

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Тольяттинский государственный университет»

Гуманитарно-педагогический институт

(наименование института полностью)

Кафедра «Дошкольная педагогика, прикладная психология»

(наименование)

37.04.01 Психология

(код и наименование направления подготовки)

Психология здоровья

(направленность (профиль))

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА (МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ)

на тему ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ БОЛЬНЫХ,
ПЕРЕНЕСШИХ ИНСУЛЬТ

Студент

С.О. Лебедева

(И.О. Фамилия)

(личная подпись)

Научный

к.псих.н., доцент В.В. Пантелеева

руководитель

(ученая степень, звание, И.О. Фамилия)

Тольятти 2020

Оглавление

Введение.....	3
Глава 1 Теоретический анализ проблемы изучения особенностей эмоциональной сферы больных, перенесших инсульт.....	9
1.1 Сущность понятия «эмоциональная сфера» с позиции отечественных и зарубежных исследователей.....	9
1.2 Факторы, определяющие особенности эмоциональной сферы больных, перенесших инсульт.....	21
Глава 2 Эмпирический анализ проблемы изучения особенностей эмоциональной сферы больных, перенесших инсульт.....	53
2.1 Организация эмпирического исследования.....	53
2.2 Интерпретация и анализ результатов, полученных в процессе эмпирического изучения особенностей эмоциональной сферы больных, перенесших инсульт.....	59
Заключение.....	96
Список используемой литературы.....	100
Приложение А. Результаты анкетирования участников экспериментальной группы	108
Приложение Б. Результаты применения опросника для выявления и оценки невротических состояний в экспериментальной группе.....	109
Приложение В. Результаты применения опросника для выявления и оценки невротических состояний в контрольной группе.....	110
Приложение Г. Результаты применения шкалы дифференциальных эмоций К.Э. Изарда и методики «ТОБОЛ»	111

Введение

Актуальность исследования. Сосудистые заболевания, включая инсульты различного генеза, являются одной из самых распространенных причин смертности и инвалидизации населения. Однако в настоящее время, с появлением все более результативных методов лечения, показатели выживаемости заметно возросли, при этом качество жизни больных, перенесших инсульт, обусловленное не только физическим, но и психоэмоциональным состоянием, зачастую остается на низком уровне.

Помимо этого, состояние после перенесенного инсульта, нередко соотносится с трудностями адаптации в некогда привычной среде, изменениями в социально-трудовой и коммуникативной сферах, а также сопровождается переживаниями, возникшими в качестве ответа на ситуацию инсульта, что наряду с поражением структур головного мозга, может повлечь за собой развитие эмоциональных нарушений, включая депрессивные, тревожные, апатические и фобические расстройства.

Немаловажным является и тот факт, что нарушения эмоциональной сферы у больных, перенесших инсульт, могут быть ошибочно приняты за особенности их состояния и закономерные последствия заболевания, что может найти отражение в снижении мотивации к восстановлению, эффективности терапевтических и реабилитационных мероприятий, патологическом изменении течения болезни.

Более того, оценка результатов лечения больных, перенесших инсульт, не ограничивается такими факторами, как летальность и выживаемость, а соотносится с психоневрологическим статусом и трудоспособностью. Это в очередной раз подчеркивает важность установления особенностей эмоциональной сферы таких пациентов для своевременной диагностики и последующей коррекции возможных расстройств, что, в свою очередь, снижает вероятность летального исхода, оказывает положительное влияние

на эффективность лечения и качество жизни больных после перенесенного инсульта, упрощает трудовую и социальную адаптацию.

Степень научной разработанности проблемы. Механизмы возникновения эмоций на протяжении длительного времени детально рассматривались учеными, среди которых П.К. Анохин [3], Ч.Р. Дарвин [32], П.В. Симонов [69, 70], W.B. Cannon [88], C.G. Lange [99], изучались и функции отдельных частей головного мозга, нарушение в работе которых, помимо прочего, приводит к патологическому изменению процесса формирования эмоций, что отражено в литературе, одними из авторов которой являются И.В. Гайворонский [24], Е.И. Гусев [30], М.М. Одинок [55], А.А. Скоромец [72], И.И. Солодовникова [73], а также изменения эмоциональной сферы, возникающие в постинсультный период, что исследовалось, в том числе, Б.С. Виленским [19, 20], А.М. Вейном [17], Н.А. Георгиевской [27], А.М. Каннером [41], М.А. Савиной [66], G.S. Alexopoulos [83], C. Faravelli [92], однако вопрос о специфике эмоциональных реакций и их проявлений у больных, перенесших инсульт, остается малоизученным.

Все вышеизложенное предопределило область научного интереса автора настоящей работы и обуславливает актуальность выбранной темы исследования: «Особенности эмоциональной сферы больных, перенесших инсульт».

Проблема исследования заключается в потребности изучения специфики эмоциональной сферы больных, перенесших инсульт в связи с недостаточной разработанностью данной темы, а также вследствие ее значимости для эффективности реабилитационных мероприятий, улучшения качества жизни, а также уменьшения вероятности инвалидизации и летального исхода.

Цель исследования: изучить специфику эмоциональной сферы больных, перенесших инсульт.

Объект исследования: эмоциональная сфера личности.

Предмет исследования: эмоциональная сфера больных, перенесших инсульт.

Гипотеза исследования: особенности эмоциональной сферы больных, перенесших инсульт, зависят от его давности, в частности, негативные и тревожно-депрессивные эмоции, а также фобии и апатии более выражены в ранний постинсультный период; от типа отношения пациента к своему состоянию; для больных, перенесших инсульт, характерно наличие депрессивных расстройств, фобических нарушений, апатии, тревожности, преобладание негативных эмоций над позитивными.

Задачи исследования

1. Определить сущность понятия «эмоциональная сфера» и ее особенности у больных, перенесших инсульт.
2. Выбрать методы исследования эмоциональной сферы больных, перенесших инсульт.
3. Провести диагностическую работу с выборкой испытуемых.
4. Интерпретировать и проанализировать полученные в ходе диагностической работы результаты.

Новизна исследования заключается в сосредоточении на рассмотрении изменений, происходящих в эмоциональной сфере больных, перенесших инсульт, с определением знака доминирующих эмоций, установлением связей между уровнем проявления положительных, отрицательных, тревожно-депрессивных эмоций и выраженностью вегетативных нарушений, астении, истерического типа реагирования, а также корреляций между знаком эмоциональных проявлений и типом отношения к болезни.

Теоретико-методологическую базу исследования составили: научные труды отечественных и зарубежных ученых, изучающих процесс возникновения и развития эмоций (П.К. Анохин, Н.К. Боголепов, Ч. Дарвин, У. Джеймс, У.Б. Кеннон, К.Г. Ланге, Г. Линдсей, М.М. Одинак, П.В. Симонов, Б. Хебб и др.); компоненты эмоциональной сферы

(Г.М. Бреслав, П.Я. Гальперин, Н.Д. Левитов, А.Н. Леонтьева, И.В. Реверчук, В.Д. Рыжков, Б.М. Теплов и др.); эмоциональные нарушения, являющиеся следствием поражения структур головного мозга (Т.А. Доброхотова, В.А. Дубынин, Б.Д. Карвасарский, Е.Д. Хомская и др.); особенности физического, психического и эмоционального состояния больных, перенесших инсульт (М.В. Александров, А.В. Будневский, Б.С. Виленский, И.В. Гайворонский, Е.И. Гусев, Н.К. Корсакова, А.А. Скоромец и др.); депрессивные и тревожные состояния, возникающие в постинсультный период (А.Н. Боголепова, А.М. Вейн, Т.Г. Вознесенская, А.М. Каннер, В.А. Парфенов, Ю.А. Старчина, Е.Г. Филатова, G.S. Alexopoulos, G. Gainotti и др.); фобические, астенические и апатические проявления, развивающиеся у больных, перенесших инсульт (О.В. Воробьева, Н.А. Георгиевская, В.А. Концевой, М.А. Савина и др.); агрессивное поведение, в том числе, и после перенесенного инсульта (Т.Б. Дмитриева, С.Н. Ениколопов, М.А. Кутлубаев и др.).

Методы исследования:

1) теоретические: изучение и анализ научной литературы по теме исследования;

2) эмпирические: клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний К.К. Яхина, Д.М. Менделевича, методика «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ) Л.И. Вассермана, А.Я. Вукса, Б.В. Иовлева, Э.Б. Карповой, шкала дифференциальных эмоций К.Э. Изарда;

3) статистическая и математическая обработка данных: дисперсионный, корреляционный и регрессионный анализы.

Опытно-экспериментальная база исследования включает две группы испытуемых, в состав каждой из которых вошли 22 участника. Контрольная группа была представлена людьми от 23 лет до 61 года, в анамнезе которых инсульты отсутствовали, основу экспериментальной группы составили участники в возрасте от 26 до 69 лет, имеющие подтвержденный диагноз «острое нарушение мозгового кровообращения» различной локализации,

установленный от 26 дней до 5 лет назад. Испытуемые не были объединены местом проживания, медицинским учреждением, в котором осуществлялось лечение, методами и способами произведенных терапевтических и реабилитационных мероприятий.

Научная новизна исследования обусловлена обоснованием важности учета эмоциональной сферы пациентов, перенесших инсульт в реализации программ реабилитации с учетом индивидуального подхода.

Теоретическая значимость: результаты экспериментальной работы могут быть использованы авторами, ведущими исследования в области выявления особенностей постинсультного эмоционального состояния, определения качества жизни таких больных, повышения эффективности терапевтических и реабилитационных мероприятий.

Практическая значимость: результаты экспериментальной работы могут быть использованы для определения диагностического вектора специалистами, задействованными в разработке программ реабилитации больных после перенесенного инсульта.

Достоверность и научная обоснованность и результатов обеспечивались выбором стандартизированных методов исследования, привлечением к исследованию репрезентативной выборки, использованием методов математической статистики для обработки результатов.

Личное участие автора в организации и проведении исследования состоит в проведении обзора теоретических источников, обобщении данных проведенного анализа, выборе методов исследования, реализации диагностической программы, интерпретации полученных результатов.

Апробация результатов исследования проводилась в форме публикации результатов исследования.

Научные положения и результаты исследования, выносимые на защиту:

1. У больных, перенесших инсульт, эмоции отрицательного знака доминируют над эмоциями положительного знака и имеют большую степень

проявления в ранний постинсультный период, а тревожно-депрессивные эмоции действительно имеют большую выраженностью у участников экспериментальной группы с левосторонней локализацией очага поражения.

2. Отмечается увеличение степени выраженности тревоги, невротической депрессии, астении, истерического типа реагирования, обсессивно-фобических и вегетативных нарушений у испытуемых, перенесших инсульт в сравнении с показателями лиц без диагностированных эпизодов острого нарушения мозгового кровообращения в анамнезе.

3. Для больных, перенесших инсульт, характерно наличие депрессивных расстройств, фобических нарушений, апатии, тревожности, преобладание негативных эмоций над позитивными. У больных, перенесших инсульт, выявленные типы отношения к болезни которых характеризуются наличием психической и социальной дезадаптации, степень проявления позитивных эмоций является более низкой, чем у тех, чьи типы отношения к болезни не предполагают существенного нарушения адаптации, при этом уровень проявления негативных и тревожно-депрессивных эмоций находится на более высоком уровне.

Структура магистерской диссертации. Работа состоит из введения, двух глав, заключения, содержит 36 таблиц, список использованной литературы (105 источников), приложений. Основной текст работы изложен на 107 страницах

Глава 1 Теоретический анализ проблемы изучения особенностей эмоциональной сферы больных, перенесших инсульт

1.1 Сущность понятия «эмоциональная сфера» с позиции отечественных и зарубежных исследователей

Рассмотрение понятия эмоциональной сферы справедливо начать с определения сущности понятия «эмоции».

Согласно Большой медицинской энциклопедии, эмоции – «субъективные переживания удовольствия, наслаждения (положительные эмоции) или неудовольствия и страдания (отрицательные эмоции), которые при воздействии на организм внешнего раздражения (ощущения) или представления вместе с умом и волей составляют основную триаду психологических процессов» [11, с. 216].

