки важлива для вас уява про своє тіло й зовнішність?	3,56 ± 0,23, p***	4,68 ± 0,22
Imp8	Наскільки важливо для вас бути вільним від негативних почуттів (сум, депресія, тривога, занепокоєння)?	4,61 ± 0,22, p***	2,55 ± 0,25
Imp9	Наскільки важливо для вас мати здатність пересуватися?	4,57 ± 0,24	4,76 ± 0,22
Imp10	Наскільки важливо для вас бути здатним виконувати повсякденну діяльність (умивання, вдягання, готування їжі)?	4,88 ± 0,21	4,41 ± 0,23
Imp11	Наскільки важливо для вас бути вільним від залежності від ліків і лікування?	4,81 ± 0,23, p*	4,08 ± 0,21
Imp12	Наскільки важлива для вас ваша здатність працювати?	4,73 ± 0,21	4,92 ± 0,22
Imp13	Наскільки важливі для вас взаємовідносини з іншими людьми?	3,16 ± 0,25	3,84 ± 0,24
Imp14	Наскільки важлива для вас підтримка оточуючих?	4,72 ± 0,22, p***	2,73 ± 0,21
Imp15	Наскільки важливе для вас ваше сексуальне життя?	3,06 ± 0,24, p*	3,92 ± 0,23
Imp16	Наскільки важливо для вас почуття фізичної безпеки й захищеності?	4,87 ± 0,21, p***	3,50 ± 0,24
Imp17	Наскільки важливі для вас домашні умови?	4,38 ± 0,22, p**	3,01 ± 0,20
Imp18	Наскільки важливі для вас ваші фінансові умови?	4,85 ± 0,20	4,98 ± 0,23
Imp19.1	Наскільки важливо для вас мати можливість одержати необхідну вам медичну допомогу?	4,65 ± 0,23, p***	3,06 ± 0,25
Imp19.2	Наскільки важливо для вас мати можливість одержати необхідну вам соціальну допомогу?	4,70 ± 0,20, p***	3,03 ± 0,24
Imp20.1	Наскільки важлива для вас можливість одержувати нову інформацію й знання?	2,38 ± 0,21, p*	3,84 ± 0,24
Imp20.2	Наскільки важлива для вас можливість одержувати нові навички?	2,04 ± 0,24	2,15 ± 0,23
Imp21	Наскільки важливий для вас відпочинок або дозвілля?	4,61 ± 0,23, p***	2,28 ± 0,22
Imp22	Наскільки важливе для вас оточуюче вас середовище (забруднення, шум, клімат, привабливість)?	1,33 ± 0,24, p***	2,97 ± 0,21
Imp23	Наскільки важлива для вас адекватна робота транспорту в повсякденному житті?	3,63 ± 0,23, p***	4,88 ± 0,23
Imp24	Наскільки важливі для вас ваші особисті переконання?	3,12 ± 0,21, p***	4,58 ± 0,22
ImpG.1	Наскільки важлива для вас ваша загальна якість життя?	4,88 ± 0,20, p**	3,86 ± 0,22
ImpG.2	Наскільки важливе для вас ваше здоров'я?	4,98 ± 0,22	4,55 ± 0,23
ImpG.3	У цілому наскільки ви задоволені своїм життям?	2,18 ± 0,20, p***	3,97 ± 0,23
ImpG.4	Наскільки ви задоволені своїм здоров'ям?	2,10 ± 0,22, p***	3,89 ± 0,24

Примітки: означення достовірності: p — між ГД і ГП; ступінь вірогідності: \* — < 0,05; \*\* — < 0,01; \*\*\* — < 0,001.

Основними завданнями психокорекційної роботи є: 1) навчання пацієнтів основ дихальної і м'язової релаксації, аутогенного тренування як методів саморегуляції емоційного стану в умовах стресу; 2) розвиток навичок конструктивної опанувальної поведінки в умовах стресу; 3) формування ціннісних установок, спрямованих на збереження фізичного та психічного здоров'я, а також активізація особистісного адаптаційного потенціалу.

При складанні програми психокорекційної роботи слід брати до уваги такі положення: будь-яке захворювання розвивається на тлі певного психічного статусу, який може бути необтяжений (здорова особистість із притаманними їй особливостями характеру) або обтяжений (психопатичні риси характеру, неврози, психози); під час розвитку порушення мозкового кровообігу можливі різні зміни психіки, що є або наслідком самої хвороби, або особливостями реагування людини на хворобу.

