

Н. Г. Гравіровська // Гастроентерологія: міжвідомчий збірник. — Дніпропетровськ: Журфонд, 2012. — Вип. 46. — С. 3–12.

2. Management of Adult Patients with Ascites Due to Cirrhosis: Update 2012  
[http://www.aasld.org/sites/default/files/guideline\\_documents/adultascitesenhanced.pdf](http://www.aasld.org/sites/default/files/guideline_documents/adultascitesenhanced.pdf).

3. Проект наказу Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при цирозі печінки та його ускладненнях» [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/mtpc\\_publicdiscussion/](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/mtpc_publicdiscussion/)

4. Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України за 2013 рік: аналітико-інформаційний довідник / С. І. Черняк, А. В. Іпатов, О. М. Мороз та ін.; за редакцією директора Департаменту реформ та розвитку медичної допомоги МОЗ України М. К. Хобзея. — Дніпропетровськ: Пороги, 2014. — 175 с.

5. Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України

за 2014 рік: аналітико-інформаційний довідник / А. В. Іпатов, О. М. Мороз, В. А. Голик та ін.; за редакцією начальника відділу медико-соціальної експертизи Департаменту медичної допомоги МОЗ України С. І. Черняка. — Дніпропетровськ: Пороги, 2015. — 167 с.

6. Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України за 2015 рік: аналітико-інформаційний довідник / А. В. Іпатов, О. М. Мороз, В. А. Голик та ін.; за редакцією начальника відділу організації соціальної допомоги окремим категоріям громадян, а також питань МСЕК медичного департаменту МОЗ України С. І. Черняка. — Дніпропетровськ: Пороги, 2016. — 175 с.

7. Сучасний стан первинної інвалідності внаслідок хвороб печінки, жовчного міхура та підшлункової залози в Україні [Текст] / А. В. Іпатов, Н. О. Гондуленко, С. С. Паніна та ін. // Український вісник медико-соціальної експертизи. — 2013. — № 3. — С. 5–10.



УДК 616-036.86:616.12-008331.1:159.923:371.214.114

## ВПЛИВ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ НА ОБМЕЖЕННЯ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ В МІЖОСОБИСТІСНІЙ ВЗАЄМОДІЇ ХВОРИХ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ІШЕМІЧНОГО МОЗКОВОГО ІНСУЛЬТУ

І. В. Дроздова, С. Я. Яновська, Л. Г. Степанова, Л. В. Омельницька

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

**Введение.** Психологические факторы, наряду с дефектом центральной нервной системы, существенно влияют на ограничения жизнедеятельности больных артериальной гипертензией (АГ).

**Цель работы** – изучить особенности влияния психологических факторов на ограничения жизнедеятельности при межличностном взаимодействии больных АГ после перенесенного ишемического мозгового инсульта.

**Материалы и методы.** Обследовано 29 больных на АГ II стадии и 110 лиц с АГ III стадии в возрасте 30–59 лет. Среди пациентов было 59,7 % мужчин и 40,3 % женщин. Длительность АГ на момент обследования составила  $5,1 \pm 1,7$  года. У лиц с АГ III стадии после перенесенного инсульта прошло  $4,4 \pm 1,8$  года. Ограничения жизнедеятельности определяли в соответствии с Международной классификацией функционирования, ограниченной жизнедеятельности и здоровья; психологические факторы – при использовании унифицированных, стандартизированных и достоверных психодиагностических тестов.

**Результаты.** У больных с АГ III стадии ограничения жизнедеятельности в домене межличностные взаимодействия и отношения коррелируют с возбудимой и гипертимной акцентуациями характера, тревожным, меланхолическим, апатическим, неврастеническим, эгоцентрическим, анозогнозическим ТООБ, интеллектом, конформизмом-нонконформизмом, желанием представить себя «в выгодном свете», D-депрессией, Нустерией и кратковременной, образной, содержательной памятью, эффективностью работы, контролем

експресии, межличностным, внутриличностным и общим эмоциональным интеллектом, пониманием и умением руководить своими и чужими эмоциями.

**Выводы.** Способствовали увеличению ограничений жизнедеятельности в домене межличностные взаимодействия и отношения у больных АГ III стадии, наличие у них выраженных истерических и депрессивных черт личности, высокого интеллекта, с высокими эффективностью работы и кратковременной памятью и формированием внутренней картины болезни с преобладанием меланхолического, апатического, неврастенического, эгоцентрического и анозогностического ТОВ. Алгоритм заполнения индивидуальных программ реабилитации инвалидов вследствие перенесенного ишемического мозгового инсульта должен базироваться в разделе психолого-педагогической диагностики на исследовании как личностных и психологических особенностей, внутренней картины болезни, так и памяти, мышления, внимания и эмоционального интеллекта.

**Ключевые слова:** артериальная гипертензия, ишемический мозговой инсульт, ограничения жизнедеятельности, межличностное взаимодействие, психологические факторы.

**Introduction.** Psychological factors, along with a central nervous system defect, significant effect on Disability of patients with arterial hypertension (AH).

**The purpose of work** – explore the features of the influence of psychological factors on the life activity limitations in interpersonal interaction hypertensive patients after ischemic stroke.

**Materials and methods.** The study involved 29 patients with stage II hypertension and 110 patients with stage III hypertension aged 30-59 years. Among patients that was the 59,7 % men and 40,3 % women. Disabilities determined according the International Classification of Functioning, Disability and Health; psychological factors - using a unified, standardized and reliable psychodiagnostic tests.

**Results.** In patients with hypertension III stage of life constraints in the domain of interpersonal interactions and relationships correlate with excitable and accentuation nature gipertimnye, disturbing, melancholy, apathetic, neurotic, egocentric, anosognostic TOB, intelligence-conformism nonkoformizm, the desire to present themselves «in a favorable light», D-depression, Hy-hysteria and short-term, shaped, substantial memory, work efficiency, expression control, interpersonal, within the personal and general emotional intelligence, understanding and ability to manage their own and others' emotions.