В Большой психологической энциклопедии эмоции определяются, как «особый класс психических явлений, проявляющихся в форме непосредственного пристрастного переживания субъектом жизненного смысла этих явлений, предметов и ситуаций для удовлетворения своих потребностей» [12, с. 392].

По Биологическому энциклопедическому словарю, эмоции – «субъективные реакции животных и человека на воздействие внутренних и внешних раздражителей, проявляющихся в виде удовольствия или неудовольствия, радости, страха и т. д.» [6, с. 650].

На основании вышеизложенного, можно сделать вывод о том, что эмоциональной сферой является совокупность субъективных реакций и когнитивных представлений, возникающих в результате воздействия как внутренних, так и внешних раздражителей, соотносимая с темпераментом и характером человека.

Следует отметить, что проблемой изучения эмоций с середины IX века занимались нейрофизиологи, психологи, психоневрологи. За это время было выделено несколько концепций.

Автором первой концепции, сформулированной в 1872 году, являлся Чарльз Дарвин, считавший, что эмоции – остатки движений, которые утратили свое основное предназначение в ходе эволюции [32].

Вторая, сформулированная в 1884 году, принадлежит американскому профессору психологии Уильяму Джеймсу. Он считал, что эмоции вызываются действиями человека. Так, по его мнению, плач может провоцировать печаль, дрожь – способствовать появлению страха, а ярость, с определенной долей вероятности, – стать следствием применения физического насилия [34].

Третья была представлена доктором медицины, физиологом Карлом Георгом Ланге в 1885 году и стала известна как «сосудодвигательная». Ее суть заключалась в рассмотрении процесса возникновения эмоций в качестве результата осознания ответа на нервное возбуждение и последующие изменения сосудов внутренних органов. В целом, данная теория схожа с теорией Уильяма Джеймса, и, учитывая один временной период, их часто объединяют и называют теорией Джеймса-Ланге [103].

Главная роль в четвертой концепции, принадлежащей профессору физиологии Уолтеру Бредфорду Кеннону, была отведена симпатической нервной системе и гуморальной регуляции. Разрабатывая данную теорию, У. Б. Кеннон оспорил концепцию Джеймса-Ланге и установил, что висцеральные изменения не связаны с какими-либо конкретными эмоциями. В дальнейшем ее поддержал Филип Бард, и теория стала иметь общее название – Кеннона-Барда. Ее суть составляла идея о возникновении эмоций вследствие получения корой головного мозга и вегетативной нервной системой сигнала от таламуса [89, 92].

Позднее появилась активационная теория возникновения эмоций, работу над которой вели Гарднер Линдсей и Дональд Хебб. Ее основой

является представлением о том, что механизм развития эмоций, а также их интенсивность и продолжительность обусловлены воздействием ретикулярной формации [54].

Затем свои концепции предлагали П.К. Анохин, считавший, что ведущие эмоции участвуют в формировании функциональной системы, а положительные эмоции возникают в случае получения от рецепторов импульсов, соответствующих акцептору действия [3], и П.В. Симонов, отмечавший, что качество эмоций необходимо рассматривать с позиции эффективности поведения, а эмоции определены какой-либо актуальной потребностью и возможностью ее удовлетворения [72, 73].

Помимо этого, американский психолог Стенли Шехтер сделал выводы о том, что изменение состояния организма влияет лишь на интенсивность и продолжительность эмоций, а их появление обусловлено осознанием ситуации. Он считал, что в процессе возникновения эмоций участвуют два компонента: активация организма и осознание ее наличия [68].

В конце XX века, наряду с развитием психосоматики, нейропсихологии, психоанализа, вновь возникла потребность в установлении связей между процессами, происходящими в головном мозге и возникающими эмоциональными реакциями.

Так, советский невропатолог Н.К. Боголепов считал, что в ситуациях эмоционального напряжения происходят нарушения в органах и системах организма (сердечно-сосудистой, нервной, эндокринной) [9].

Помимо этого, Н.К. Боголепов отмечал важность оценки эмоционального состояния больных, так как, по его мнению, отрицательные эмоциональные переживания, напряжение способны повлиять на работу нервной, эндокринной, сердечно-сосудистой систем, вызвать нарушения в работе желудочно-кишечного тракта, что в очередной раз подтверждает необходимость установления эмоциональных проявлений, свойственных человеку с определенным заболеванием, дифференциации этих проявлений и симптоматики для получения более точной клинической картины. Кроме

того, он обращал внимание на факт того, что происхождению нарушений мозгового кровообращения, а также возникновению некоторых соматических заболеваний предшествовали эмоциональные потрясения, из чего можно сделать вывод о том, что не только заболевание влияет на эмоциональную сферу человека, но и эмоциональное состояние способно влиять на развитие и течение болезни [9, 68].

В поисках нервного субстрата эмоций ученые приходили к выводам об участии коры полушарий, а также подкорковых структур в процессе образования эмоций, а также о том, что каждое из образований головного мозга имеет свои функциональные особенности в продуцировании эмоциональных реакций: например, гипоталамус способен регулировать вегетативные, эндокринные, сосудистые реакции, возникающие как ответ на эмоциональное переживание; стриопаллидарная система контролирует внешнее проявление эмоций; таламус контролирует длительность и силу эмоциональной реакции, задает ее тон.

Советский и российский невролог, доктор медицинских наук М.М. Одинок тоже уделял внимание рассмотрению механизма эмоций. Он считал, что:

Основным морфофункциональным субстратом для обеспечения механизма эмоций и аффективных компонентов инстинктивных побуждений служит круг Пейпеца;

В возникновении эмоций центральная роль принадлежит гипоталамусу;

В оформлении эмоций как субъективного ощущения принимает участие лимбическая система, а более тонко регулирует эмоциональное состояние кора головного мозга, в первую очередь лобные отделы [58].

Следует отметить, что, несмотря на детальное изучение механизма возникновения эмоций, единого подхода к пониманию этого процесса до сих пор не существует.

Немаловажное значение в процессе исследования эмоциональной сферы имеет дифференциация понятий «чувства» и «эмоции». Так,

А. Н. Леонтьева обозначает их как отдельные виды эмоциональных процессов, среди которых присутствуют: собственно эмоции, чувства и аффекты.

Аффекты – самые кратковременные, но при этом достаточно сильные и резкие процессы, которые имеют соматические проявления и являются ответом на уже случившуюся ситуацию;

Собственно эмоции – более длительны по времени и менее выраженные качественно и зачастую возникают до наступления ситуации на основе жизненного опыта;

Чувства – специфические обобщенные эмоции, связанные с отношением к конкретным, либо абстрактным объектам, ситуациям, потребностям.

А также на функции эмоций, среди которых выделяют:

Сигнальную, позволяющую выразить свое отношение к окружающей действительности;

Отражательную, заключающуюся в реакции и оценке текущих событий;

Побуждающую, целью которой является поиск путей удовлетворения возникшей потребности;

Подкрепляющую, способствующую фиксации в памяти эмоционально насыщенных событий;

Переключательную, проявляющуюся в ситуации определения приоритета потребностей;

Приспособительную, следствием которой является успешная адаптация к изменяющимся условиям окружающей среды;

Регулятивную, состоящую в преобразовании чрезмерного эмоционального возбуждения в физические процессы (например, в плач) [31].

Стоит обратить внимание и на существование базовых (фундаментальных) эмоции, присущих всем людям, осознаваемых ими и

находящих выражение, в том числе, в мимике. К таким эмоциям относят интерес, радость, удивление, печаль, гнев, отвращение, презрение и страх [41].

Некоторые ученые, например, советские психологи, доктора педагогических наук Н.Д. Левитов [48] и Б.М. Теплов [79], рассуждая о чувствах и эмоциях, определяют их как синонимичные понятия. Однако, с другой стороны, многие авторы эти понятия разграничивают, указывая на то, что чувства присуще только человеку и связаны с удовлетворением высших духовных потребностей, а также отношением к окружающей действительности и самому себе. В то же время эмоции, несмотря на изменение их характера под воздействием социума, свойственны как человеку, так и животному. При этом стоит отметить, что чувства – явление более длительное и устойчивое, в разных условиях может переживаться по-разному, в отличие от эмоций, возникающих как реакция на определенную ситуацию.

Эмоциональные состояния, в свою очередь, зачастую определяют как ограниченные во времени эмоциональные процессы [65]. Таким образом, значение эмоций и чувств в структуре психики человека является весьма существенным.

Все эмоции можно классифицировать на сильные, но непродолжительные (например, радость или аффект) и на слабые, но при этом происходящие в течение более длительного времени. Также их можно разделить, учитывая субъективные переживания индивида, на положительные и отрицательные. Помимо этого, эмоции, вызывающие упадок жизненных сил и снижение жизнедеятельности, принято называть астеническими, в то время как эмоции, способствующие активизации жизнедеятельности, относят к стеническим.

Рассматривая формы протекания эмоций и чувств, стоит обратить внимание на следующие понятия:

Эмоциональный тон, который выражается в восприятии человеком окружающего мира, в отношении к нему, в настрое на такое восприятие и отношение, которое, в определенной степени, является показателем самочувствия;

Настроение, отражающее общее эмоциональное состояние и проецирующееся на все действия человека. Настроение в условиях проведения терапии, в том числе и после перенесенного инсульта, играет довольно значимую роль, поскольку во многом определяет поведение, отношение к возникшим трудностям, качество выполнения назначенных реабилитационных мероприятий, а, соответственно, и эффективность всего лечения;

Стресс, представляющий собой состояние, возникающее в условиях эмоционального перенапряжения, при необходимости принятия быстрых решений в результате возникновения опасности, либо изменяющихся обстоятельств. В состоянии стресса снижается способность организации деятельности, отмечаются расстройства памяти и внимания, искаженное восприятие и реакции. Иногда небольшой по силе стресс способствует появлению стенических эмоций, мобилизации организма и активизации деятельности;

Фрустрация – состояние, при котором удовлетворение актуальной для человека потребности не представляется возможным в связи с какими-либо препятствиями или ограничениями, при этом в поведении часто отмечается злость, ярость и агрессия, не поддающиеся контролю со стороны сознания. Также нередко отмечается апатия, подавленность, а также склонность к самообвинению [68, 21].

Следует обратить внимание и на то, что развитие эмоций и способ их выражения зачастую обусловлены воспитанием и социальной средой, сопутствующей периоду детства индивида.

Эмоции новорожденного довольно скудны и связаны, в основном, с удовлетворением потребностей. Так, например, страх, возникающий при

резких движениях или звуках, потере опоры, может быть связан с потребностью в самосохранении, гнев может проявляться при ограничении возможности осуществления движений, а все эмоции удовольствия, как правило, являются следствием удовлетворения потребности в защищенности, питании и сне.

По мере взросления, в возрасте, от двух до пяти лет, под влиянием окружающей среды формируется социальная форма эмоции страха – стыд, связанный со страхом осуждения. В этот же период гнев приобретает свои социальные формы – зависть и ревность, а переживание удовольствия расширяется до радости и счастья, которые также появляются в ходе социального взаимодействия, а также через игру [68].

Формирование эмоций нередко связано с переживанием фрустрации и нахождением адекватных путей выхода из нее в виде преодоления, обхода преграды, либо замещения цели. Циклически повторяющееся переживание фрустрации в детстве может способствовать закреплению отрицательных эмоций: апатии, безынициативности, агрессии, злобы, зависти. Кроме того, чрезмерно строгая система наказаний, принятых в семье, как и ее полное отсутствие, также нередко является фактором развития агрессивности.

Эмоциональная холодность некоторых взрослых людей может быть следствием нехватки любви и заботы в детском возрасте, а эмоциональная распушенность, неспособность подавлять эмоции и использовать их в формах, актуальных для конкретной ситуации, в свою очередь, может свидетельствовать о неусвоении норм и правил поведения, принятых в обществе [14, 68].