Важливе місце належить бесідам інформаційного та роз'яснювального характеру, спрямованим на формування у хворих знань щодо їх психічного статусу, можливостей розвитку тих чи інших наслідків і стресових розладів внаслідок ТІА. Робота повинна проводитися не тільки з пацієнтом, але і з членами його сім'ї, оскільки оптимальне психологічне середовище в домашніх умовах сприяє якнайшвидшому відновленню. Спілкуючись з пацієнтами, необхідно підкреслювати, що захворювання погіршує якість життя, але не є в даний момент загрозою для нього. Режим дня хворого має включати звичні для нього заняття, що допоможе йому зберегти відчуття впевненості й захищеності.

Психокорекційна робота може бути реалізована як у груповій, так і в індивідуальній формі та побудована на принципах комплексності, системності, послідовності й диференційованості. Методологічною основою психокорекційних і психотерапевтичних заходів є клієнт-центрований [16], тілесно-орієнтований [17, 18] та когнітивно-поведінковий підходи [19, 20].

До методів тілесно-орієнтованої психотерапії належать: дихальні вправи, що сприяють корекції дисфункціональних дихальних патернів та зниженню стресових станів; рухові вправи, що сприяють усуненню патологічних рухових стереотипів, розвитку м'язового відчуття і тонкої рухової координації; медитативні та інші. Навчання методів саморегуляції спрямовано на відновлення динамічної рівноваги гомеостатичних механізмів організму, порушених внаслідок дистресу.

Когнітивно-поведінкова психотерапія належить до короткострокових методів психотерапії та інтегрує когнітивні, поведінкові й емоційні стратегії для змін особистості; підкреслює вплив когніції і поведінки на емоційну сферу та функціонування організму в широкому соціальному контексті. Методи когнітивно-поведінкового підходу допомагають хворим усвідомити неконструктивні форми опанувальної поведінки, а також знайти альтернативні конструктивні та найоптимальніші для себе копінг-стратегії.

Аналіз результатів проведених психокорекційних заходів серед хворих, які перенесли ТІА, показав досто-

вірно зниження рівня вираженості тривожності, поліпшення фізичного самопочуття, розширення діапазону емоційного реагування і репертуару конструктивних копінг-стратегій. Однак не спостерігалось досить стійких змін у ціннісно-смысловій сфері, які вимагають більш тривалого часу для психокорекційного впливу.

## Висновки

1. Після перенесеної транзиторної ішемічної атаки у хворих виявлялись ознаки перебування у стані хронічного психічного стресу, що підтверджувалось високими рівнями реактивної та особистісної тривожності.

2. Встановлено, що внаслідок перенесення транзиторної ішемічної атаки у пацієнтів змінювались копінг-стратегії в бік зменшення ступеня адаптивності. Найбільше страждали емоційні, що тягнуть за собою когнітивні стратегії. Це виражалось у появі непродуктивних та слабопродуктивних способів реагування. На цьому тлі виявляли деяке покращення продуктивності поведінкових стратегій.

3. Перенесена транзиторна ішемічна атака призводить до зниження якості життя у більшості сфер особистісного характеру. З одного боку, це є наслідком перебування в стані хронічного психічного стресу перед загрозою повторного нападу і розвитку інсульту. З іншого — причиною є дезадаптація через необхідність змін своєї поведінки і способів життя. Це, в свою чергу, призводить до внутрішнього спротиву в руйнуванні звичних стереотипів та відсутності відповідних стратегій компенсаторної поведінки.

4. Встановлена підвищена значимість показників якості життя, особливо особистісного характеру, що може бути пов'язано з обмеженнями через наявність хвороби.

5. Проведення індивідуальної психокорекції пацієнтів після транзиторної ішемічної атаки залежно від особистісних утруднень процесів адаптації дозволило досягти значних результатів у покращенні їх адаптації.

**Подальші дослідження** будуть спрямовані на розробку системи психокорекційних заходів для супроводу хворих після транзиторних судинних катастроф, що є важливим для вторинної профілактики порушень мозкового кровообігу.

**Конфлікт інтересів.** Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів та власної фінансової зацікавленості при підготовці даної статті.

**Фінансування дослідження.** До фінансування не залучались сторонні організації та особи.

## Список літератури

1. Віничук С.М., Фартушина О.Є. Епідеміологія транзиторних ішемічних атак у структурі гострих порушень мозкового кровообігу в Україні та інших країнах. *Міжнародний неврологічний журнал*. 2017. № 5. С. 105-111.
2. Mukharovska I.R., Markova M.V., Yavorska T. Роль стресового ризику у розвитку та перебігу цереброваскулярної патології. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2018. Т. 3. № 3.