**Conclusions.** It helps to increase the limits of life in the domain of interpersonal interactions and relationships in patients with hypertension stage III that they have expressed hysterical and depressive personality traits, high intelligence with high performance and short-term memory and the formation of the internal picture of the disease with a predominance of melancholic, apathetic, neurotic, egocentric and anosognostic TOB.

**Keywords:** arterial hypertension, ischemic cerebral stroke, life activity restrictions, interpersonal communication, psychological factors.

Міжнародна класифікація функціонування обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ) визначає функціонування загальним терміном для оцінки позитивних чи негативних аспектів функцій організму, активності та участі, а обмеження життєдіяльності – терміном для оцінки порушень, обмеження активності та можливості участі у суспільному житті. Фактори оточуючого середовища складають фізичне й соціальне оточення, середовище відносин й установок, де люди живуть і проводять свій час. Особистісні фактори – це індивідуальні характеристики особистості, що поєднують її особистісні та характерологічні риси, внутрішню картину хвороби [10, 16]. Визначення характеру обмежень життєдіяльності у хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) після перенесеного інсульту, в першу чергу, необхідне для встановлення факту наявності інвалідності та розробки індивідуальних програм реабілітації інваліда [4, 5].

На обмеження життєдіяльності впливають не лише ураження центральної та периферичної нервової системи хворих у віддаленому періоді після перенесеного ішемічного мозгового інсульту, а й наявність психологічних особливостей та психічних розладів у пацієнтів. Найпоширенішою психічною патологією після перенесеного інсульту є афективні розлади [25,49]. За даними різних досліджень, поширеність післяінсультної депресії коливається у межах 26–60 % [11, 12, 43, 44, 46]. При

цьому її розвиток ускладнює відновлення порушених неврологічних функцій та погіршує якість життя.

Генез психопатологічних станів, що виникають в разі інсульту, досить складний і недостатньо вивчений. Вони можуть бути обумовлені як реакцією особистості на захворювання, так і ураженням певних мозкових структур з порушенням балансу трансмітерних систем [31, 33, 50]. Упродовж тривалого часу існувала думка, що післяінсультні депресії обумовлені тільки функціональними або соціальними наслідками інвалідності, а не самим церебральним ураженням [33, 45]. Проте останнім часом з'ясувалось, що клінічні прояви післяінсультної депресії відрізняються тенденцією до розвитку різних ускладнень із проявами тривожності. Ці розлади є результатом неврологічних захворювань [41, 45].

Упродовж усього періоду вивчення післяінсультних психічних розладів триває дискусія щодо їх зв'язку із локалізацією вогнища церебрального ураження [33, 45, 50]. Проте до цього часу відсутні чіткі уявлення про те, які структури головного мозку є ключовими у розвитку післяінсультних психічних порушень. М. Astrom, М. Eastwood вважають, що значнішу роль відіграють інфаркти у передньому полюсі лівої півкулі [31, 41]; Т. Beblo, R. Vataja. вказують на підкоркові ядра та стовбур мозку [34, 46]; Н. Dum, S. Starkstein висловлюють думку про

найбільше ураження правої півкулі [38, 47]. M. Astrom, M. Eastwood, A. House, C. Lyketsos виявили взаємозв'язок між розвитком післяінсультної депресії та ураженням лівої лобної ділянки [32, 37, 39, 48]. У дослідженні R. Robinson тривога у поєднанні з депресією частіше спостерігались у хворих із лівопівкульним ураженням, а ізольований тривожний розлад – з правопівкульним [33]. Висловлюються також думки щодо зв'язку психічних порушень з розміром вогнища інсульту [32, 37, 39].

Дані щодо впливу різних факторів на розвиток післяінсультних афективних розладів досить різноспрямовані, що пов'язано з методологічними відмінностями відповідних досліджень: виключення хворих із афазією; з інсультами, які не підтверджені даними комп'ютерного томографу; відмінності у методологічних підходах щодо діагностики та важкості депресій; проведення таких досліджень без участі психіатрів; включення в одну когорту хворих з різними типами інсульту, які перебувають як на амбулаторному, так і на стаціонарному лікуванні [47].

Аналіз літературних даних свідчать про те, що хворі на АГ пов'язують незадоволеність якістю свого життя з тяжкістю соматичного захворювання, потребою в постійній медикаментозній терапії, що негативно впливає на психологічну та соціальну сфери їхнього життя. Проте до цього часу практично не вивченою залишається роль психічних реакцій та психологічних особливостей щодо зниження якості життя та виникнення обмежень життєдіяльності хворих на АГ і можливість їх поліпшення в разі проведення психотерапевтичної корекції.

Мета роботи – визначити особливості впливу психологічних чинників на обмеження життєдіяльності в міжособистісній взаємодії хворих після перенесеного ішемічного мозкового інсульту.

Відкрите контрольоване дослідження, що проводилось на базі Державної установи «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», після отримання інформованої згоди, охоплювало 139 хворих на АГ II та III ст. Критерієм участі у дослідженні була есенціальна АГ у хворих віком 30–59 років. Критерії виключення: вторинні форми АГ; стеноз ниркових артерій; постійна форма фібриляції передсердь; виражені порушення функції нирок і печінки; інфаркт міокарда, кардіохірургічні втручання; некомпенсований цукровий діабет; наявність супутнього захворювання, що може упродовж 3 міс. вплинути на виживання та якість життя хворих; наявність виражених когнітивних розладів та психіатричної патології, відмова від лікування. Усі хворі отримували інформацію для пацієнтів і підписували інформовану згоду на участь у дослідженні.

Кодування захворювання проводилось відповідно до Міжнародної статистичної класифікації хвороб, травм та причин смерті (МКХ-X) [15]. АГ діагностована відповідно до вимог діючих нормативних документів: «Настанови та клінічний протокол надання медичної допомоги: Артеріальна гіпертензія», рекомендацій Української асоціації

кардіологів (2011 р.) [28] і рекомендацій Європейського товариства кардіологів (2013 р.) [42], адаптованої клінічної настанови «Сучасні принципи діагностики та лікування хворих із гострим ішемічним інсультом та ТІА» та уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги «Ішемічний інсульт» [27].