Стоит отметить, что эмоциональная распушенность, наряду с некоторыми другими эмоциональными состояниями, может представлять собой результат патологии эмоциональной сферы, которая дебютирует, в том числе, и в период после перенесенного заболевания.

Среди основных эмоциональных нарушений выделяют ослабление и усиление эмоций, искажение эмоций, а также нарушение их характера и подвижности.

Исходя из классификаций, предложенных авторами [63, 68, 70], ослабленным эмоциональным проявлениям можно отнести следующие.

Апатию, характеризующуюся сглаживанием мимики и интонации голоса, безразличием к себе и окружающей действительности, бездействием, утратой жизненных сил и эмоциональных проявлений;

Паралич эмоций, развивающийся на фоне психических травм и, как правило, являющийся непродолжительным. Характеризуется полным эмоциональным безразличием и опустошенностью.

Эмоциональная тупость, сопровождающаяся безразличием, бедностью в проявлении эмоций, эмоциональной холодностью и представляющая собой необратимый процесс.

Искаженным эмоциональным проявлениями принято считать следующие.

Амбивалентность, суть которой состоит в одновременном возникновении противоречивых эмоциональных реакций, например, любви и ненависти.

Дистимии, являющиеся непродолжительными по времени с выражением гнева, тревоги и недовольства.

Дисфории, представляющие собой мрачное настроение, сопровождающееся появлением злобы, агрессии и раздражения (стенические дисфории), либо страха и тоски (астенические дисфории), зачастую носят характер аффекта.

Вегетативную тревожность, проявляющуюся в виде страха смерти, психических расстройств, предчувствия негативных событий, чему сопутствует появление вегетативных симптомов (например, шума в ушах, ощущения сердцебиения, тремора конечностей, тошноты);

Панические атаки, представляющие собой реактивные непредсказуемые эпизоды, не связанные с конкретной ситуацией, во время которых возникает страх смерти, а также отмечается появление ощущения удушья, боли в области сердца, головокружения, потеря контроля над собой;

Фобии – безосновательные навязчивые страхи, которые имеют конкретное содержание и сопровождаются вегетативными расстройствами, например, в виде ощущения сердцебиения, шума в ушах, тошноты.

Среди усиленных эмоциональных проявлений можно выделить следующие состояния.

Эйфорию, которая часто сочетается с расстройствами когнитивной сферы, а также с тяжелой степенью состояния организма, и выражается в беспечности, безмятежности, беззаботности, снижении самокритичности;

Морию, являющуюся формой эйфории и выражающуюся в виде использования неуместных шуток, дурашливости, проказ наряду с повышенным эмоциональным фоном и снижением способности контроля инстинктов;

Маниакальные состояния, для которых характерной триадой выступает повышение настроения, зачастую сопровождающееся пением и танцами, а также двигательной и умственной активности с возникновением непродуктивных, переоцененных идей и стремлений.

Депрессивные состояния, сопровождающиеся неспособностью переживания положительных эмоций и, как следствие, снижением настроения, двигательной и умственной активности, заторможенностью речи и мимики, упадком жизненных сил, пессимистическим восприятием себя и окружающей действительности, склонностью к суицидальному поведению [33, 42, 68].

Депрессивные состояния можно классифицировать на психогенные, вызванные истощением, невротическим состоянием, либо возникающие реактивно как ответ на эмоциональное потрясение; эндогенные, среди

которых выделяют шизофренические, периодические, циркулярные, зависящие от сезона или времени суток, инволюционные (пресенильная меланхолия), проявляющиеся в пожилом и престарелом возрасте; соматогенные, связанные с органическими поражениями головного мозга, либо с заболеваниями внутренних органов. Соматогенные депрессии могут быть связаны с органическими и симптоматическими реактивными компонентами [13, 68, 70].

Для классической депрессии характерно появление триады Крепелена в виде снижения настроения, заторможенности двигательных функций, а также замедления мышления и когнитивных процессов. Со стороны вегетативных расстройств можно отметить наличие тахикардии, мидриаза, запоров, что, в свою очередь, составляет триаду Протопопова [70].

Среди клинических критериев, по наличию которых можно судить о возможном развитии классической депрессии, называют усугубление снижения эмоционального фона в утренние часы; присутствие идей о собственной ненужности, смерти, суициде; самообвинение; наличие фаз и связи со временем года, а также витального компонента в виде неприятных ощущений в области сердца, недомогания, нарушения сна и аппетита; отсутствия реакций организма на раздражители, сочетающиеся со снижением двигательной, речевой и психической активности [68, 70, 80].

Нарушениями эмоциональной подвижности можно назвать следующие.

Эмоциональная инертность, подразумевающую медленную смену эмоциональных реакций, застреваемость.

Эмоциональная лабильность, предполагающая нестабильность настроения наряду с усилением выраженности эмоциональных реакций, вспыльчивостью, внезапным возникновением агрессии.

Эмоциональное слабодушие, проявляющееся в мгновенном возникновении слез, либо смеха под действием слабого раздражителя, а также быстрая смена этих психофизиологических реакций.

Все вышеизложенное представлено в Таблице 1.

Таблица 1 – Основные эмоциональные нарушения

Ослабление эмоций	Искажение эмоций
Апатия Паралич эмоций Эмоциональная тупость	Амбивалентность Дистимия Дисфория Вегетативная тревожность Паническая атака Фобия
Усиление эмоций	Нарушение подвижности эмоций
Эйфория Мория Маниакальное состояние Депрессивное состояние	Эмоциональная инертность Эмоциональная лабильность Эмоциональное слабодушие

При рассмотрении сущности понятия «эмоциональная сфера» следует обратить внимание и на такое понятие, как «качество жизни».

Качество жизни – интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования здорового или больного человека, основанная на его субъективном восприятии [56]. Это многомерное понятие, охватывающее физические и профессиональные функции, психологическое состояние, социальное взаимодействие и соматические ощущения.

В случае больных, перенесших инсульт, зачастую приходится говорить об ухудшении качества жизни не только в связи с изменением физического состояния, но, в большей степени, и психического, включая развивающиеся эмоциональные и когнитивные нарушения, что в очередной раз доказывает необходимость своевременной диагностики эмоциональных постинсультных расстройств, которая способна существенно повысить качество жизни человека, а также способствовать более успешной адаптации в некогда привычной среде.

Таким образом, можно сделать выводы о том, что эмоциональная сфера – совокупность субъективных реакций и когнитивных представлений,

возникающих в результате воздействия как внутренних, так и внешних раздражителей, соотносимая с темпераментом и характером человека.

Несмотря на длительное и детальное изучение учеными психологами, нейрофизиологами, психоневрологами механизмов возникновения эмоций, единого подхода к пониманию процесса появления эмоций не существует до сих пор, однако развитие эмоций и способ их выражения зачастую обусловлены воспитанием и социальной средой, сопутствующей периоду детства индивида.

Эмоции – отличные от чувств процессы, имеющие определенные функции, среди которых: сигнальная, отражательная, побуждающая, подкрепляющая, переключательная, приспособительная, регулятивная, могут носить патологический характер, выражающийся в их усилении, ослаблении, искажении, нарушении подвижности. Все эмоциональные нарушения существенно снижают качество жизни больных, в том числе, и после перенесенного инсульта, препятствуют реабилитации и адаптации.

1.2 Факторы, определяющие особенности эмоциональной сферы больных, перенесших инсульт

Поскольку инсульт представляет собой острое нарушение мозгового кровообращения [75], вызывающее расстройства деятельности мозга, в том числе и его образований, участвующих в процессе формирования эмоций, и, кроме того, приводящее к последствиям, влияющим на общее эмоциональное состояние, изучение особенностей эмоциональной сферы больных, перенесших инсульт, а также факторов, на нее влияющих, справедливо начать с рассмотрения структур мозга, связанных с эмоциями, а также последствий их поражения.

Стоит отметить, что среди эмоциональных нарушений, возникающих вследствие поражения структур головного мозга, выделяют расстройства, характеризующиеся устойчивостью и постоянностью, которые часто

происходят на фоне общих психических нарушений и выражаются, например, в депрессивных и маниакальных состояниях, оскудении эмоций вплоть до их паралича; а также нарушения, имеющие характер аффекта, пароксизма и возникающие в виде молниеносного неадекватного ответа на конкретную ситуацию. Такие аффекты могут проявляться в виде тоски, страха или ужаса и сопровождаться вегетативными нарушениями; представлять собой приступы внезапного ощущения нереальности происходящего, наряду с параличом эмоций, что нередко характеризует расстройства, связанные с поражением глубоких структур височных долей; развиваться в сочетании с эмоционально-личностными нарушениями.

Существует мнение о том, что возникновение постоянных, устойчивых эмоциональных нарушений является следствием поражения структур и образований левого полушария головного мозга, при этом, поражения правого полушария нередко приводят к развитию эмоциональных расстройств аффективного типа.

Головной мозг человека представляет собой два полушария, отделенных продольной щелью и покрытых бороздами и извилинами. Борозды разделяют каждое из полушарий головного мозга на доли, среди которых выделяют лобную, височную, теменную, затылочную и островковую.

По мнению исследователей [44, 85], эмоциональные расстройства, явившиеся следствием поражения правого полушария головного мозга, имеют большую выраженность и отчетливость, чем нарушения эмоциональной сферы, связанные с поражением левого полушария. Так, при нахождении патологического очага в структурах правого полушария головного мозга, нередко отмечается наличие эмоциональной лабильности, неконтролируемое проявление эмоциональных реакций, снижение способности к распознаванию эмоций окружающих. Помимо этого, для больных с правополушарными поражениями характерна беспечность, в том

числе и к своему состоянию, необоснованно повышенный эмоциональный фон, безразличие.

При этом поражения, локализующиеся в левом полушарии головного мозга, способны провоцировать появление апатии, заторможенности, выраженности негативных эмоциональных реакций и состояний, включая тревогу, страх, депрессию. Кроме того, при расположении патологического очага в левом полушарии возможно проявление дисфории, включающей нетерпимость, отчаяние, агрессию.

Таким образом, можно судить о том, что, условно, левое полушарие у «праворуких» людей связано с эмоциями положительного знака, в то время как правое – за эмоции отрицательного знака [44].

Исследования межполушарной асимметрии мозга, а также особенностей функциональной принадлежности полушарий проводятся на протяжении длительного времени. При этом существует мнение о том, что проявление одних и тех же расстройств имеет свою специфику, связанную со стороной расположения очага поражения. Так, депрессия, развивающаяся после правосторонних поражений, нередко характеризуется наличием апатии, тоски и заторможенности, в то время как поражение структур головного мозга может повлечь за собой депрессию, сопровождающуюся двигательным беспокойством. Помимо этого, появление патологического смеха чаще связывают с повреждением структур правого полушария, а патологического плача – с повреждением структур левого полушария [36, 44, 85].

Поражение лобных долей, в частности, их медиобазальных (внутренних) отделов, нередко оказывает наибольшее влияние на развитие эмоциональных расстройств, включая общее эмоциональное состояние, способ выражения эмоций, их направленность, тип эмоционального реагирования, эмоционально-личностные качества, характеризующие личность. В то же время, повреждение исключительно базальных отделов

влечет за собой появление агрессии, вспыльчивости, раздражительности, что нехарактерно для типичной картины поражения лобных долей.

Некоторые авторы [15, 46, 58, 75] считают, что поражение левой лобной доли зачастую способствует усилению выраженности эмоциональных расстройств, с возможным появлением эмоционального оскудения, вплоть до эмоционального паралича, утрату эмоциональных переживаний, связанных с прежним опытом, в то же время для правосторонних поражений характерна импульсивность и не критичность к себе и своему состоянию.

В литературе расстройства эмоциональной сферы, происходящие при поражении лобных долей, зачастую называют «лобной психикой» или «лобным поведением». Такие нарушения также нередко связывают со стороной поражения и отмечают, что патологический очаг, находящийся слева, способствует появлению безразличного отношения больного к происходящему, безучастием, безынициативностью, вялостью, заторможенностью, замедлением реакций, подавленностью, в то время как правосторонние поражения ведут к возникновению эйфории, мори, беспечного отношения к своему состоянию, болезни, окружающей действительности, а также к эмоциональной расторможенности, выражающейся в нарушении этических норм и правил поведения, принятых в обществе, неопрятностью, нечистоплотностью, цинизмом, пакостничеством [44, 58, 70, 80].

