

УДК 159.99

<https://doi.org/10.33619/2414-2948/69/35>

СОВЛАДАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ У ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА, ПЕРЕЖИВШИХ ИНСУЛЬТ

©*Ogai V. И.*, ORCID: 0000-0002-0825-4844, Тихоокеанский государственный медицинский университет, г. Владивосток, Россия, Viktoriya.ogaychik@mail.ru

COPING BEHAVIOR IN ELDERLY PERSONS WITH STROKE

©*Ogai V.*, ORCID: 0000-0002-0825-4844, Pacific State Medical University, Vladivostok, Russian Federation, Viktoriya.ogaychik@mail.ru

Аннотация. В статье рассматриваются психологические особенности людей пожилого возраста, переживших инсульт, а также совладающее поведение данного контингента людей в ситуации стресса. Пожилые люди, перенесшие инсульт, сталкиваются с его тяжелыми последствиями, такими как двигательные, речевые и когнитивные нарушения, различные эмоционально-волевые расстройства. Возрастает вероятность развития тревоги ввиду того, что после перенесенного инсульта пациент не способен к самообслуживанию и будет нуждаться в дополнительном уходе. Физическая и психоэмоциональная реабилитация пожилых людей после инсульта может осложняться психологическими особенностями. В частности, тот факт, что люди в данном периоде зачастую ведут пассивный образ жизни, приводит к сужению круга общения. Не срабатывающая адаптивная копинговая стратегия, вызывает целый ряд проблем, как физических, так и эмоциональных. Люди пенсионного возраста, часто сталкиваются с затруднениями в адаптации и приспособлении, не говоря уже про те случаи, когда пожилой человек, переносит инсульт и не может воспользоваться адаптивным копингом, не сумев приспособиться в течение долгого времени.

Abstract. The article examines the psychological characteristics of elderly people who have survived a stroke, as well as the coping behavior of this contingent of people in a stressful situation. Elderly people who have suffered a stroke are faced with its severe consequences, such as movement, speech and cognitive impairments, various emotional-volitional disorders. The likelihood of developing anxiety increases due to the fact that after a stroke, the patient is not capable of self-care and will need additional care. Physical and psycho-emotional rehabilitation of the elderly after a stroke can be complicated by psychological characteristics. In particular, the fact that people in this period often lead a passive lifestyle leads to a narrowing of the circle of communication. An adaptive coping strategy that fails to work causes a range of problems, both physical and emotional. People of retirement age often face difficulties in adaptation and adaptation, not to mention those cases when an elderly person suffers a stroke and cannot use adaptive coping, having failed to adapt for a long time.

Ключевые слова: совладающее поведение, пожилой человек, инсульт, психологические особенности.

Keywords: coping behavior, elderly person, stroke, psychological characteristics.

Данная работа обусловлена тем, что к настоящему времени в Российской Федерации наметилась отчетливая тенденция к повышению частоты развития инсульта в различных социально-демографических группах населения. В частности, исследования пожилых людей, переживших инсульт, насчитывается огромное количество, но они в основном посвящены изучению и описанию когнитивных функций (речи, памяти, внимания, праксиса и гнозиса), которые проводятся в рамках нейропсихологических исследований. Однако наблюдается явный недостаток исследований личностных характеристик данных пациентов, их особенностей совладания с ситуацией болезни. Исследование данной проблематики, является актуальным для построения психологической помощи пациентам, с целью повышения их адаптационных возможностей и улучшения качества жизни.

Понятие инсульт — это клинический синдром, представленный очаговыми неврологическими или общемозговыми нарушениями, развивающийся внезапно вследствие острого нарушения мозгового кровообращения, сохраняющиеся не менее 24 часов или заканчивающийся смертью больного в эти или более ранние сроки [5]. Инсульты могут быть ишемическими и геморрагическими. Ишемические инсульты встречаются в пять раз чаще геморрагических. Кроме того, возможны так называемые сложные инсульты, при которых размягчение ткани мозга проявляются в одном очаге.

Как последствия инсульта, наряду с двигательными, речевыми и когнитивными нарушениями, у пациентов нередко возникают различные эмоционально-волевые расстройства, такие как подавленность, лабильность настроения, тревожность, астения, апатия, аспонтанность, негативизм, реже эйфория и благодушие [6].

Через год после инсульта 50% пациентов не способны к самообслуживанию и нуждаются в уходе, а остальные 50% больных не могут полностью адаптироваться в обществе, почувствовать себя нужными и полезными, вернуться к полноценной профессиональной деятельности [6].