Усі обстежені пацієнти були розподілені на 2 групи спостережень: 1-а група – хворі на АГ II стадії (29 осіб) та 2-а група – хворі на АГ III стадії (110 осіб). Серед пацієнтів 2-ї групи було 60 осіб (43,2 %) з віддаленими наслідками інфаркту мозку (I.69.3); 21 (15,1 %) – з віддаленими наслідками внутрішньо мозкового крововиливу (I.69.1); 9 (6,5 %) – з віддаленими наслідками субарахноїдального крововиливу (I.69.0); 8 (5,7 %) – з віддаленими наслідками мозкового інсульту, неуточненого як крововилив чи інфаркт мозку (I.69.4); 4 (2,9 %) – у пізньому відновному періоді інфаркту мозку, спричиненого тромбозом мозкових артерій (I 63.3); 1 (0,7 %) – у пізньому відновному періоді субарахноїдального крововиливу (I.60); 4 (2,9 %) – з віддаленими наслідками іншого нетравматичного внутрішньочерепного крововиливу (I 69.2); 2 (1,4 %) – з віддаленими наслідками інсульту, неуточненого як крововилив чи інфаркт (I.64.); 1 (0,7 %) – у пізньому відновному періоді внутрішньо мозкового крововиливу внутрішньо шлуночкового (I 61.5). Середній вік пацієнтів з АГ II стадії був 48,1±3,1, з АГ III стадії – 45,3±5,6 року. Серед обстежених було 59,7 % чоловіків і 40,3 % жінок.

Тривалість АГ на момент обстеження в середньому сягала 5,1±1,7 року, та становила менше 5 років у 83 пацієнтів (59,7 %), від 5 до 10 років – у 39 (28,1 %), від 11 до 20 років – у 17 (12,2 %) відповідно. У обстежених хворих після перенесеного інсульту минуло в середньому 4,4±1,8 року; у 84 осіб (76,3 %) давність перенесеного інсульту складала менше 5 років, у 19 (17,3 %) – 5–10 років, у 7 (6,4 %) – 11–20 років. У дев'яти пацієнтів був повторний інсульт, у одного пацієнта – два інсульти.

Акцентуації характеру пацієнтів ми визначали за «Опитувальником Г. Шмішека» [18], особистісні особливості – за «Методикою багатостороннього дослідження особистості» [19], характерологічні риси – за «Методикою багатостороннього дослідження особистості Р. Кеттела» [21], типи ставлення до хвороби (ТСХ) – за «Особистісним опитувальником Бехтеревського інституту» [24].

За «Опитувальником емоційного інтелекту «ЕмІн» Д. В. Люсіна» встановлювали особливості емоційного інтелекту [23]. Визначення уваги проводили за допомогою: «Таблиць Шульте» [29], «Методики Мюнстерберга» [20], «Коректурної таблиці Бентона» [14]. Дослідження пам'яті здійснювалося із використанням тестів: «Тест образна пам'ять» [8, 22], «Тест зорова пам'ять» [7], «Тест змістовна пам'ять» [9], «Об'єм короткострокової пам'яті» [3], «Запам'ятовування 10 слів А. Р. Лурії» [6]. Загальні розумові здібності досліджували за допомогою «Короткого орієнтовного тесту (КОТ)» [13]; процеси мислення – із використанням методик «Виділення істотних ознак» [1], «Методи-

ки Еббінгауза» [17], «Виключення зайвого» [2], «Простих аналогій» [26].

Статистичну обробку проводили після створення комп'ютерної бази даних у системі Microsoft Excel та Access за допомогою персональної ЕОМ із обчисленням t-критерію Стюдента для порівняння середніх величин та критерію  $\chi^2$  для порівняння відносних величин [30]. Рівень вірогідності становив  $p < 0,05$ .

Використання біопсихосоціального підходу до визначення й розуміння проблем обмежень життєдіяльності та функціонування хворих на АГ відображено у полеміці «медичної» проти «соціальної» моделі. Синтез цих моделей, узгоджений погляд на різні сторони здоров'я з біологічної, особистісної та соціальної позицій надасть можливість отримати концептуальну модель та визначити види і характер обмежень життєдіяльності хворих на АГ III стадії у віддалений термін після перенесеного мозкового інсульту.

Найбільш інформативними для хворих з АГ, з позицій Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ) [16], були такі сфери життєдіяльності: міжособистісні взаємодія й відносини (20,4), головні сфери життя (19,7), навчання та використання знань

(18,1), самообслуговування (14,2), побутове життя (14,1) мобільність (7,4).

МКФ у домені міжособистісна взаємодія й відносини виділяє: загальну міжособистісну взаємодію (базисні та складні міжособистісні взаємовідносини), специфічні міжособистісні відносини (стосунки з незнайомими людьми, формальні, неформальні, соціальні, сімейні, інтимні та інші) [16].

У домені міжособистісні взаємодія й відносини у хворих із перенесеним ішемічним мозковим інсультом найбільш інформативними були: дотримання дистанції під час спілкування (17,4), критика у відносинах (14,8), регуляція поведінки при взаємодії (13,9), стосунки з особами, які мають певний авторитет (13,9), стосунки із сусідами (13,6), розуміння натяків (13,2), фізичний контакт при взаємодії (13,2), стосунки із далекими родичами (12,4) та рівними за статусом людьми (11,5).

У загальних міжособистісних відносинах у відновному періоді після перенесеного мозкового інсульту в осіб з АГ III стадії вірогідно зростали обмеження у позитивному сприйнятті відносин, проявах терпимості й критики, при фізичному контакті та натяках у стосунках, регуляції поведінки при взаємодії, відповідності соціальним нормам і дотриманні дистанції при взаємодії (табл. 1).