Стоит обратить внимание и на то, что поражение орбитальной поверхности лобных долей зачастую приводит к эмоционально-личностным изменениям, существенно влияющим на поведение больного, которые могут сопровождаться растормаживанием примитивных влечений, включая половые и пищевые.

Следует отметить, что даже поражения лобных долей, не являющиеся обширными, могут спровоцировать развитие нарушения эмоциональной

сферы, связанные с искаженным проявлением высококодифференцированных социальных эмоций, например, утрату чувства юмора.

Патологический очаг, расположенный в височных долях головного мозга, также может стать причиной развития эмоциональных расстройств, в особенности, происхождение которых обусловлено социальными факторами.

Так, поражение правой височной доли нередко влечет за собой появление приступов тревоги, ужаса, а также гнева, ярости, и агрессии. Кроме этого, с течением времени становится возможным появление фобических и депрессивных расстройств, эмоциональное оскудение, дебютирование бесцельного повторения фраз, движений, действий, эмоций, что нередко сочетается с наличием вегетативных нарушений.

Поражение левой височной доли также зачастую сопровождается развитием тревожно-депрессивных расстройств [17], при этом эмоциональные нарушения, как правило, имеют не приступообразный характер, а являются более длительными и устойчивыми. Нередко, наряду с раздражительностью и плаксивостью, наблюдаются и ипохондрические расстройства.

Таким образом, патологические изменения эмоциональной сферы, возникающие в результате поражения височных долей, могут быть усилены и, при этом, иметь отрицательный знак (эмоции ужаса и страха), либо ослаблены (плаксивость, апатия), и, в отличие от последствий поражений, локализующихся в лобных долях, не влияют на эмоционально-личностные качества.

Среди функций островковой доли также можно отметить участие в регуляции смеха, плача, эмпатии, а также определение отношения к окружающим, оценку их поведения. Таким образом, патологический очаг, расположенный в островковой доле, может повлечь за собой появление неконтролируемого смеха или плача, трудностей с распознаванием эмоций собеседника, неспособности сочувствовать, сопереживать и оценивать

поведение людей с точки зрения общепринятых в обществе норм и правил [37, 85].

Повреждение теменных и затылочных долей, как правило, не предполагает появления специфических эмоциональных нарушений.

Некоторые образования, составляющие головной мозг, также влияют на эмоциональные проявления. Так, при повреждении ядер таламуса в результате инсульта, возникает вероятность развития таламического синдрома (синдрома Дежерина-Русси), который, помимо внезапно возникающих жгучих болей на пораженной стороне тела, и искаженного восприятия тактильных ощущений (гиперпатии), включает в себя эмоциональную лабильность, перепады настроения, склонность к депрессивным расстройствам и суицидальным мыслям [101].

Немаловажным является и факт того, что ядра таламуса, наряду с гипоталамусом, поясной извилиной, гиппокампом, парагиппокампулярной извилиной, перегородкой, а также структурами обонятельного мозга, включающими в себя обонятельный треугольник, обонятельный тракт, обонятельную луковицу и обонятельную кору, составляют лимбическую систему, участвующую в процессе формирования эмоций и взаимодействующую с образованиями лобных и височных долей. Связи внутри лимбической системы имеют двусторонний характер и образуют замкнутые круги: круг Пейпеца, кольцо которого составляют гиппокамп → сосцевидные тела → передние ядра таламуса → кора поясной извилины → парагиппокампулярная извилина → гиппокамп, круг Наута, представленный миндалевидным телом → гипоталамусом → структурами среднего мозга → гипоталамусом. В структурах гиппокампа, по мнению ученых, происходит процесс перехода памяти из кратковременной в долговременную, а также формируются реакции, сопровождающие агрессию, страх, жажду и голод. Миндалевидное тело связано с формированием эмоций гнева, ярости и страха, проявлением агрессии, а поясная извилина отвечает за возникновение радости или грусти без объективной причины [55, 71, 74].

Повреждение структур лимбической системы способствует проявлению искаженных эмоциональных реакций, среди которых амбивалентность, дистимия, дисфория, тревоги, фобии, панические атаки; а нарушение, в частности, функций миндалевидного тела, в том числе и после перенесенного инсульта, нередко выражается утратой способности распознавания и оценки эмоционального состояния окружающих и, как следствие, отсутствие направленности при проявлении эмоций [37, 44, 55].

Кроме того, при поражении структур гипоталамуса и гипофиза, входящих в состав промежуточного мозга и в литературе нередко объединенных в одну гипофизарно-гипоталамическую область, нередко наблюдается оскудение эмоций, сопровождающееся утратой способности к их мимическому выражению и общими нарушениями психики. Повреждение образований промежуточного мозга зачастую способствует появлению повышенной быстроты эмоциональных реакций на раздражители, эмоциональной лабильности, иногда сочетающееся с благодушием и отсутствием критичности к собственной личности, состоянию, окружающей действительности.

Еще одной немаловажной структурой, влияющей на знак, качество и модальность проявляемых эмоций, является ретикулярная формация, располагающаяся внутри ствола головного мозга и связанная с такими медиаторами, как норадреналин, недостаток которого может стать причиной развития депрессивных расстройств, и дофамин, неконтролируемое воздействие которого может повлечь за собой появление эйфории [37].

Обращает на себя внимание и факт того, что проявление эмоциональных расстройств зависит не только от локализации очага поражения, но и от генеза острого нарушения мозгового кровообращения, а также пола, возраста, темперамента и эмоционально-личностных характеристик больного.

Помимо этого, исследователи [85] описывали важность выявления таких моментов, как общее состояние и характеристика больного, в том

числе и эмоциональной сферы, определения типа отношения к своему заболеванию, изучение мнения больного об изменениях в собственном характере и поведении, а также мнения об этом его родственников, так как расхождения в полученной информации, а также учет вышеперечисленных факторов, могут быть важными для диагностики эмоциональных расстройств.

Необходимость анализа состояния больного со стороны родственников действительно имеет большое диагностическое значение, так как особенности состояния больных после перенесенного инсульта, могут быть оценены как эмоциональные нарушения. Кроме того, и сами эмоциональные нарушения могут быть восприняты родственниками как закономерности заболевания, не требующие дальнейшей диагностики и внимания, что может отрицательно влиять на исход терапевтических и реабилитационных мероприятий.

Существует несколько видов инсульта, подразумевающих наличие специфических состояний.

Преходящие нарушения мозгового кровообращения

Преходящие нарушения мозгового кровообращения характеризуются внезапным возникновением непродолжительных по времени симптомов поражения центральной нервной системы, которые полностью регрессируют в течение 24 часов с момента их появления. В случае если очаговые неврологические симптомы сохраняются более двух суток, можно судить о развитии мозгового инсульта [75].

К преходящим нарушениям мозгового кровообращения можно отнести транзиторные ишемические атаки, примерно десять процентов из которых в течение ближайшего месяца перерастают в ишемические инсульты, и церебральные гипертонические кризы [58, 75].

Поскольку преходящие нарушения кровообращения являют собой следствие микрокровоизлияний, перегибов и патологической извитости сосудов, патологической деятельности сосудов и артерий, лежащих в

полости черепа, (некоторые дегенеративные заболевания позвоночника, включающие остеохондроз и спондилоартроз, нередко вызывают спазм близлежащих к месту поражения позвоночных артерий), а также ишемии – недостаточности кровообращения на определенном участке мозга, причиной которой зачастую являются заболевания сердца, включая пороки развития, инфаркты, аритмии; микротромбы различного генеза; непродолжительное снижение кровотока вследствие сужения сосудов или при синдроме подключичного обкрадывания, стоит обратить внимание и на факт возможного наличия эмоциональных расстройств в виде лабильности и депрессии, которая зачастую носит так называемый «сосудистый» характер, до эпизода преходящего нарушения мозгового кровообращения. Поскольку вышеизложенные причины зачастую сопровождают больного в течение длительного времени и не всегда диагностируются, нарушения эмоциональной сферы могут приобрести устойчивый характер и оцениваться окружающими как черты характера.

Симптомы преходящих нарушений мозгового кровообращения вариативны и зависят от локализации очага поражения. Так, если нарушение связано с бассейном внутренней сонной артерии, нередко можно наблюдать патологии, связанные с работой структур коры лобных, теменных и височных долей, включающие преходящие расстройства эмоциональной сферы в виде апатии, вялости, эмоциональной лабильности или же агрессии, гнева, раздражительности, в зависимости от локализации патологического очага. Помимо эмоциональных расстройств, преходящие нарушения мозгового кровообращения нередко сопровождаются речевыми расстройствами, сочетающимися с правосторонними нарушениями чувствительности (онемение, покалывание) и движений конечности (слабость кисти, пальцев). При этом, патологические изменения, происходящие в левой половине тела, нарушениями речи, как правило, не сопровождаются [75]. Поскольку симптомы преходящих нарушений мозгового кровообращения регрессируют в течение 24 часов, больные могут

не осознать всей серьезности ситуации, и не оценить возникшие расстройства речи, движений и чувствительности как фактор, требующий внимания и обследования. Однако за преходящими нарушениями мозгового кровообращения зачастую следует развитие депрессивных и фобических расстройств, которые являются следствием ожидания повторения ситуации, а также переживаний по поводу произошедшего.

О возникновении нарушения циркуляции крови в вертебробазилярном бассейне может свидетельствовать появление шума в ушах, неустойчивость, приобретающая особенную силу во время изменения положения головы, системное головокружение, сопровождающееся устойчивым ощущением вращения окружающего пространства по или против часовой стрелки. Данные проявления нередко воспринимаются окружающими как истерические и ипохондрические расстройства.

Помимо этого, отмечаются и вегетативные расстройства в виде бледности кожных покровов, тошноты, холодного пота. Могут возникнуть и нарушения зрения, среди которых: фотопсии, включающие появление «молний», «мошек» и «кругов» в поле зрения, нечеткость зрения, парезы мышц глаза, возможно наличие нистагма [2, 58]. Данные симптомы также могут быть приняты за психоэмоциональные расстройства, а также за галлюцинозы. Поскольку больные, особенно в ранний период после появления подобных нарушений зрения, могут быть на них сосредоточены и нередко начинают всматриваться в предметы, окружающую обстановку, людей или с патологической частотой переводить взгляд, может сложиться впечатление отрешенности, апатичности, безразличия к происходящему.

В области вокруг носа и рта зачастую появляется ощущение онемения, а также сопутствующие трудности произношения, голосообразования и глотания [2, 77]. Больные с данной симптоматикой нередко отказываются принимать пищу и прекращают использовать речь, у них появляется вялость, слабость, что не только может быть воспринято как симптом депрессии, но и в действительности повлечь за собой появление данного расстройства

Если причиной нарушения кровообращения позвоночных артерий выступает разрастание костной ткани по краям тел позвонков, в редких случаях при резких движениях шеи, особенно по направлению кзади, может дебютировать синдром «падающей капли», характеризующийся внезапным падением, оцепенением с полным сохранением сознания. Разновидностью данного синдрома является синдром Унтерхарншейдта, при котором происходит кратковременная потеря сознания, в то время как процесс восстановления двигательных функций является более продолжительным по времени. У больных с наличием данного синдрома нередко появляется панический страх его повторения, наряду с повышенной тревожностью, фобическими и депрессивными расстройствами [58, 75].

В случае прогрессирования процесса сужения магистральных сосудов головного мозга, нарушения кровообращения могут произойти в смежных бассейнах: каротидном и вертебробазиллярном, что сопровождается проявлениями патологического функционирования коры теменных, затылочных и височных долей [58] в виде искажений восприятия, преходящих слуховых и зрительных галлюцинаций, сложных речевых расстройств, появления эмоций тревоги, ужаса, а также гнева, ярости, и агрессии, имеющих характер аффекта, фобических, тревожно-депрессивных расстройств и ипохондрических расстройств [44, 85]

Геморрагические инсульты

Все кровоизлияния, происходящие в полости черепа, могут быть следствием разрыва стенки сосуда, либо результатом выхода элементов крови через неповрежденную сосудистую стенку вследствие нарушения ее тонуса и проницаемости.