Н. Г. Ермакова в проведенном научном исследовании отмечает, что у пациентов, находящихся в восстановительном периоде инсульта выявлены психологические реакции на психотравмирующую ситуацию (внезапную тяжелую болезнь) — депрессия, психастения, аутичность переживаний, тревога. Выявлены механизмы переработки ситуации, а также особенности личности больных, препятствующие принятию адекватной роли в процессе лечения: демонстративность, импульсивность, подозрительность, замкнутость [4].

К числу факторов, оказывающих отрицательное влияние на эффективность реабилитационных мероприятий у больных с инсультом и ухудшающих функциональный прогноз заболевания, относятся изменения в психоэмоциональной сфере и в сфере высших психических функций, такие как депрессия, тревожные расстройства и деменция.

Среди причин, вызывающих постинсультную депрессию, называют: реакцию личности на связанную с развитием инсульта социальную катастрофу, крушение многих планов и надежд; социальную изоляцию, связанную с речевыми нарушениями (особенно с сенсорной афазией), изменением социального статуса и потерей социальных контактов; выпадение интеллектуальных, мнестических, сексуальных функций; заострение преморбидных (имевшихся до болезни) черт личности. Помимо внутренних факторов, оказывающих влияние на формирование картины болезни и отношения к ней пациента, значительную роль играют внешние — социальные факторы. Очень важными являются особенности функционирования семейной системы, включающей больного, перенесшего инсульт [1].

В научной работе Д. Р. Терегуловой, М. А. Кутлубаевой, Л. Р. Ахмадеевой приводится предположение о том, что существует порочный круг в развитии депрессии при

неврологическом заболевании. Неврологическая симптоматика (боль, парезы, нарушение координации и др.) ведет к ограничению функциональных возможностей и через ложные патофизиологические механизмы приводит к реакции в виде симптомов депрессии. С другой стороны, авторы утверждают, что депрессия усугубляет неврологическую симптоматику [9].

Переходя к совладающему поведению, то можно отметить, что в статье Е. М. Яновской приводятся результаты исследования, в которых говорится, что постинсультные больные в поведенческой сфере наиболее часто используют такие неадаптивные стратегии как: отступление, активное избегание, т.е. пациенты предпочитают отказ от решения проблем, пытаются избегать мыслей о неприятностях, часто самоизолируются от контактов с другими больными и родственниками. Среди вариантов эмоционального совладания было отмечено преобладание дезадаптивных форм, среди которых самообвинение и подавление эмоций. Все это характеризует эмоциональное состояние больных как подавленное, с ощущением безнадежности, покорности, подавлением истинных переживаемых чувств, обвинением себя и других [11].

В когнитивной сфере при первичном исследовании пациенты также чаще применяют неадаптивные варианты совладающего поведения, среди которых основное место занимают уныние и растерянность, т.е. отказ от преодоления трудностей из-за неверия в свои силы и восприятия произошедшего с ними как «конец жизни» и растерянности от незнания «как же теперь жить».

Результаты исследования А. И. Ерзина показали, что доминирующим типом совладающего поведения оказалось проактивное преодоление. Это свидетельствует о том, что большинство обследованных пациентов стремится ставить перед собой личностно-значимые цели, причем нередко, как показала беседа, эти цели напрямую связаны с процессом лечения и с успешным восстановлением психических и двигательных функций после перенесенного инсульта [3]. В частности, было установлено, что у лиц, активно использующих этот проактивный копинг, более эффективно и быстро восстанавливаются нарушенные высшие психические процессы, а также двигательная сфера. На втором месте по частоте встречаемости оказалось рефлексивное преодоление. Этот тип проактивного копинг-поведения связан с оценкой потенциальных стрессоров, с анализом проблем и имеющихся ресурсов личности. На третьем месте расположилась шкала «превентивное преодоление». Это может свидетельствовать о том, что больные с острым нарушением мозгового кровообращения склонны к предвосхищению возможных стрессовых ситуаций. Пожалуй, самой мощной и тяжелой для личности кризисной ситуацией выступает сам факт инсульта, а также вероятность получения инвалидности. Подобное обстоятельство стимулирует и мотивирует исследуемых больных к предотвращению повторения этой стрессовой ситуации в будущем, что нередко выражается в таких формах и способах поведения, как страхование собственной жизни, использование мер по укреплению и поддержанию физического здоровья и т.д. [3]. На четвертом месте по частоте встречаемости в обследованной выборке — поиск инструментальной поддержки. Он выражается в стремлении больных получать информацию (в частности, о своем заболевании, о его последствиях, а также о возможных путях лечения и реабилитации) непосредственно от близкого социального окружения. Социальное окружение может включать как родственников больного, так и медицинский персонал клиники.