Таблиця 1

Обмеження життєдіяльності хворих на артеріальну гіпертензію в домені міжособистісна взаємодія та відносини

Розділ	Підрозділ	Обстежені хворі	
		АГ II стадії	АГ III стадії
Загальні міжособистісні відносини	Повага в стосунках	6,3±4,2	13,9±2,9
	Позитивне сприйняття	2,5±2,5	8,6±1,6*
	Прояви терпимості	3,8±2,6	26,4±5,0**
	Критика в стосунках	11,3±5,2	35,4±5,2**
	Фізичний контакт	5,6±2,9	25,3±4,5**
	Натяки в стосунках	6,9±3,7	26,5±3,2**
	Формування відносин	11,9±5,3	24,4±3,9
	Завершення відносин	10,0±3,9	22,8±4,2
	Регуляція поведінки	8,1±3,5	26,8±3,8**
	Відповідно до соціальних норм	5,6±3,2	18,8±3,0^^
	Дотримання дистанції	4,4±1,8	21,7±3,5**
Специфічні міжособистісні відносини	З незнайомими людьми	22,5±10,0	28,1±4,7
	З авторитетами	21,9±4,5	30,7±4,1
	З підлеглими	15,0±6,0	42,8±6,7*
	З рівними за статусом	7,5±3,1	22,1±4,1^^
	Стосунки з друзями	8,1±3,0	23,3±5,0
	Стосунки з співгромадянами	13,8±9,0	29,2±5,1^
	Стосунки зі знайомими	7,5±3,1	22,8±4,6
	Стосунки з сусідами	8,1±2,7	27,1±4,9*
	Стосунки з рівними	6,9±2,5	19,4±3,3*
	Стосунки батьки-діти	12,5±12,5	15,0±4,3
	Стосунки діти-батьки	5,0±3,3	15,7±3,4
	Стосунки дітей у сім'ї	8,8±3,9	16,8±2,8
	Стосунки з далекими родичами	12,5±5,6	36,0±5,1**
	Романтичні стосунки	33,1±14,8	40,1±6,0
	Подружні стосунки	31,9±14,7	38,3±6,7
	Сексуальні стосунки	21,3±11,5	43,2±6,3

Обмеження життєдіяльності у зв'язку з недостатністю проявів поваги у хворих після інсульту зростали у 2,2 разу, що корелювало з їх гіпертимною акцентуацією характеру, егоцентричним ТСХ, емоційною стійкістю-нестійкістю, D-депресією, Нs-істерією та ефективністю роботи, внутрішньоособистісним емоційним інтелектом, розумінням і керуванням своїх та чужих емоцій, інтегральним рівнем загального емоційного інтелекту. Прояви терпимості як обмеження життєдіяльності в осіб у відновному періоді після ішемічного мозкового інсульту зростали майже у 7 разів. Ці обмеження при АГ III стадії пов'язані з їх тривожною, збудливою, циклотимічною, гіпертимною, застрягаючою й циклотимічною акцентуаціями характеру, неврастенічним та анозогнозичним ТСХ, стійкістю-нестійкістю, впевненістю у собі-тривожністю, розслабленістю-напруженістю, Ну-істерією, Ра-паранойєю, Ма-гіпоманією, індексом стомлюваності уваги, розумінням і керуванням своїми емоціями, внутрішньоособистісним емоційним інтелектом.

В обмеженні життєдіяльності осіб після інсульту збільшувалося у 3,13 разу сприйняття ними критики у взаємостосунках. Сприйняття критики у стосунках особами з АГ III стадії сполучене з меланхолічним і анозогнозичним ТСХ, короткотривалою, образною й змістовною пам'яттю, ефективністю роботи, контролем експресії, міжособистісним і внутрішньоособистісним емоційним інтелектом, розумінням і керуванням своїми та чужими емоціями, інтегральним показником загального емоційного інтелекту. Обмеження життєдіяльності у вигляді нерозуміння натяків хворими після перенесеного інсульту зростало у 3,84 разу, що було асоційоване з їх анозогнозичним ТСХ та образною пам'яттю, ефективністю роботи й контролем експресії. Обмеження життєдіяльності у вигляді труднощів фізичного контакту у пацієнтів з перенесеним інсультом збільшувалися у 4,51 разу. Хворі з АГ III стадії фізичний контакт у відносинах пов'язували з проявами демонстративної й гіпертимної акцентуації характеру, меланхолічного ТСХ, емоційної стійкості-нестійкості, конформізму-нонконформізму, розуміння й керування своїми й чужими емоціями, контролю експресії, міжособистісного та загального емоційного інтелекту.

Базисні міжособистісні взаємовідносини у пацієнтів з АГ III стадії, як обмеження життєдіяльності, корелювали з їхньою тривожною, збудливою й гіпертимною акцентуаціями характеру, меланхолічним, неврастенічним, егоцентричним й анозогнозичним ТСХ, емоційною стійкістю-нестійкістю, конформізмом-нонконформізмом, розслабленістю-напруженістю, Нs-іпохондрією, D-депресією, Ну-істерією, Ра-паранойєю, Sc-шизоїдністю та короткотривалою, образною і змістовною пам'яттю, ефективністю роботи, розумінням і керуванням своїх і чужих емоцій, контролем експресії, міжособистісним і внутрішньоособистісним емоційним інтелектом, загальним емоційним інтелектом.

У осіб із перенесеним ішемічним мозковим інсультом обмеження життєдіяльності у формуван-

ні взаємовідносин як складника складної міжособистісної взаємодії зростало у 2 рази. Формування взаємовідносин як складника складної міжособистісної взаємодії у хворих з АГ III стадії поєднані з гіпертимною акцентуацією характеру, меланхолічним і неврастенічним ТСХ, розумінням і керуванням своїми та чужими емоціями, міжособистісним, внутрішньоособистісним і загальним емоційним інтелектом. Обмеження життєдіяльності по завершенні відносин хворими у віддалений після ішемічного інсульту термін збільшувалися у 2,28 разу, порівняно з пацієнтами з АГ II стадії, що було поєднане з їх меланхолічним, неврастенічним й анозогнозичним ТСХ, упевненістю у собі-тривожністю, конформізмом-нонконформізмом, розслабленістю-напруженістю, розумінням і керуванням своїми та чужими емоціями, міжособистісним, внутрішньоособистісним і загальним емоційним інтелектом.