Разрыв сосудистой стенки, как правило, происходит в местах имеющих патологических изменений, среди которых можно отметить участки воспаления, скопления аневризм, атеросклероза, ишемии, а также после периодов длительного повышения артериального давления, чему

нередко сопутствует наличие эмоциональной лабильности, вялости, повышенной утомляемости, апатии [26, 75].

Кроме того, тяжелые эмоциональные переживания могут являться причиной развития геморрагического инсульта.

Среди наиболее распространенных симптомов геморрагического инсульта выделяют паралич конечностей одной стороны тела, сочетающийся с парезом языка и мимической мускулатуры, вследствие чего внешний вид больного может быть оценен как типичный для апатии и депрессии.

Если очаг кровоизлияния локализуется в области ствола мозга, мозжечка, внутренней капсулы, таламуса или базальных ганглиев, его последствия могут носить особенно тяжелый характер ввиду смещения, сдавливания и расслаивания гематомой прилегающих к этим образованиям тканей [58, 75]. В таком случае, как правило, наблюдаются выраженные психические и эмоциональные расстройства, включая утрату контроля над эмоциями, неспособность распознавания эмоциональной окраски.

Первым симптомом совершившегося внутримозгового кровоизлияния, как правило, является головная боль и сопутствующие ей, постепенно нарастающие и прогрессирующие симптомы недостаточности нервной системы, тошнота, рвота, а также спутанность и потеря сознания. Известно, что головная боль нередко влечет за собой усиление тревожных и депрессивных проявлений, враждебности. В случае свершившегося инсульта, ввиду интенсивности головной боли, могут доминировать такие эмоции, как гнев, обида и негодование из-за отсутствия улучшения [53].

Кровоизлияние, локализующееся в полушариях головного мозга, может повлечь за собой парез конечностей одной стороны тела, если же оно базируется в задней черепной ямке, нередко становится возможным наблюдение симптомов, характерных для поражения мозжечка и ствола мозга, среди которых: паралич глазных мышц и последующее содружественное отклонение глазных яблок в сторону, «точечные» зрачки [19, 26]. Расстройства эмоциональной сферы в данном случае с высокой

долей вероятности будут зависеть от полушария, в котором локализуется патологический очаг. Так, если поражению подверглось правое полушарие, возможно появление беспечности, безразличия, эмоциональной лабильности, а также повышение эмоционального фона. Ситуация поражения левого полушария нередко влечет за собой развитие тревожно-депрессивных расстройств, страха, апатии, заторможенности, нетерпимости, агрессии [85].

Обширные кровоизлияния более чем у половины больных несовместимы с жизнью и заканчиваются в течение нескольких дней летальным исходом. У остального числа людей, перенесших такое кровоизлияние, сознание возвращается, неврологический дефицит по мере рассасывания излившейся крови регрессирует [24, 58].

Если гематома находится в области базальных ядер, становится возможным предположение о развитии пареза, либо анестезии конечностей на половине тела, противоположной месту локализации очага поражения, а также об одновременном выпадении одноименных частей полей зрения, что может повлиять на развитие тревожно-депрессивных состояний, причиной которых, в том числе, могут являться переживания по поводу своего состояния и будущей жизни. Также у таких больных нередко дебютируют фобические расстройства, в особенности, фобия падения, которая возникает не только вследствие потери чувствительности в конечности, но и в результате опасений больного, связанных с невозможностью полностью увидеть и оценить окружающую обстановку. Кроме того, некоторые базальные ядра (например, прилежащее ядро прозрачной перегородки) являются составляющими пути передачи положительных эмоциональных сигналов, что, в ситуации их поражения, может привести к невозможности закрепления программ удовлетворения потребностей [37].

Если поражению подверглось доминантное полушарие, возрастает вероятность появления расстройств речи в виде афазии, в случае локализации гематомы в субдоминантном полушарии нередко наблюдается утрата способности к критической оценке своего состояния.

За поражением таламуса по причине кровоизлияния, зачастую следует появление анестезии и нарушений скоординированности движений на одной половине тела, противоположной локализации патологического очага, с возможным развитием пареза и внезапно возникающих болей. Такое состояние может быть воспринято как проявление ипохондрии, а также дурашливости. Выпадение одновременно правых или левых частей поля зрения каждого глаза может повлечь развитие фобических нарушений [58, 75, 77].

При расположении гематомы внутри мозжечка так же отмечаются расстройства согласованности движений, что может быть принято за проявления расторможенности, дурашливости, мории. Кровоизлияния в мост мозга, с немалой долей вероятности, могут привести к отвисанию нижней челюсти ввиду пареза жевательных мышц, сходящемуся косоглазию, выраженному сужению зрачков [26, 75]. Вид таких больных можно соотнести с выражением апатии, безразличия.

Субарахноидальные кровоизлияния

Субарахноидальное кровоизлияние характеризуется спонтанным кровотечением в заполненное спинномозговой жидкостью пространство между паутинной оболочкой, окруженной сверху твердой оболочкой, прилегающей к полости черепа, и мягкой оболочкой, расположенной в непосредственной близости от полушарий мозга [75].

Причиной развития кровоизлияния, локализующегося в субарахноидальном пространстве, как правило, является разрыв аневризмы – стенки сосуда, подвергшейся патологическому изменению в виде растяжения или выпячивания, реже такое кровоизлияние становится результатом гипертонической болезни, истончения сосудистой стенки или же является следствием аномалии развития сосудов, характеризующейся переплетением вен и артерий – артериовенозной мальформации, разрыв которой нередко происходит в ситуации стресса, выраженных

эмоциональных нагрузках, в том числе, и при переживании эмоций положительного знака [26, 58, 75].

На третьи-четвертые сутки после субарахноидального кровоизлияния отмечаются признаки деменции, дебютирующие на фоне ишемии головного мозга вследствие продолжительного спазма сосудов, а также общая заторможенность.

Упоминая клиническое течение, а также процесс разрыва аневризм, выделяют три периода: догеморрагический, геморрагический, постгеморрагический.

В догеморрагическом периоде симптомы заболевания зачастую остаются незамеченными, однако появляются головные боли, сосредоточенные в области лба и глазниц, нередко иррадиирующие в глазные яблоки, развивающиеся по типу мигрени и, в отдельных случаях, сопровождающиеся менингеальными симптомами, которые сохраняются до трех суток и сопутствуют раздражению мозговых оболочек. Со стороны эмоциональной сферы нередко отмечается выраженность тревожно-депрессивных расстройств, гнева, обиды, что связано с наличием длительных болевых ощущений [53].

Геморрагическим называют период, длящийся от трех до пяти недель после непосредственного разрыва аневризмы, который характеризуется наличием острой головной боли, часто сопровождающейся ощущением жара («как кипяток разлился под черепом»), что также может быть принято за нарушения психики, ипохондрические расстройства.

В момент разрыва зачастую происходит непродолжительная потеря сознания, переходящая в состояние оглушения и связанная с тотальным спазмом сосудов и последующим угнетением функций гипоталамуса, и, как следствие, нарушением в проявлении эмоций страха и агрессии, включая их возникновение без наличия раздражителя, а также расстройством функций ретикулярной формации ствола мозга, в зависимости от образования,

входящего в ее состав и подвернувшегося поражению, может возникнуть состояние депрессии или эйфории [44].

Затем, в связи с раздражением мозговых оболочек под воздействием излившейся в спинномозговую жидкость крови, последующим повышением внутричерепного давления, нарастает головная боль и тошнота, появляется рвота и головокружение, замедляется дыхание и сердцебиение. При попадании крови в вещество мозга, а также при спазме соответствующей мозговой артерии, можно наблюдать развитие речевых нарушений, расстройств памяти, возникновение патологических знаков [19, 26, 58].

Разрыв аневризмы, локализуемой в передней мозговой – передней соединительной артериях помимо одностороннего пареза дистальных отделов нижней конечности с появлением патологических стопных знаков, нарушением сознания, психики, речи, нередко влечет за собой развитие эмоциональных расстройств, которые могут быть связаны с нарушением функционирования передней части лимбической системы и выражаться в виде патологического проявления гнева, ярости и страха, отсутствии направленности этих эмоций, заторможенности, болтливости; с повреждением лобных долей и последующим появлением «лобной психики», которая в зависимости от стороны локализации очага поражения характеризуется безучастием, безынициативностью, вялостью, замедлением реакций, подавленностью, либо эйфорией, морией, беспечным отношением к своему состоянию, болезни, окружающей действительности.

Если аневризма находилась в полости средней мозговой артерии, вероятно появление пареза или, в некоторых случаях, паралича или анестезии конечностей одной половины тела, расстройств речи в виде афазии, нарушений зрения в форме выпадения части поля зрения обоих глаз, что также способствует развитию тревожно-депрессивных и фобических расстройств [19, 26, 58, 75].

В постгеморрагический период сохраняются возникшие во время кровоизлияния симптомы неврологического дефицита [75], с вероятным появлением тревожных, депрессивных, фобических, апатических нарушений.

Ишемические инсульты

Ишемический инсульт является результатом недостаточности, либо полного отсутствия кровоснабжения тканей головного мозга [58].

Существует две фазы развития ишемического инсульта, первая из которых представляет собой прогрессирующий инфаркт мозга с сопутствующим нарастанием в течение одних-двух суток очаговой неврологической симптоматики, вторая предполагает наличие свершившегося инфаркта мозга с появлением устойчивой очаговой неврологической симптоматики, степень тяжести которых зависит от обширности очага поражения, а также от бассейна, в котором он расположен [30, 59].

Среди причин возникновения такого типа инсульта можно выделить четыре группы факторов.

Патологические сосудистые изменения, включая сдавление сосудов и аномалии их строения.

Нарушения гемодинамики различного генеза, влекущие за собой появление сосудисто-мозговой недостаточности вследствие снижения кровоснабжения тканей мозга.

Особенности процесса обмена веществ в головном мозге, связанные, как правило, с возрастом и индивидуальными свойствами организма, предполагающие наличие разницы в реакциях, возникающих в ситуации снижения мозгового кровообращения.

Нарушение свертываемости и вязкости крови, изменение ее состава, включая концентрацию электролитов и фракций белка [30, 75].

Таким образом, предшествующие ишемическому инсульту нарушения, нередко могут сопровождаться эмоциональной лабильностью, плаксивостью,

раздражительностью, обидчивостью, прогрессирующее этих расстройств может привести к апатии, безразличию, безынициативности [2, 10].

Как правило, ишемия мозга, развивающаяся при нарушениях кровообращения, носит локальный характер в связи с принадлежностью к определенному сосудистому бассейну, поэтому особенности проявления эмоциональных нарушений, являющихся следствием произошедшего ишемического инсульта, также связаны с областью поражения, и наиболее ярко выражены в случае нахождения патологического очага в лобных и височных долях, а также в образованиях, составляющих лимбическую систему [36, 44, 85].

В случае если признаки неврологического дефицита регрессируют в течение суток, ишемию можно назвать преходящей, в ситуации сохранения неврологической симптоматики до недели, представляется возможным предположение о малом инсульте, при наблюдении симптомокомплекса поражения нервной системы в период, превышающий одну неделю, инсульт можно считать завершившимся [58, 75].

Ишемические инсульты зачастую развиваются у лиц пожилого и старческого возраста и сопровождаются заблаговременным непродолжительным появлением неврологических нарушений. Если инсульт вызван тромбом, симптомы неврологического дефицита обычно носят характер острых эпизодов с периодами улучшения состояния, либо характеризуются постепенным нарастанием [5, 30]. Поскольку такие симптомы не являются постоянными, они часто не воспринимаются больными как требующими дальнейшего обследования, однако могут способствовать появлению тревожных и депрессивных расстройств.