Исследование форм агрессивного поведения у больных с острым нарушением мозгового кровообращения показало, что ведущей формой оказалась реактивная агрессия. Для испытуемых более характерна ответная реакция на внешние провоцирующие факторы,

выражающаяся в раздражительности, вспыльчивости и гневе, то есть в поведении, носящем импульсивный характер. Проактивная агрессия, представляя собой неспровоцированное намеренное жестокое поведение, в исследуемой выборке проявляется значительно реже, чем реактивная агрессия.

Также было обнаружено, что для больных с острым нарушением мозгового кровообращения характерна реактивная агрессия, проявляющаяся в виде ответной реакции на провоцирующие стимулы. К последним следует отнести неудобства, связанные с пребыванием в стационаре, поведение близкого социального окружения, информационное воздействие. Реактивная форма агрессии очень часто выражается в раздражительности и гневе, причиной которых служат внешние факторы. Проактивная агрессия как неспровоцированное намеренное жестокое поведение у обследованных пациентов проявляется значительно реже [3].

В исследовании А. А. Светкиной было выявлено, что по результатам статистического анализа данных можно говорить о следующих закономерностях. Была выявлена значимая прямая взаимосвязь между тревожным типом отношения к болезни и копинг-стратегией «Поиск социальной поддержки». Соответственно, можно предположить, что пациенты с тревожным типом отношения к болезни требуют к себе больше внимания со стороны медицинского персонала и родственников, и в этом случае возможно формирование зависимой позиции или чрезмерных ожиданий по отношению к окружающим [8].

Выявлена значимая прямая зависимость между ипохондрическим типом отношения к болезни и конфронтационной копинг-стратегией. Это говорит о том, что для пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения с ипохондрическим типом отношения к болезни характерны недостаточная целенаправленность и рациональная обоснованность поведения в проблемной ситуации, а с другой стороны, присутствует возможность активного противостояния трудностям и стрессогенному воздействию.

Таким образом, вышеперечисленные исследования говорят о том, что пожилые люди, перенесшие инсульт, сталкиваются с его тяжелыми последствиями, такими как двигательные, речевые и когнитивные нарушения, различные эмоционально-волевые расстройства. Наиболее распространенным эмоциональным расстройством и отсроченным психосоциальным последствием инсульта, является депрессия, которая может приводить к снижению выживаемости после инсульта и развитию тревожно-депрессивных нарушений, результатом чего является снижение у них мотивации к участию в реабилитационных мероприятиях [7, 10]. Снижение мотивации, в свою очередь, ухудшает эффективность лечения, реабилитационных мероприятий, повышает риск инвалидизации или смерти. Возрастает вероятность развития тревоги ввиду того, что после перенесенного инсульта пациент не способен к самообслуживанию и будет нуждаться в дополнительном уходе, помощи со стороны родственников. У многих пожилых людей формируется внутриличностный конфликт и когнитивный диссонанс, при котором они перестают принимать старость как продуктивную часть жизни, поэтому значительная часть больных, не может полностью адаптироваться в обществе, почувствовать себя нужным и полезным, вернуться к полноценной жизни.

Пожилые люди, пережившие инсульт, находящиеся на начальном периоде восстановления чаще всего прибегают к неадаптивным стратегиям поведения, но высока вероятность того, что при своевременно оказанной медицинской и психологической помощи, они смогут перейти к более активному преодолению. В частности, это говорит о том, что на раннем периоде восстановления, данному контингенту необходима психологическое

сопровождение, поддержка, как со стороны близкого окружения, так и медицинского персонала, тем самым обеспечив более комфортные условия для реабилитации и адаптации пожилого человека. В связи с этим у пожилых людей, переживших инсульт, в совладающем поведении присутствуют свои собственные закономерности и особенности [2].