Регуляція поведінки під час взаємодії як обмеження життєдіяльності у хворих на АГ III стадії погіршувалася у 3,3 разу, що корелювало з їх демонстративною й гіпертимною акцентуаціями характеру, меланхолічним, егоцентричним, анозогнозичним і ергопатичним ТСХ та короткотривалою пам'яттю, розумінням і керуванням своїми та чужими емоціями, міжособистісним, внутрішньоособистісним і загальним емоційним інтелектом. Обмеження життєдіяльності відповідно до соціальних норм поведінки в осіб з мозковим ішемічним інсультом збільшилися у 3,35 разу. Відповідність соціальним нормам поведінки у пацієнтів з АГ III стадії пов'язана з їх тривожною й застрягаючою акцентуаціями характеру, тривожним і неврастенічним ТСХ, Ну-істерією та індексом втомлюваності уваги. Дотримання соціальної дистанції при взаємодії особами з АГ III стадії корелювало з їх збудливою акцентуацією характеру, неврастенічним та анозогнозичним ТСХ, образною й зоровою пам'яттю, внутрішньоособистісним емоційним інтелектом, керуванням своїми та чужими емоціями.

Отже, складні міжособистісні стосунки у осіб з АГ III стадії сполучені зі збудливою й гіпертимною акцентуаціями характеру, меланхолічним, неврастенічним та анозогнозичним ТСХ, Ну-істерією, образною пам'яттю, контролем експресії, міжособистісним і внутрішньоособистісним емоційним інтелектом, розумінням і керуванням своїми та чужими емоціями, інтегральним показником загального емоційного інтелекту.

Стосунки з незнайомими людьми, як елемент формальних відносин, обмежували життєдіяльність осіб з перенесеним мозковим інсультом на 24,89 % більше, ніж у хворих на АГ II стадії. Це пов'язано у пацієнтів з АГ III стадії з тривожною, збудливою, циклотимічною, гіпертимною та застрягаючою акцентуаціями характеру, неврастенічним та анозогнозичним ТСХ, емоційною стійкістю-нестійкістю, прямолінійністю-дипломатичністю, впевненістю у собі-тривожністю, конформізмом-нонконформізмом, розслабленістю-напруженістю, D-депресією, короткотривалою пам'яттю, розумінням і керуван-

ням своїми та чужими емоціями, міжособистісним, внутрішньоособистісним і загальним емоційним інтелектом. Обмеження життєдіяльності у ставленні до авторитетних людей особами з перенесеним мозковим інсультом зростали на 40,18 %. Таке сприйняття було асоційоване з їх тривожною, збудливою, циклотимічною, гіпертимною, застрягаючою, демонстративною, акцентуаціями характеру; тривожним, меланхолічним, неврастенічним, егоцентричним, ейфоричним та анозогнозичним ТСХ; емоційною стійкістю-нестійкістю, боязливістю-сміливістю, довірливістю-підозрілістю, прямолинійністю-дипломатичністю, впевненістю у собі-тривожністю, конформізмом-нонконформізмом, розслабленістю-напруженістю, D-депресією, Ну-істерією, Ра-паранойєю, короткотривалою та довготривалою пам'яттю, змістовним й об'ємом короткотривалої пам'яті, індексом втомлюваності уваги, розумінням своїх та чужих емоцій, міжособистісним і загальним емоційним інтелектом, рівнем логічного мислення та його продуктивністю.

Взаємодія з підлеглими у осіб з перенесеним ішемічним інсультом зменшувалась у 2,85 разу, як за рахунок відсутності роботи та підлеглих, так і у зв'язку з настанням інвалідності та неможливості виконувати будь-яку роботу. Відносини з підлеглими, що формувалися у хворих з АГ III стадії, поєднані з тривожним, апатичним, неврастенічним та егоцентричним ТСХ, інтелектом, емоційною стійкістю-нестійкістю, боязливістю-сміливістю, короткотривалою й довготривалою змістовною пам'яттю, індексом втомлюваності та адаптацією уваги, ефективністю роботи, керуванням чужими і розумінням своїх емоцій, інтегральним показником загального емоційного інтелекту та розумінням логічних зв'язків і відносин між поняттями. Обмеження життєдіяльності хворих після перенесеного інсульту при взаємодії з рівними за статусом особами зростали у 2,95 разу. Відносини в осіб з АГ III стадії з рівними за соціальним статусом, поєднані зі збудливою, гіпертимною та демонстративною акцентуаціями характеру, неврастенічним ТСХ, емоційною стійкістю-нестійкістю, конформізмом-нонконформізмом, D-депресією та Ра-паранойєю та короткотривалою й довготривалою пам'яттю, ефективністю роботи, об'ємом динамічної уваги, розумінням чужих і своїх емоцій, міжособистісним, внутрішньоособистісним і загальним емоційним інтелектом і рівнем логічного мислення.

Отже, у пацієнтів з АГ III стадії формальні відносини асоційовані з тривожною, збудливою, гіпертимною та демонстративною акцентуаціями характеру, тривожним, меланхолічним, неврастенічним та егоцентричним ТСХ, емоційною стійкістю-нестійкістю, боязливістю-сміливістю, довірливістю-підозрілістю, конформізмом-нонконформізмом, розслабленістю-напруженістю, D-депресією, Ну-істерією, Ра-паранойєю короткотривалою та довготривалою, змістовною пам'яттю, об'ємом короткотривалої пам'яті, індексом втомлюваності й адаптацією уваги, ефективністю роботи, розумінням і керуванням чужими емоціями, міжособистісним,

внутрішньоособистісним і загальним емоційним інтелектом та рівнем логічного мислення.

Обмеження в ставленні до дітей у хворих після перенесеного інсульту зростали на 20,0 %, що було пов'язане з їхньою замкнутістю-товариськістю, довірливістю-підозрілістю, образною пам'яттю, керуванням своїми та чужими. Обмеження життєдіяльності у ставленні до своїх батьків осіб у відновному періоді мозкового інсульту збільшувалися у 3,14 разу. Відносини діти-батьки у пацієнтів з АГ III стадії сполучені з тривожною акцентуацією характеру, апатичним ТСХ, бажанням уявити себе «у вигідному світлі», довірливістю-підозрілістю, прямолинійністю-дипломатичністю, конформізмом-нонконформізмом, короткотривалою пам'яттю й її об'ємом, інтегральним показником загальних розумових здібностей. Обмеження життєдіяльності у ставленні один до одного у сім'ї осіб з інсультом зростало на 90,0 %, що було асоційовано з їх егоцентричним ТСХ і довірливістю-підозрілістю. Відносини з далекими родичами у пацієнтів з АГ III стадії погіршувалися у 2,88 разу, а це було поєднане з меланхолічним ТСХ, низьким-високим самоконтролем і Ну-істерією.