Стоит отметить, что среди первых признаков ишемического инсульта, который зачастую развивается во время сна и обычно происходит в зоне корковых ветвей артериальной сети, нарушения сознания, как правило, не происходит, однако отмечаются признаки как проводникового, так и очагового неврологического дефицита [20, 59], что при некоторых

локализациях, в особенности, лобных, может повлечь за собой развитие эмоционально-личностных изменений, включая расторможенность, гневливость, дурашливость, а также безынициативности, беспокойства, апатии [85].

В ситуации, когда нарушение кровообращения локализуется в бассейне средней мозговой артерии, можно наблюдать развитие паралича или анестезии конечностей одной половины тела, а также пареза взора, которые происходят на стороне, противоположной нахождению очага поражения. Помимо этого, нередко возникает выпадение одновременно правых или левых частей поля зрения, при поражении доминантного полушария появляются речевые нарушения в виде как моторной, так и сенсорной афазии, при поражении субдоминантного полушария, как правило, нарушается процесс выполнения действий, имеющих определенную цель, наблюдается синдром одностороннего пространственного игнорирования [20]. Вследствие появления вышеперечисленных симптомов, у больных зачастую развиваются фобические нарушения, связанные с падением и боязнью открытых пространств.

В целом аналогичные симптомы отмечаются и при закупорке внутренней сонной артерии, однако не исключается вероятность появления нарушений зрения со стороны окклюзии, а при поражении субдоминантного полушария – утраты способности к критической оценке своего состояния [30, 58, 59].

При закупорке передней мозговой артерии на стороне, противоположной месту окклюзии, нередко развивается парез или паралич нижней конечности, появляется хватательный рефлекс, который характеризуется удержанием предмета при нанесении им штрихового раздражения ладони. Кроме того, при поражении лобной доли, у больных наблюдается прищуривание глаза на стороне развития патологического процесса [75], что можно принять за проявление злобы, подозрительности.

Возникает и значительное повышение мышечного тонуса, в случае поражения доминантного полушария сочетающееся с преходящими расстройствами речи в виде афазии. Если очаг поражения локализуется в области гипоталамуса или передних отделов лимбической системы, возникают когнитивные нарушения, расстройства психики и эмоциональной сферы [20, 30, 58], что нередко вызывает появление агрессивных маний [37].

Если нарушению кровотока подверглась задняя мозговая артерия, становится возможным развитие амнезии, которая зачастую появляется на фоне поражения расположенной в височных долях лимбической области [44, 55, 75], что в некоторых случаях влечет за собой появление искаженных эмоциональных реакций, включая дисфории, дистимии, тревоги, фобии, утрату способности распознавания и оценки эмоционального состояния окружающих и, как следствие, отсутствие направленности при проявлении эмоций.

Помимо этого, возникшие анестезии, парез конечностей на стороне, противоположной окклюзии, парез взора вверх, гиперкинез, характеризующийся периодическим осуществлением неосознанных размахистых движений, похожих на бросание мяча [75], может способствовать появлению впечатления о наличии у больного дисфорий, включая агрессию.

За нарушением кровотока в вертебробазилярном бассейне следует появление симптомов, характерных для нарушения работы функций ствола мозга и мозжечка с возможным развитием пареза конечностей одной половины тела, а также расстройства глотания, артикуляции и фонации, что сопровождается эмоциональной лабильностью, появлением склонности к насильственным эмоциям смеха и плача.

В ситуации тотальной окклюзии базилярной артерии наступает летальный исход [58, 75].

Таким образом, анализируя клиническую картину данного заболевания, вне зависимости от его генеза, можно отметить, что некоторые особенности

физического состояния больных, перенесших инсульт, схожи с проявлениями эмоциональных нарушений и, по-видимому, могут быть ошибочно за них приняты.

Стоит обратить внимание и на факт того, что нарушения эмоциональной сферы, дебютирующие в постинсультный период, зачастую являются не только результатом поражения структур мозга, но и следствием закономерных эмоциональных реакций и переживаний, возникших в качестве ответа на ситуацию инсульта.

Так, согласно статистике Национальной Ассоциации по борьбе с инсультом, 31% больных, перенесших инсульт, нуждается в постоянной помощи и специальном уходе, что, несомненно, оказывает существенное влияние на эмоциональное состояние таких людей, которое становится неустойчивым: апатия сменяется агрессивностью, радость быстро переходит в раздражение [60].

Депрессия – одно из самых распространенных нервно-психических нарушений, возникающих в постинсультный период. Она не только значительно увеличивает период восстановления, но и усиливает когнитивные нарушения [95]. Постинсультная депрессия развивается у 20-50% пациентов в течение года после перенесенного заболевания. Наиболее часто проявляется через 3-6 месяцев после развития инсульта [100].

Если в течение более чем двух недель у пациента отмечается ангедония, снижение настроения, значительное изменение веса, инсомния или гиперсомния, психомоторное возбуждение, либо торможение, слабость, повышенная утомляемость, постоянное чувство вины и бесполезности, трудности с концентрацией внимания, мысли о смерти, можно судить о наличии у него депрессивного расстройства. При этом если у больного определяется как минимум пять вышеперечисленных симптомов, то становится возможным определить такую депрессию, как тяжелую (большую). В случае если у пациента присутствуют, по крайней мере, два

вышеперечисленных симптомов, можно предположить, что депрессия является легкой (малой).

Согласно статистическим данным, большая депрессия встречается у 0-25% больных, в то время как малая – у 10-30% [93].

Следует обратить внимание и на существующее мнение ученых о том, что депрессию, дебютирующую после перенесенного инсульта, от депрессии, не зависящей от какого-либо заболевания, отличает наличие так называемой катастрофальной реакции [98], которая характеризуется внезапным безосновательным выражением страха, агрессии, плача, бранью, обвинением, хвастовством, неразумными действиями, производимыми в ответ на конкретные просьбы, отказом от обследования и выполнения заданий врача [69]. Кроме того, психиатр, профессор Е. С. Авербух также отмечал особенности течения депрессий, вызванных сосудистыми расстройствами, среди которых было выделено наличие раздражительности, подозрительности, тревоги, беспокойства, страха, злобы, а также сопутствующей ипохондричности, эмоциональной лабильности и эмоционального слабодушия [1].

Немаловажен и тот факт, что депрессия не только является следствием перенесенного инсульта, но может стать и причиной его возникновения. Неоднократно доказано, что депрессия увеличивает риск развития инсульта в последующие 10-15 лет на 29%, а депрессия в активной стадии у женщин увеличивает вероятность его появления до 41%, несмотря на контроль других факторов риска, таких как артериальная гипертензия, сахарный диабет, гиперхолестеринемия [43, 78].

В некоторых случаях депрессия может выступать в качестве предиктора инсульта. Так, согласно положениям концепции «сосудистой депрессии», сформулированной в 1997 G.S. Alexopoulos и K.R.R. Krishnan [22, 87, 105], депрессивное расстройство можно назвать следствием ишемии, возникшей в головном мозге. Такая депрессия, как правило, развивается у пациентов в возрасте от 64 лет, при этом, наряду с отсутствием типичного

для депрессии чувства вины и тоски, отмечается ангедония, апатия, замедленность мышления [22]. Диагностика сосудистой депрессии, к сожалению, часто бывает затруднена в связи с тем, что ее симптомы многими людьми воспринимаются как нечто естественное для процесса старения. Но, тем не менее, ее своевременное распознавание имеет достаточно большое значение, ведь, предположив, что депрессия пациента имеет сосудистый генез, проведя дополнительные исследования, можно вовремя заметить ишемические изменения, происходящие в головном мозге, и подобрать соответствующую терапию, что, в свою очередь, позволит существенно снизить риск развития ишемического инсульта.

В последнее время интерес ученых к изучению депрессии, возникающей после перенесенного инсульта, и, в частности, ее патогенеза, существенно возрос. Но, тем не менее, единого подхода к пониманию механизма возникновения постинсультной депрессии на данный момент не существует.

Достоверно известно, что факторами риска развития постинсультной депрессии является генетическая предрасположенность, высокий уровень образования, принадлежность к женскому полу, другие инсульты в анамнезе, когнитивные нарушения, появившиеся вследствие перенесенного инсульта, а также локализация очагов поражения в лобных отделах левого полушария головного мозга, либо в субкортикальных отделах правого полушария [43, 78].

Более того, основываясь на исследованиях как российских, так и зарубежных ученых, можно сделать вывод о том, что и степень выраженности депрессии во многом зависит от локализации очагов поражения: для повреждения левых корковых областей (в особенности, лобных) и левых подкорковых областей (в особенности, базальных ганглиев) характерно раннее развитие большой депрессии. При локализации поражения в задних частях обоих полушарий (в особенности, теменных), в 82% случаев проявляется малая депрессия. Таким образом, депрессию,

возникающую после перенесенного инсульта, можно рассматривать не только как психологическую реакцию, но и как симптом данного заболевания [17, 22].

Помимо этого, постинсультная депрессия может быть связана с психологическими причинами, возникшими в результате переживаний больного по поводу изменений привычного образа жизни, утраты каких-либо функций организма, возможной зависимости от окружающих, проблем с речью и коммуникацией, либо являться следствием прогрессирования депрессивного расстройства, возникшего до инсульта [60].

Также исследователями установлено, что постинсультную депрессию могут вызывать лекарственные препараты, используемые во время терапии, среди которых: некоторые гипотензивные средства, кортикостероиды, антиконвульсанты, бензодиазепины.

В связи с вышеизложенным, рассуждая о причинах постинсультной депрессии, следует помнить, что для каждого отдельного случая необходим комплексный анализ возможных факторов, что поможет своевременно скорректировать план лечения и избежать разрушающих последствий.

Кроме того, особенности внешнего вида, поведения и эмоционального состояния больных после инсульта, включающие в себя печальное выражение лица, обусловленное слабостью лицевой мускулатуры, плач из-за эмоционального состояния или фрустрации, насильственный плач или смех, связанный со псевдодобульбарным аффектом, снижение активности, повышенную утомляемость, психомоторную заторможенность, нарушения сна и аппетита, могут быть ошибочно приняты за симптомы депрессии [22].

Апатия как осложнение, произошедшее в постинсультный период, также довольно распространена и, по мнению ученых, развивается у 25-40% больных [88]. Данное расстройство характеризуется снижением активности, безучастностью, бездействием, утратой интереса к окружающей действительности, эмоциональным оскудением. Апатия, как и депрессия, препятствует процессу восстановления после инсульта, возвращению в

социальную среду и адаптации в ней, снижает эффективность реабилитационных мероприятий и продлевает время нахождения больного в стационаре, а также способствует развитию деменции.

Следует отметить, что признаки апатии можно заметить у пациентов с любой степенью тяжести перенесенного инсульта, поскольку она может найти отражение в повседневных действиях: взаимодействии с окружающими, опрятности, выполнении гигиенических процедур. Однако некоторые больные не выражают интереса к процессу восстановления и выполнению реабилитационных мероприятий из-за наличия фобий (в частности, фобии падения), либо их сочетания с астенией [27, 45].

Данные о связи апатии и локализации очага поражения противоречивы, однако существует мнение о том, что ее развитию предшествуют патологические изменения в лобных долях, а усиление проявления происходит при поражении преимущественно левого полушария, либо двух полушарий одновременно [102]. Помимо этого, некоторые авторы полагают, что появлению апатии способствует повреждение в результате инсульта базальных ганглиев, в частности хвостатого ядра, а также некоторых областей таламуса [90]. Также исследователями было отмечено, что развитие апатии в ранний период, следующий за перенесенным инсультом, обусловлен влиянием очага поражения, в то время как ее дальнейшее появление, как правило, является следствием общих сосудистых изменений, произошедших в результате острого нарушения кровообращения в головном мозге [91].

В отличие от депрессии, в частности большой, которая зачастую развивается при поражении структур левого полушария, появлению апатии предшествуют правополушарные патологические изменения, сосредоточенные в височных, лобных и теменных областях [104]. Однако апатия зачастую сопутствует большой депрессии, из чего можно сделать вывод о схожести механизмов их появления, либо о взаимном влиянии на собственное развитие. Более того, среди симптомов как апатии, так и

большой депрессии различают заторможенность психомоторных реакций и утрату интереса к окружающей действительности, что, возможно, указывает на ассоциативность этих процессов.