3. Федак Б.С. Эмоциональные нарушения у больных с распространенными соматическими заболеваниями. *Чоловіче здоров'я, гендерна та психосоматична медицина*. 2017. № 1–2(05). С. 66–72.
4. Федак Б.С. Феноменология астенических проявлений у больных с острыми состояниями терапевтического профиля. *Медицина психология*. 2015. Т. 10. № 1. С. 69–72.
5. Михайлов В.Б. Система дифференціованої психотерапевтичної корекції в комплексному лікуванні неспсихотичних психічних розладів у хворих, що перенесли інфаркт міокарда та ішемічний мозковий інсульт. *Український вісник психоневрології*. 2012. № 20. Вип. 3. С. 122–123.
6. Фартушина О.Є. Транзиторні ішемічні атаки. К.: ВД «Авіцена», 2014. 216 с.
7. Безсмертна Г.В., Безсмертний Ю.О. Порівняльний аналіз факторів ризику та клінічних показників тяжкості стану пацієнтів із транзиторними ішемічними атаками та в різні періоди ішемічного інсульту. *Буковинський медичний вісник*. 2015. Т. 19. № 4(76).
8. Фартушина О.Є., Віничук С.М. Модифікація поведінкових чинників ризику як складової первинної профілактики транзиторних ішемічних атак та/чи інсульту. *Український медичний часопис*. 2014. № 6. С. 42–44.
9. Сарвир И.Н. Особенности эмоционально-аффективной сферы у больных с острыми сердечно-сосудистыми и сосудисто-мозговыми заболеваниями. *Чоловіче здоров'я, гендерна та психосоматична медицина*. 2017. № 1–2. С. 21–27.
10. Віничук С.М., Фартушина О.Є. Дифференціоване лікування транзиторних ішемічних атак — ефективний спосіб профілактики повторних гострих церебральних подій. *Міжнародний неврологічний журнал*. 2014. № 6. С. 87–92.
11. Віничук С.М., Фартушина О.Є. Рання реабілітація після гострих ішемічних порушень мозкового кровообігу. *Міжнародний неврологічний журнал*. 2016. № 8. С. 34–39.
12. Міщенко Т.С., Здесенко І.В., Міщенко В.М. Транзиторні ішемічні атаки. Сучасні аспекти діагностики, лікування та профілактики. *Міжнародний неврологічний журнал*. 2017. № 1(87). С. 25–32.
13. Гребень Н.Ф. Психологические тесты для профессионалов. Минск: Современная школа, 2007. 496 с.
14. Набиуллина Р.Р., Тухтарова И.В. Механизмы психологической защиты и совладания со стрессом (определение, структура, функции, виды, психотерапевтическая коррекция). *Учебное пособие*. Казань, 2003. С. 23–29.
15. Психология здоровья. Учебник для вузов. Под ред. Г.С. Никифорова. СПб.: Питер, 2006. 607 с.
16. Роджерс К. Клиент-центрированная психотерапия. Теория, современная практика и применение. *Психотерапия*. 2007. 558 с.
17. Лоуэн А. Терапия, которая работает с телом. СПб.: Речь, 2000. 291 с.
18. Сандомирский М.Е. Психосоматика и телесная психотерапия. М.: Независимая фирма «Класс». 2005. 592 с.
19. Бек А. и др. Когнитивная психотерапия расстройств личности. СПб.: Питер, 2016. 448 с.
20. Винокур В.А., Новикова И.А. Системный анализ процесса интеграции в психотерапии. *Экология человека*. 2015. № 4. С. 58–64.

Отримано/Received 11.06.2020

Рецензовано/Revised 03.07.2020

Прийнято до друку/Accepted 13.07.2020 ■

Загуровский В.М.<sup>1</sup>, Калайтан Н.А.<sup>2</sup>, Строна Е.В.<sup>3</sup><sup>1</sup> Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков, Украина<sup>2</sup> Национальный аэрокосмический университет им. Н.Е. Жуковского «Харьковский авиационный институт», г. Харьков, Украина<sup>3</sup> Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина

### Стресс и качество жизни после перенесенной транзиторной ишемической атаки

**Резюме.** *Актуальность.* Преходящие ишемические атаки являются одним из вариантов развития острых нарушений мозгового кровообращения и занимают значительное место среди патологии нервной системы. В качестве осложнений они характерны для течения гипертонической болезни. В клиническом течении атак отсутствует визуализация очагов поражения мозга и наблюдается инволюция неврологической симптоматики в течение 24 часов. Преходящие ишемические атаки являются неотложным состоянием, вызывают значительную стрессовую реакцию личности, которая оставляет после себя изменения в психической сфере. Исследование этих факторов крайне недостаточно, хотя они имеют большой вес для прогноза и проведения своевременной адекватной психокоррекции в составе профилактики развития повторных ишемических проявлений. **Цель:** работа направлена на изучение характеристик воздействия на сферы личности стрессового состояния после перенесенной транзиторной ишемической атаки у больных гипертонической болезнью и способов их психокоррекции. **Материалы и методы.** В исследовании принимали участие 114 больных гипертонической болезнью II–III стадии в возрасте от 55 до