Обмеження життєдіяльності в романтичних стосунках осіб з мозковим інсультом дещо збільшувалося, лише на 21,1 %, що поєднано з їх гіпертимною акцентуацією характеру, тривожним, неврастенічним, егоцентричним та ейфоричним ТСХ, довготривалою пам'яттю, міжособистісним емоційним інтелектом. Проблеми у сімейних стосунках хворих після перенесеного мозкового інсульту зростали на 20,6 %, що було асоційовано з егоцентричним ТСХ. Обмеження життєдіяльності в сексуальних відносинах у хворих на АГ III стадії збільшувалися у 2,0 рази, що поєднувалося з іпохондричним, неврастенічним й егоцентричним ТСХ, інтелектом, довготривалою пам'яттю і розрізненням різнорідних понять.

Таким чином, сімейні стосунки в осіб з АГ III стадії були асоційовані з егоцентричним ТСХ і низьким-високим самоконтролем.

Узагальнюючи вищесказане, можна вважати, у хворих з АГ III стадії обмеження життєдіяльності у домені міжособистісна взаємодія та відносини, поєднані з збудливою та гіпертимною акцентуаціями характеру, тривожним, меланхолічним, апатичним, неврастенічним, егоцентричним, анозогнозичним ТСХ, інтелектом, конформізмом-нонконформізмом, бажанням уявити себе «у вигідному світлі», D-депресією, Ну-істерією та короткотривалою, образною, змістовною пам'яттю, ефективністю роботи, контролем експресії, міжособистісним і внутрішньоособистісним та загальним емоційним інтелектом, розумінням і керуванням своїми та чужими емоціями.

Якщо розглядати загальні міжособистісні відносини в усіх хворих з АГ, то найбільш інформативними серед них є дотримання соціальної дистанції (17,4), сприйняття критики у стосунках (14,8), регуляція поведінки під час взаємодії (13,9), фізичний контакт у відносинах і натяк у стосунках

(по 13,2), прояв терпимості в стосунках (11,2), завершення відносин (9,4), взаємодія відповідно до соціальних норм (8,6). Верхні межі показників обмеження життєдіяльності у хворих з АГ II і III стадій значно різнились за оцінкою: поваги та сердечності в стосунках, проявів терпимості та критики в стосунках, фізичного контакту і натяків у відносинах, їх формування і завершення, регуляції поведінки, взаємодії відповідно до соціальних норм і дотримання дистанції, що свідчило про більш виразні обмеження саме у цих категоріях (табл. 2).

Серед специфічних міжособистісних відносин у всіх осіб з АГ найбільш інформативними були

неформальні відносини з сусідами (13,6), з рівними за статусом індивідами (11,3), з підлеглими (10,7), знайомими (10,5); відносини з людьми, які при владі (12,9), з далекими родичами (12,4). Верхні межі показників обмеження життєдіяльності у хворих з АГ II і III стадій значно різнились за оцінкою: відносин з людьми, які при владі, з підлеглими, формальні та неформальні взаємини з рівними за статусом індивідами, з друзями та знайомими, з сусідами, відносини між батьками і дітьми, дітей у сім'ї та далекими родичами (табл. 2).

Таблиця 2

Межі показників обмеження життєдіяльності у хворих з артеріальною гіпертензією в домені міжособистісна взаємодія та відносини

Розділ	Підрозділ	Межі показників у обстежених хворих		
		вага	АГ II стадії	АГ III стадії
Загальні міжособистісні взаємодії	Дотримання дистанції	17,4	0–10	0–70
	Критика в стосунках	14,8	0–40	0–80
	Регуляція поведінки під час взаємодії	13,9	0–25	0–95
	Фізичний контакт у відносинах	13,2	0–20	0–100
	Натяки в стосунках	13,2	0–25	0–70
	Прояв терпимості в стосунках	11,2	0–20	0–100
	Завершення стосунків	9,4	0–25	0–95
	Взаємодія відповідно до соціальних норм	8,6	0–25	0–60
	Формування відносин	7,8	0–40	0–90
Специфічні міжособистісні стосунки	Стосунки з людьми, які при владі	13,9	0–40	0–90
	Неформальні стосунки з сусідами	13,6	0–20	0–100
	Стосунки з далекими родичами	12,4	0–40	0–100
	Стосунки з рівними по положенню індивідами	11,5	0–20	0–70
	Неформальні стосунки з рівними	11,3	0–20	0–100
	Стосунки з підлеглими	10,7	0–50	0–100
	Неформальні стосунки зі знайомими	10,5	0–20	0–100
	Неформальні стосунки з друзями	10,2	0–20	0–100
	Стосунки дітей у сім'ї	9,2	0–25	0–60
	Стосунки діти-батьки	8,9	0–20	0–85
	Неформальні стосунки зі співгромадянами	5,8	0–75	0–100

**Висновки**

1. У віддалений термін після перенесеного ішемічного інсульту у хворих на артеріальну гіпертензію залишалися значні обмеження в міжособистісних взаємовідносинах, найвиразнішими з яких були сприйняття критики, прояви терпимості й фізичний контакт у стосунках та сексуальні, романтичні відносини й взаємодія з підлеглими. Найінформативнішими (за даними статистичного аналізу) були: дотримання дистанції при спілку-

ванні (17,4), критика у стосунках (14,8), регуляція поведінки при взаємодії (13,9), відносини з особами, які мають певний авторитет (13,9), стосунки із сусідами (13,6), розуміння натяків (13,2), фізичний контакт при взаємодії (13,2), стосунки із далекими родичами (12,4) та рівними за положенням людьми (11,5).