Фобии, существенный вклад в изучение которых внес З. Фрейд [84], также нередко развиваются в постинсультный период, который влечет за собой появление новых эмоций, чувств и физических ощущений, ранее больному не известных, а потому способных вызывать страх. Помимо этого, фобии, возникающие в период после перенесенного инсульта, нередко подкрепляются наличием когнитивных расстройств, результат деятельности которых становится основой искаженных мыслей и страхов.

Установлено, что в некоторых случаях выраженность и вариативность фобических расстройств зависит не только от обширности патологического очага, но и от его локализации. Так, у больных, с поражением в ходе инсульта височных долей, нередко возникает фобия любых смертельных заболеваний, а при левостороннем поражении теменной или височной долей возрастает вероятность развития инсультофобии, которая при нахождении патологического очага в правой височной доле, а также в правых базальных ядрах встречается значительно реже, что может быть обусловлено угнетением функций эмоциональной регуляции, осуществляющихся данными структурами. Таким образом, развитие фобических расстройств зачастую происходит вследствие поражения височных долей, миндалевидного тела, островковой доли, таламуса, передней поясной извилины, префронтальной коры больших полушарий, а также ее ассоциативных зон [99].

Все постинсультные фобии обычно дебютируют в первые месяцы после перенесенного инсульта и в основном возникают у лиц, ранее не имевших предрасположенности к фобическим реакциям. Кроме того, фобии, возникшие в постинсультный период, могут иметь четкую основу для своего развития в виде психотравмирующей ситуации и объективных трудностей, появившихся на фоне неврологического дефицита.

По данным исследований [27, 45], наиболее распространенной фобией, возникшей в период после перенесенного инсульта, является фобия падения, включая боязнь потери равновесия при переводе тела в вертикальное положение, а позднее и страх передвижения без опоры, что отягощает состояние больного и препятствует осуществлению реабилитационных мероприятий.

Нередко встречается и фобия повторения инсульта, а также фобия других смертельных заболеваний, способы выражения которых весьма вариативны. Так, некоторые больные начинают тщательнее следить за состоянием своего организма, необоснованно часто проходить обследования и посещать специалистов, что зачастую схоже с ипохондрическим расстройством. Другие, напротив, прекращают всякий контроль за собственным здоровьем и избегают медицинских манипуляций. Фобия повторения инсульта может проявляться и в виде страха повторения действий, которые сопровождали развитие инсульта, что выражается, например, в избегании определенных продуктов, использовании конкретных предметов, что зачастую развивается на фоне сопутствующих депрессивных расстройств.

Помимо этого, нельзя исключать вероятность развития агорафобии, связанной с боязнью открытых пространств и страхом покидания привычной среды обитания в виде квартиры, дома. Основой для появления данной разновидности фобического расстройства в постинсультный период, как правило, является страх внезапного ухудшения самочувствия, либо повторного инсульта [96].

Дисфория у больных, перенесших инсульт, зачастую проявляется в виде агрессивного поведения, которое может быть выражено физически (нападение, применение физической силы к окружающим) или вербально (ссоры, крик, угрозы). Агрессия, выступающая в качестве защитной реакции организма на перенесенную болезнь, может быть направлена на кого-то непосредственно, либо косвенно (злые шутки, сплетни). В некоторых

случаях, агрессия пациента направлена на самого себя (аутоагрессия), а иногда она может быть использована для достижения какой-либо цели (инструментальная агрессия) [38, 47].

Основой для развития агрессивного поведения в постинсультный период может стать тревога или фобии, возникающие у пациента при осознании произошедшего и прогнозировании трудностей и изменений привычного уклада жизни, злость и раздражение из-за утраченных функций и потери контроля над телом [35].

Помимо этого, по мнению некоторых ученых, существует связь между локализацией очага поражения и проявлением агрессии. Так, при поражении дорсолатеральной префронтальной коры пациенты зачастую теряют контроль над эмоциональной сферой, а при поражении орбитофронтальной коры можно заметить эмоциональное обеднение и, как следствие, снижение способности к эмпатии и контролю своего поведения.

Также у больного после перенесенного инсульта может возникнуть чувство ненависти к парализованной конечности – мизоплегия, и, как следствие, аутоагрессия, что часто наблюдается при инсультах, очаг поражения которых находится в правом полушарии головного мозга [94].

Агрессия у пациентов в постинсультном периоде, наряду с тревожностью и снижением настроения, может быть частью проявления катастрофической реакции, связанной с невозможностью выполнения пациентов бытовых дел из-за неврологического дефицита [47].

Тревожное расстройство, в свою очередь, в отечественной литературе зачастую рассматривается как симптом депрессии, однако зарубежные исследователи выделяют ее как отдельное расстройство, способное повлечь за собой не только трудности с адаптацией и социальным взаимодействием, но и прогрессирование атрофии корковых структур.

Следует отметить, что любые нервно-психические нарушения, включая депрессивные и фобические расстройства, тревогу, дисфорию, апатию, появившиеся у пациента в период после перенесенного инсульта, не только

существенно снижают мотивацию пациента к реабилитационным мероприятиям, делая их неэффективными, но и увеличивают вероятность летального исхода.

Таким образом, инсульт, представляющий собой острое нарушение мозгового кровообращения, нередко влечет за собой нарушения эмоциональной сферы, которые могут являться результатом поражения структур мозга, а также следствием закономерных эмоциональных реакций и переживаний, возникших в качестве ответа на ситуацию болезни.

Анализируя клиническую картину данного заболевания, вне зависимости от его генеза, можно отметить, что некоторые особенности физического состояния больных, перенесших инсульт, схожи с проявлениями эмоциональных нарушений и, по-видимому, могут быть ошибочно за них приняты.

Существуют структуры головного мозга, отвечающие за формирование и сопровождение конкретных эмоций, поражение которых влечет появление эмоциональных расстройств. Так, повреждение в результате инсульта образований лобных долей, нередко вызывает апатию, эмоциональную расторможенность, эйфорию, морию, нарушение адекватности эмоций; повреждение височных долей справа – тревогу, страх, ярость, слева – плаксивость и раздражительность. Очаг поражения, локализующийся в области таламуса, влияет на развитие эмоциональной лабильности, перепадов настроения, депрессивных расстройств, суицидального поведения. Помимо этого, повреждение ядер таламуса, а также структур, наряду с ним составляющих лимбическую систему, в частности, поясной и парагиппокампальной извилин, гиппокампа, гипоталамуса, способствует проявлению искаженных эмоциональных реакций, среди которых амбивалентность, дистимия, дисфория, тревоги, фобии, панические атаки. Нарушение в результате инсульта функций миндалевидного тела, также являющегося частью лимбической системы, нередко выражается утратой способности распознавания и оценки эмоционального состояния

окружающих и, как следствие, отсутствие направленности при проявлении эмоций.

Правосторонние поражения с большей долей вероятности приводят к эмоциональной лабильности, эйфории, мори, благодушию, беспечности, отсутствию критичности к своему состоянию, в то время как левосторонние зачастую провоцируют появление отрицательных эмоций страха, гнева, тревоги, апатии, депрессивных расстройств, а также агрессии.

Депрессия – одно из самых распространенных нервно-психических нарушений, возникающих в постинсультный период, однако нередко развивается апатия, характеризующаяся снижением активности, безучастностью, бездействием, утратой интереса к окружающей действительности, эмоциональным оскудением; фобические нарушения, среди которых фобия падения, фобия повторения ситуации инсульта, фобия открытых пространств; тревожное расстройство, которое в отечественной литературе зачастую рассматривается как симптом депрессии.

При этом любые нарушения эмоциональной сферы не только препятствуют социализации и адаптации после перенесенного инсульта, отрицательно влияют на эффективность реабилитационных мероприятий, но и увеличивают вероятность летального исхода.

Выводы по первой главе

В ходе изучения теоретических аспектов проблемы выявления особенностей эмоциональной сферы больных, перенесших инсульт, было установлено, что эмоциональная сфера – совокупность субъективных реакций и когнитивных представлений, возникающих в результате воздействия как внутренних, так и внешних раздражителей, соотносимая с темпераментом и характером человека.

Помимо этого, было отмечено, что, несмотря на длительное и детальное изучение учеными психологами, нейрофизиологами,

психоневрологами механизмов возникновения эмоций, единого подхода к пониманию процесса появления эмоций не существует до сих пор, однако развитие эмоций и способ их выражения зачастую обусловлены воспитанием и социальной средой, сопутствующей периоду детства индивида.

Были сделаны выводы о том, что эмоции – отличные от чувств процессы, имеющие определенные функции, среди которых: сигнальная, отражательная, побуждающая, подкрепляющая, переключательная, приспособительная, регулятивная, могут носить патологический характер, выражающийся в их усилении, ослаблении, искажении, нарушении подвижности. Все эмоциональные нарушения существенно снижают качество жизни больных, в том числе, и после перенесенного инсульта, препятствуют реабилитации и адаптации.

Было обращено внимание и на факт того, что инсульт, представляющий собой острое нарушение мозгового кровообращения, нередко влечет за собой нарушения эмоциональной сферы, которые могут являться результатом поражения структур мозга, а также следствием закономерных эмоциональных реакций и переживаний, возникших в качестве ответа на ситуацию болезни.

Кроме того, было установлено, что некоторые особенности физического состояния больных, перенесших инсульт, схожи с проявлениями эмоциональных нарушений и, с определенной долей вероятности, могут быть ошибочно за них приняты.

Также было обнаружено, что некоторые структуры головного мозга отвечают за формирование и сопровождение конкретных эмоций, а их поражение влечет за собой появление эмоциональных расстройств, которые наиболее ярко проявляются при повреждении лобных и височных долей.

Было выявлено, что повреждение ядер таламуса, а также образований, наряду с ним составляющих лимбическую систему, в частности, поясной и парагиппокампальной извилин, гиппокампа, гипоталамуса, способствует проявлению искаженных эмоциональных реакций, среди которых

амбивалентность, дистимия, дисфория, тревоги, фобии, панические атаки. Нарушение в результате инсульта функций миндалевидного тела, также являющегося частью лимбической системы, нередко выражается утратой способности распознавания и оценки эмоционального состояния окружающих и, как следствие, отсутствие направленности при проявлении эмоций.

Помимо этого, было отмечено, что правосторонние поражения с большей долей вероятности приводят к эмоциональной лабильности, эйфории, мори, благодушию, беспечности, отсутствию критичности к своему состоянию, в то время как левосторонние зачастую провоцируют появление отрицательных эмоций страха, гнева, тревоги, апатии, депрессивных расстройств, а также агрессии.

Было обращено внимание на то, что депрессия является одним из самых распространенных нервно-психических нарушений, возникающих в постинсультный период, однако после перенесенного инсульта нередко развивается апатия, характеризующаяся снижением активности, безучастностью, бездействием, утратой интереса к окружающей действительности, эмоциональным оскудением; фобические нарушения, среди которых фобия падения, фобия повторения ситуации инсульта, фобия открытых пространств; тревожные расстройства, которые в отечественной литературе зачастую рассматриваются как симптом депрессии.

Кроме того, было отмечено, что любые нарушения эмоциональной сферы не только препятствуют социализации и адаптации после перенесенного инсульта, отрицательно влияют на эффективность реабилитационных мероприятий, но и увеличивают вероятность летального исхода.

Глава 2. Эмпирический анализ проблемы изучения особенностей эмоциональной сферы больных, перенесших инсульт

2.1 Организация эмпирического исследования

Для анализа эмпирического аспекта изучения особенностей эмоциональной сферы больных, перенесших инсульт, были сформированы две группы, в состав каждой из которых вошли 22 участника. Контрольная группа была представлена людьми от 23 лет до 61 года, в анамнезе которых инсульты отсутствовали, основу экспериментальной группы составили участники в возрасте от 26 до 69 лет, имеющие подтвержденный диагноз «острое нарушение мозгового кровообращения» различной локализации, установленный от 26 дней до 5 лет назад (Приложение А). Испытуемые не были объединены местом проживания и проходили лечение в разных медицинских учреждениях.