Список литературы:

1. Баландина Л. Л., Бердникова Р. К. Особенности семейных отношений и эмоциональных состояний у лиц с разным уровнем постинсультной депрессии // Клиническая психология. 2019. №1. С. 80-88.
2. Вишнева А. Е. Динамика стратегий совладания у больных с последствиями инсультов и черепно-мозговых травм // Психология здоровья. 2013. №1. С. 103-109.
3. Ерзин А. И. Проактивные личностные ресурсы у больных с острым нарушением мозгового кровообращения, находящихся на восстановительном лечении // Психология и психотехника. 2013. №9. С. 889-896.
4. Ермакова Н. Г. Особенности личности больных с последствиями инсульта в условиях стационарной реабилитации // Науки о здоровье. 2008. №2. С. 32-42.
5. Котов С. В., Исакова Е. В. Инсульт: диагностика, лечение // Клиническая медицина. 2004. №5. С. 275-293.
6. Максимова М. Ю. Депрессия после инсульта // Нервные болезни. 2018. №4. С. 56-60.
7. Марикина Л. Б. Особенности вариантов постинсультных депрессий, предикторы и риски ее развития // Совет молодых ученых и специалистов. 2017. №1. С. 31-34.
8. Светкина А. А. Психологическая реабилитация больных с ОНМК // Медицинская психология в России. 2016. №5. С. 1-8.
9. Терегулова Д. Р., Кутлубаев М. А., Ахмадеева Л. Р. Депрессия в неврологической практике // Вестник современной клинической медицины. 2015. №3. С. 32-36.
10. Филатова Е. Г. Постинсультная депрессия // Медицинский совет. Неврология. 2017. №15. С. 47-51.
11. Яновская Е. М. Комплексный подход к психотерапевтическому сопровождению семей больных, перенесших инсульт: Автореф. дис. ...докт. психол. наук. М., 2008. 14 с.

References:

1. Balandina, L. L., & Berdnikova, R. K. (2019). Osobennosti semeinykh otnoshenii i emotsional'nykh sostoyanii u lits s raznym urovnem postinsul'tnoi depressii. *Klinicheskaya psikhologiya*, (1), 80-88. (in Russian).
2. Vishneva, A. E. (2013). Dinamika strategii sovladaniya u bol'nykh s posledstviyami insul'tov i cherepno-mozgovykh travm. *Psikhologiya zdorov'ya*, (1), 103-109. (in Russian).
3. Erzin, A. I. (2013). Proaktivnye lichnostnye resursy u bol'nykh s ostrym narusheniem mozgovogo krovoobrashcheniya, nakhodyashchikhsya na vosstanovitel'nom lechenii. *Psikhologiya i psikhotekhnika*, (9), 889-896. (in Russian).
4. Ermakova, N. G. 2008. Osobennosti lichnosti bol'nykh s posledstviyami insul'ta v usloviyakh statsionarnoi reabilitatsii. *Nauki o zdorov'e*, (2), 32-42. (in Russian).
5. Kotov, S. V., & Isakova, E. V. (2004). Insul't: diagnostika, lechenie. *Klinicheskaya meditsina*, (5), 275-293. (in Russian).
6. Maksimova, M. Yu. (2018). Depressiya posle insul'ta. *Nervnye bolezni*, (4), 56-60. (in Russian).

7. Marikina, L. B. (2017). Osobennosti variantov postinsul'nykh depressii, prediktory i riski ee razvitiya. *Sovet molodykh uchenykh i spetsialistov*, (1), 31-34. (in Russian).
8. Svetkina, A. A. (2016). Psikhologicheskaya reabilitatsiya bol'nykh s ONMK. *Meditsinskaya psikhologiya v Rossii*, (5), 1-8. (in Russian).
9. Teregulova, D. R., Kutlubaev, M. A., & Akhmadeeva, L. R. (2015). Depressiya v nevrologicheskoi praktike. *Vestnik sovremennoi klinicheskoi meditsiny*, (3), 32-36. (in Russian).
10. Filatova, E. G. (2017). Postinsul'tnaya depressiya. *Meditsinskii sovet. Nevrologiya*, (15), 47-51. (in Russian).
11. Yanovskaya, E. M. (2008). Kompleksnyi podkhod k psikhoterapevticheskomu soprovozhdeniyu semei bol'nykh, perenesshikh insult: Avtoref. dis. ...dokt. psikhol. nauk. Moscow. (in Russian).

Работа поступила
в редакцию 26.06.2021 г.

Принята к публикации
30.06.2021 г.

Ссылка для цитирования:

Огай В. И. Совладающее поведение у людей пожилого возраста, переживших инсульт // Бюллетень науки и практики. 2021. Т. 7. №8. С. 313-318. <https://doi.org/10.33619/2414-2948/69/35>

Cite as (APA):

Ogai, V. (2021). Coping Behavior in Elderly Persons with Stroke. *Bulletin of Science and Practice*, 7(8), 313-318. (in Russian). <https://doi.org/10.33619/2414-2948/69/35>