2. Сприяли збільшенню обмежень життєдіяльності у домені міжособистісна взаємодія та відносини у хворих на АГ III стадії наявність у них вира-

зних істеричних і депресивних рис особистості, високого інтелекту зі значною ефективністю роботи й короткотривалою пам'яттю та формування внутрішньої картини хвороби із домінуванням меланхолічного, апатичного, неврастенічного, егоцентричного, анозогнозичного ТСХ.

3. Бар'єрами цих обмежень у осіб з перенесеним мозковим інсультом були їхні особистісні риси у вигляді збудливої та гіпертимної акцентуації характеру, бажання проявити себе «у вигідному світлі», здатності до конформізму, міжособистісний і внутрішньо особистісний емоційний інтелект зі значними образною й змістовною пам'яттю, контролем експресії, розумінням і керуванням своїми та чужими емоціями при формуванні внутрішньої картини хвороби із домінуванням тривожного типу.

4. Складання індивідуальних програм реабілітації інвалідів унаслідок перенесеного ішемічного мозкового інсульту має містити в розділі психолого-педагогічної діагностики обов'язкове дослідження як особистісних і характерологічних рис, внутрішньої картини хвороби, так і пам'яті, мислення, уваги та емоційного інтелекту, в зв'язку з тим, що особистісні риси хворих, їхні когнітивні функції суттєво впливають на їхнє сприйняття обмежень життєдіяльності та можуть негативно позначитись на подальших етапах реабілітації.

#### Література

1. Виділення істотних ознак [Електронний ресурс] / Психологія (тести, опис). – Режим доступу: [http://azps.ru/tests/tests3\\_sushp.html](http://azps.ru/tests/tests3_sushp.html)

2. Виключення зайвого [Електронний ресурс] / Психологія (тести, опис). – Режим доступу: [http://azps.ru/tests/tests3\\_elimination.html](http://azps.ru/tests/tests3_elimination.html)

3. Дослідження об'єму короткострокової пам'яті [Електронний ресурс] / Т. И. Пашукова, А. И. Допира, Г. В. Дьяконов. Практикум по общей психологии. – Учеб. пособие. – М.: Издательство «Институт практической психологии», 1996. – С. 101–105. – Режим доступу: <http://psylib.org.ua/books/pasht01/txt03.htm>

4. Закон України «Про реабілітацію інвалідів в Україні» від 06.10.2005 [Електронний ресурс]. – 2005. – № 2961-4. – Режим доступу: <http://www.ifp.kiev.ua>

5. Закон України «Про затвердження Інструкції про встановлення груп інвалідності» № 561 від 05.09.2011 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.ifp.kiev.ua>

6. Запам'ятовування 10 слів [Електронний ресурс] / Психологическая диагностика, тесты. – Режим доступу: [https://sites.google.com/site/logopedonlain/psihologogi\\_ceskaa-diagnostika](https://sites.google.com/site/logopedonlain/psihologogi_ceskaa-diagnostika)

7. Зорова пам'ять [Електронний ресурс] / Психологические тесты (память на числа). – Режим доступу: <http://psylist.net/praktikum/pamcis.htm>

8. Зорова пам'ять [Електронний ресурс] / Психологические тесты (оценка оперативной зрительной памяти). – Режим доступу: <http://psylist.net/praktikum/00276.htm>

9. Змістова пам'ять [Електронний ресурс] / Все профессиональные психологические тесты. –

Режим доступу: <http://vsetesti.ru/316/>

10. Ипатов А. В. Международная классификация функционирования, ограниченный жизнедеятельности и здоровья инвалидов и проблемы инвалидности: монография / А. В. Ипатов, И. Л. Ферфильд, С. А. Рыков. – Дн-ск: Гамалия, 2004. – 304 с.

11. Кутлубаев М. А. Постинсультная апатия / М. А. Кутлубаев, Л. Р. Ахмадеева // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2012. – № 4. – С. 99–102.

12. Клинические особенности постинсультных тревожных расстройств / [Петрова Е. А., Савина М. А., Концевой В. А., Скворцова В. И.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2012. – № 9. – С. 12–16.

13. Короткий орієнтувальний тест (КОТ) [Електронний ресурс] / Психологическая диагностика. – Режим доступу: <http://brunner.kgu.edu.ua/index.php/cv/402-kot>

14. Коректурна таблиця Бентона [Електронний ресурс] / Психологія (тести, опис). – Режим доступу: [http://azps.ru/tests/tests\\_benton.html](http://azps.ru/tests/tests_benton.html)

15. Міжнародна статистична класифікація хвороб (МКХ-10): короткий адаптований варіант для використання в Україні (у трьох розділах). – К. – 2004. – 307 с.

16. Международная классификация функционирования, ограниченный жизнедеятельности и здоровья. – ВОЗ: Женева, 2001. – 342 с.

17. Методика Еббінгауза [Електронний ресурс] / Психологическая диагностика. – Режим доступу: <http://brunner.kgu.edu.ua/index.php/cv/485-ebbingauz>

18. Методика Міні-мульти (Скорочений багатфакторний опитувальник для дослідження особистості – СБОО) [Електронний ресурс] / Психологическая диагностика. – Режим доступу: <http://brunner.kgu.edu.ua/index.php/cv/283-mini-mult>

19. Методика Мюнстерберга [Електронний ресурс] / Психологическая диагностика. – Режим доступу: <http://brunner.kgu.edu.ua/index.php/psy-methodiks/32-attention/463-myunsterberg>

20. Многофакторна особистісна методика Р. Кеттела [Електронний ресурс] / Психологічна лабораторія (інструментарій). – Режим доступу: [http://psylab.com.ua/tools\\_Факторный\\_личностный\\_опросник\\_Кеттела](http://psylab.com.ua/tools_Факторный_личностный_опросник_Кеттела)

21. Образна пам'ять [Електронний ресурс] / Все профессиональные психологические тесты. – Режим доступу: <http://vsetesti.ru/318/>

22. Опитувальник емоційного інтелекту «Емін» (розробник Д. В. Люсін) [Електронний ресурс] / Психологическая диагностика. – Режим доступу: <http://brunner.kgu.edu.ua/index.php>

23. Особистісний опитувальник НДПНІ ім. В. М. Бехтерева (Методика ООБІ) [Електронний ресурс] / Психологічна лабораторія (інструментарій). – Режим доступу: [http://psylab.info/Методика\\_«Тип\\_отношения\\_к\\_бол\\_езни»](http://psylab.info/Методика_«Тип_отношения_к_бол_езни»)

24. Постинсультные аффективные расстройства / Е. А. Петрова, М. А. Савина, Н. А. Георгиев-



ская [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2011. – № 10. – С. 12–17.