65 лет, среди которых 59 перенесли транзиторную ишемическую атаку с госпитализацией. Протокол исследования был составлен в соответствии с Хельсинкской декларацией. Исследование проведено в амбулаторных условиях через 30–45 дней после выписки из больницы. Для обследования применяли клинико-патологическое исследование, психодиагностическое исследование с использованием методик: шкала Спилберга — Ханина для определения тревожности, тест «Диагностика копинг-стратегий Хайма», опросник качества жизни Всемирной организации здравоохранения. Результаты обрабатывались статистическими методами с вычислением достоверности. **Результаты.** После перенесенной транзиторной ишемической атаки у больных обнаружили признаки хронического психического стресса, что подтверждалось высокими уровнями реактивной и личностной тревожности. Установлено, что в результате перенесенной транзиторной ишемической атаки у пациентов менялись копинг-стратегии в сторону уменьшения степени адаптивности. Больше изменялись эмоциональные, а за ними — когнитивные стратегии, что выражалось в появлении непродуктивных и слабопродуктивных способов реагирова-

ния. На этом фоне наблюдали увеличение продуктивных поведенческих стратегий. У больных также наблюдалось снижение качества жизни в большинстве сфер. Возможно, это было следствием хронического психического стресса перед угрозой повторного приступа и инсульта, наличием дезадаптации из-за необходимости изменений поведения и образа жизни. К этому приводили внутреннее сопротивление, разрушение привычных стереотипов и отсутствие соответствующих стратегий компенсаторного поведения.

Установлена повышенная значимость показателей качества жизни, особенно личностного характера, что связано с ограничениями из-за наличия болезни. Проведение индивидуальной психокоррекции после транзиторной ишемической атаки позволило достичь значительных результатов в улучшении адаптации пациентов.

**Ключевые слова:** транзиторная ишемическая атака; гипертоническая болезнь; дезадаптация; стресс; качество жизни; психокоррекция

V.M. Zagurovsky<sup>1</sup>, N.L. Kalaytan<sup>2</sup>, Y.V. Strona<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv, Ukraine

<sup>2</sup> National Aerospace University M. Zhukovsky "Kharkiv Aviation Institute", Kharkiv, Ukraine

<sup>3</sup> National University of Pharmacy, Kharkiv, Ukraine

### Stress and quality of life after suffering a transient ischemic attack

**Abstract. Background.** Transient ischemic attack is a type of acute cerebrovascular accident and is on a significant place among the pathologies of the nervous system. As complications, it is characteristic for hypertension. In the clinical course of attacks, there is no visualization of foci of brain damage and there is an involution of neurological symptoms within 24 hours. Transient ischemic attack is an emergency causing a significant stressful reaction of the person, which leads to changes in the mental sphere. The study of these factors is extremely insufficient, although they have a quite large weight for predicting and conducting timely adequate psychocorrection as a part of the prevention of recurrent ischemic manifestations. The work is aimed at studying the characteristics of the impact of the stressful state on the spheres of the personality after a transient ischemic attack in people with hypertension, and methods of psychocorrection. **Materials and methods.** The study involved 114 patients with hypertension grade II–III aged 55 to 65 years, of which 59 suffered a transient ischemic attack with hospitalization. The study protocol was compiled in accordance with the Declaration of Helsinki. The study was conducted on an outpatient basis 30–45 days after discharge from the hospital. For the examination, a clinical and pathological study was used, as well as psycho-diagnostic one with the following methods: the Spilberger-Hanin scale for determining anxiety, the test “Diagnosis of Heim coping

strategies”, and World Health Organization quality of life questionnaire. The results were processed by statistical methods minus reliability. **Results.** After a transient ischemic attack, patients reported signs of chronic mental stress, which was confirmed by high levels of reactive and personal anxiety. It was found that as a result of a transient ischemic attack, the coping strategies changed towards decreasing the degree of adaptability. Emotional ones changed mostly, followed by cognitive strategies. This was expressed in the appearance of non-productive and poorly productive response methods. Against this background, an increase in productive behavioral strategies was observed. Patients showed a decrease in the quality of life in most areas. Perhaps, this was the result of chronic mental stress from the threat of a recurrent attack and stroke, the presence of maladaptation due to the need for changes in behavior and lifestyles. This led to internal resistance, the destruction of familiar stereotypes and the lack of appropriate strategies for compensatory behavior. An increased importance of the quality of life indicators was detected, especially of a personal nature, which is associated with limitations due to the presence of the disease. An individual psychocorrection after a transient ischemic attack made it possible to achieve significant results in improving the adaptation of these patients.

**Keywords:** transient ischemic attack; hypertonic disease; maladaptation; stress; quality of life; psychocorrection