25. Прості аналогії [Електронний ресурс] / Психологическая диагностика. – Режим доступу: <http://brunner.kgu.edu.ua/index.php/therapy/52-mental/843-simple>

26. Рекомендації щодо ведення хворих з ішемічним інсультом та транзиторною ішемічною атакою [Електронний ресурс]. – Офіц. вид. – К.: Міністерство охорони здоров'я України, 2012. (Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 602 від 03.08.12 р.). – Режим доступу: [http://mbox2.i.ua/read/INBOX/547833cb6ca9/?\\_rand=1165367246](http://mbox2.i.ua/read/INBOX/547833cb6ca9/?_rand=1165367246)

27. Серцево-судинні захворювання. Класифікація, стандарти діагностики та лікування кардіологічних хворих / За ред. В. М. Коваленка, М. І. Лутая, Ю. М. Сіренка, О. С. Сичова. – К.: Морион, 2016. – 192 с.

28. Таблиці Шульте [Електронний ресурс] / Все профессиональные психологические тесты. – Режим доступу: <http://vsetesti.ru/314/>

29. Статистична обробка даних / В. П. Бабак, А. Я. Білецький, О. П. Приставка, П. О. Приставка. – К.: МІВВЦ, 2001. – 388 с.

30. Astrom M. Different linkage of depression to hypercortisolism early vs. late after stroke: a 3-year longitudinal study / M. Astrom, T. Olsson, K. Asplund // *Stroke*. – 1993. – Vol. 24. – P. 52–57.

31. Astrom M. Major depression in stroke patients: a 3-year longitudinal study / M. Astrom, R. Adolfsson, K. Asplund // *Stroke* – 1993. – Vol. 24. – P. 976–982.

32. A two-years longitudinal study of post-stroke mood disorders: findings during the initial evaluation / [R. Robinson, L. Sterr, K. Kubos, T. Price] – *Stroke*. – 1983. – Vol. 14. – P. 736–741.

33. Besdo T. The crucial role of frontostriatal circulation for depressive in the postacute stage after stroke. *Neuropsychiatry* / T. Besdo, C. Wellesch, M. Herrmann // *Neuropsychology and Behavioral Neurology*. – 1999. – Vol. 12. (4). – P. 236–246.

34. Chemerinski E. Improved recovery in activities of daily living associated with remission of post stroke depression / E. Chemerinski, R. Robinson, J. Kosier // *Stroke*. – 2001. – Vol. 32. – P. 113–117.

35. Depressive symptoms after stroke and relationship with dementia. A three-year follow-up study / [Vedelho A., Henon H., Lebert F. et. al.] // *Neurology*. – 2004. – Vol. 62. – P. 905–911.

36. Does stroke cause depression / [Lyketsos C. G., Treisman G. J., Lipsey J. R. et al.] // *J. Neuropsychiat. Clin. Neurosci.* – 1998. – Vol. 10. (1). – P. 103–107.

37. Dum H. Depression among patients with stroke / H. Dum, H. Pedersen, P. Ahlgren // *Acta Psychiat. Scand.* – 1989. – Vol. 80. – P. 118–124.

38. Eastwood M. Mood disorder following cerebrovascular accident / M. Eastwood, S. Rifat, H. Nobbs, J. Ruderman // *Br. J. Psychiat* – 1989. – Vol. 154. – P. 195–200.

39. Emerski E. The Neuropsychiatry of Stroke / E. Emerski, R. Robinson // *Psychosomatics*. – 2000. – Vol. 41. – P. 5–14.

40. Generalized anxiety disorder three to four month after ischemic stroke / [A. Leppavuori, T. Polasvaara, R. Vataja et al.] – *Cerebrovascular Disease*. – 2003. – Vol. 16. – P. 257–264.

41. 2013ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC) [Електронний ресурс] // *Eur. Heart. J.* – 2013. – Режим доступу: DOI: 10.1093/eurheartj/eh

42. Hackett M. Predictors of Depression after Stroke. A Systematic Review of Observational Studies Stroke / M. Hackett, C. Anderson // *Psychosomatics*. – 2005. – Vol. 36. – P. 296–231.

43. House A. Depression associated with stroke / A. House // *J. Neuropsychiat. Clin. Neurosci.* – 1996. – Vol. 8. – P. 453–457.

44. Jolobe O. M. Depression and its relation to lesion location after stroke / O. M. Jolobe // *J. Neurol. Neurosurg. Psychiat.* – 1998. – Vol. 65. (3). – P. 410.

45. Magnetic resonance imaging correlate of depression after ischemic stroke / [R. Vataya, T. Pohjasvaara, A. Leppavuori et al.] // *Arch. Gen. Psychiat.* – 2001. – Vol. 58. – P. 925–931.

46. Mood changes after right-hemisphere lesions / [Starkstein S. E., Robinson R. G., Honig M. A. et al.] // *Br. J. Psychiat.* – 1989. – Vol. 155. – P. 79–85.

47. Mood disorders after stroke and their relation to lesion location. ACT scan study / [House A., Dennis M., Warlow C. et. al.]. – *Brain* – 1990. – Vol. 113. (4). – P. 1113–1129.

48. Poststroke Depression in Chinese Patients: Frequency, Psychological, Clinical, and Radiological Determinants / [Tang W. K., Chan S. M., Chiu F. K. et al.] // *J. Geriat. Psychiat. Neurol.* – 2005. – Vol. 18. – P. 45–51.

49. Starkstein S. E. Comparison of cortical and cortical lesions the production of post-stroke depression matched for size and location of lesions / S. E. Starkstein, R. G. Robinson, T. R. Price // *Arch. Gen. Psychiat.* – 1988. – Vol. 45. – P. 247–253.