Исследование проводилось с февраля по апрель 2020 года и включало в себя три этапа.

Первый этап предполагал выбор темы, обоснование ее актуальности, определение проблемы исследования, его целей и задач, а также условий гипотезы, изучение теоретических аспектов, связанных с изучением особенностей эмоциональной сферы больных, перенесших инсульт, на основании чего была составлена программа исследования.

На втором этапе условия гипотезы была подвергнуты проверке. В процессе подготовки к проведению исследования был произведен отбор участников, составивших экспериментальную и контрольную группы. В обеих сформированных группах был проведен констатирующий эксперимент для определения знака и модальности доминирующих эмоций, а также для выявления эмоциональных проявлений, имеющих болезненный характер.

Третий этап включал обработку и анализ полученных данных, оформление итогов исследования. Выявленные на основе эмпирических данных закономерности отражены в выводах.

Для решения задач исследования, определенных на первом этапе, были выбраны следующие методики.

1. Шкала дифференциальных эмоций К.Э. Изарда [41], представляющая собой перечень прилагательных, описывающих различные эмоциональные проявления, свойственные человеку, которые сгруппированы по десяти показателям: интерес, радость, удивление, горе, гнев, отвращение, презрение, страх, стыд и вина. Данная методика предполагает самостоятельную оценку испытуемым степени проявления каждого эмоционального переживания на момент проведения исследования в числовом эквиваленте, где 1 – переживание полностью отсутствует, 5 – переживание имеет наибольшую степень выраженности, что позволяет получить представление о преобладании той или иной базовой эмоции в отдельности, а также определить индекс позитивных эмоций, к которым были отнесены интерес, радость и удивление; негативных эмоций, включающих горе, гнев, отвращение, презрение; тревожно-депрессивных, в состав которых вошли страх, стыд и вина, что осуществляется путем подсчета суммы баллов по каждой группе.

Помимо этого, в результате применения методики становится возможным выявление степени выраженности эмоциональных переживаний. Так, показатель позитивных эмоций меньше или равный 19, может свидетельствовать о слабом уровне их проявления; показатель от 20 до 28 указывает на умеренную степень; от 29 до 36 – на выраженную; показатель, превышающий значение 36, предполагает наличие сильной степени выраженности позитивных эмоций. Уровень выраженности негативных эмоций можно назвать слабым при показателе меньшем, либо равном 14; показатель от 15 до 24 может указывать на умеренную степень их выраженности; от 25 до 32 – на выраженную степень; больше 32 – на

сильную. Тревожно-депрессивные эмоции слабой степени проявления определяются при показателе меньшем или равном 11; значение, находящееся в диапазоне от 12 до 20 может свидетельствовать об умеренном уровне проявления тревожно-депрессивных эмоций; от 21 до 30 – о выраженной степени; более 30 – о сильной.

Поскольку авторы [22, 27, 45] обращают внимание на появление депрессивных расстройств различного генеза, а также на изменения, происходящие в эмоциональной сфере больных, перенесших инсульт, применение шкалы дифференциальных эмоций, результаты которого представлены в Приложении Г, становится особенно актуальным.

2. Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний К.К. Яхина, Д.М. Менделевича, позволяющий более детально проанализировать аспекты отклоняющегося эмоционального состояния, а также выявить факторы, влияющие на развитие и преобладание негативных эмоций, в том числе, и в постинсультный период [51]. Данный опросник включает в себя 6 шкал, среди которых: шкала тревоги, шкала невротической депрессии, шкала астении, шкала истерического типа реагирования, шкала обсессивно-фобических нарушений, шкала вегетативных нарушений. Вопросы, вошедшие в состав данной методики, сгруппированы по шкалам, каждому присвоен числовой эквивалент. Интерпретация осуществляется путем подсчета коэффициентов по каждой шкале согласно таблице, предложенной авторами. При этом если значение достигло уровня меньше, чем -1,28, становится возможным предположение о болезненном характере выявляемых расстройств, если показатель находится на уровне выше, чем 1,28, можно судить о здоровье испытуемого по данной шкале.

Поскольку в период после перенесенного инсульта нередко возникают вегетативные нарушения и состояние астении, способные отрицательно влиять на эмоциональную сферу, а также развиваются эмоциональные расстройства в виде тревоги, депрессии и фобий, использование

клинического опросника для выявления и оценки невротических состояний является оправданным.

3. Методика «ТОБОЛ» (тип отношения к болезни), разработанная Л.И. Вассерманом, Б.В. Иовлевым, Э.Б. Карповой, А.Я. Вуксом [16], позволяющая выявить 12 типов отношения к болезни, среди которых называют следующие.

Гармоничный (реалистичный, взвешенный), при наличии которого больной способен адекватно оценить тяжесть своего состояния, содействовать лечению.

Эргопатический (стенический), который предполагает «уход» от болезни в работу, стремление сохранить профессиональный статус, зачастую, несмотря на выраженные проявления болезни.

Анозогнозический (эйфорический), сопровождающийся отрицанием серьезности болезни, отказом от лечения и обследования, при сочетании с эйфорией возможно появление необоснованно высокого эмоционального фона.

Тревожный (тревожно-депрессивный, обсессивно-фобический), суть которого состоит в постоянном беспокойстве об исходе заболевания, о его опасности и возможных осложнениях, а также в поиске новых способов и методов лечения, мнений различных специалистов, что сопровождается угнетенностью психической активности и настроения. В сочетании с обсессивно-фобическим компонентом, тревога зачастую носит безосновательный характер, что волнует больного больше, чем реальные опасности.

Ипохондрический, выражающийся в чрезмерном заострении внимания на любых болезненных ощущениях и постоянном сообщении об этом окружающим. Больные, обладающие таким типом отношения к болезни, как правило, склонны к выявлению у себя несуществующих заболеваний, а также к требованию тщательного обследования у лучших специалистов.

Неврастенический, характеризующийся наличием вспышек гнева и раздражения, которые нередко возникают в момент появлений болей или неудач в лечении, что больные с данным типом отношения к болезни переносят с трудом. Однако, критическое мышление остается сохранным, что влечет за собой раскаяние и переживания по поводу необдуманных слов и поступков.

Меланхолический (витально-тоскливый), сопровождающийся потерей веры в улучшение своего состояния и успех лечения даже при объективном прогрессе в его результатах, что зачастую сочетается с высказыванием депрессивных и суицидальных мыслей, пессимистическим взглядом на окружающую действительность.

Апатический, связанный с вялостью, полным безразличием к своему состоянию и будущему, принятие лечение после настойчивости со стороны окружающих и медицинского персонала.

Сенситивный, предполагающий наличие мыслей о мнении окружающих на ситуацию болезни и причины ее возникновения, об опасении жалости и сплетен с их стороны, ограничение межличностного взаимодействия и коммуникации с близкими людьми в связи с нежеланием доставлять им дополнительные хлопоты и, как следствие, появление эмоциональной лабильности.

Эгоцентрический (истероидный), для которого свойственно требование внимание к себе в ущерб окружающим, признание уникальности своей болезни и поиск выгод в связи со своим состоянием, что зачастую сопровождается эмоциональной нестабильностью и непредсказуемостью поведенческих и эмоциональных реакций.

Паранойяльный, предполагающий наличие мыслей больного о том, что его состояние – следствие внешнего воздействия, а возможные осложнения медикаментозного лечения являются «заговором» врачей, результатом их злого умысла и халатности, что сопровождается стремлением наказать «виновных».

Дисфорический (агрессивный), при котором нередко проявляется ненависть к здоровым людям, включая близких, стремление к обвинению окружающих в своей болезни, деспотическое к ним отношение, озлобленность, гневливость и угрюмость.

Все вышеперечисленные типы отношения к болезни авторами данной методики были объединены в три блока. Первый блок составили гармоничный, эргопатический и анозогнозический типы отношения к болезни, при которых существенного расстройства как социальной, так и психической адаптации не происходит, несмотря на нередкое снижение критичности к своему состоянию при эргопатическом и анозогнозическом типах.

Во второй блок были включены тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический и апатический типы отношения к болезни, сопровождающиеся подавленностью, раздражительной слабостью, тревогой, угнетенностью, погружением в болезнь, отказом от мероприятий, направленных на улучшение состояния.

К третьему блоку были отнесены сенситивный, эгоцентрический, дисфорический и паранойяльный типы отношения к болезни, для которых свойственно дезадаптивное поведение, выражающееся в патологическом поиске причин своего состояния, с вероятной агрессией и обвинением окружающих в своей болезни и ее последствиях, а также в использовании своего недуга для извлечения выгоды.

Использование данного психодиагностического теста предполагает выбор испытуемым двух наиболее подходящих ему высказываний из числа предложенных по 12 темам: самочувствие, настроение, сон и пробуждение ото сна, аппетит и отношение к еде, отношение к болезни, отношение к лечению, отношение к врачам и медперсоналу, отношение к родным и близким, отношение к работе (учебе), отношение к окружающим, отношение к одиночеству, отношение к будущему. Затем показатель по каждому

вопросу рассчитывается на основании предложенных таблиц и суммируется внутри тем.

При этом, согласно правилам интерпретации результатов, выявление двух типов отношения к болезни одновременно целесообразно отнести к смешанному типу, более трех – к диффузному. Гармоничный тип является чистым и исключается из рассмотрения в случае попадания в диагностический интервал других шкал, равный семи.

2.2 Интерпретация и анализ результатов, полученных в процессе эмпирического изучения особенностей эмоциональной сферы больных, перенесших инсульт

В ходе исследования эмоциональной сферы больных, перенесших инсульт, при помощи шкалы дифференциальных эмоций К. Э. Изарда [39], а также в процессе обработки и анализа полученных эмпирических данных (Приложение Г) было установлено, что степень выраженности позитивных эмоций, которым соответствуют интерес, радость и удивление, у 50% участников экспериментальной группы является слабой, 36,3% исследуемых испытывают позитивные эмоциональные переживания умеренной степени проявления, для 13,6% испытуемых свойственно позитивное эмоциональное отношение к ситуации болезни и окружающей действительности выраженной степени.

Из данных, полученных в процессе исследования контрольной группы, можно сделать выводы о том, что позитивные эмоции 18% людей, в анамнезе которых отсутствовали острые нарушения мозгового кровообращения, имеют слабую степень выраженности, 59% исследуемых испытывают позитивные эмоциональные переживания умеренной степени проявления, у 22,7% участников данной группы степень позитивных эмоциональных переживаний является выраженной.

Стоит отметить, что позитивные эмоциональные переживания сильной степени выраженности как в экспериментальной, так и в контрольной группах диагностированы не были.

Данные, полученные в результате исследования степени проявления позитивных эмоций у лиц, перенесших инсульт и их сравнения с данными опрошенных, не имеющих в анамнезе этого заболевания, наглядно отображены в таблице (Таблица 2).

Таблица 2 – Сравнение результатов по критерию «Позитивные эмоции» в контрольной и экспериментальной группах

Степень выраженности	Контрольная группа, %	Экспериментальная группа, %
Слабая	18	50
Умеренная	59	36,3
Выраженная	22,7	13,6
Сильная	0	0

Применение дисперсионного анализа данных, которые в экспериментальной группе варьировались от 10 до 32, а в контрольной – от 15 до 32, позволило установить статистическую значимость различий в показателях контрольной и экспериментальной групп ($F=12,832$, при $p=0,001<0,05$), что наглядно отображено в Таблице 3.

Таблица 3 – Результаты применения дисперсионного анализа в контрольной и экспериментальной группах по показателю «Позитивные эмоции»

	Сумма квадратов	Степени свободы	Средний квадрат	F	Значение
Между группами	426,568	1	426,568	12,832	0,001
	Сумма квадратов	Степени свободы	Средний квадрат	F	Значение
Внутри групп	1396,227	42	33,244		
Всего	1822,795	43			

Таким образом, в ходе анализа различий в степени выраженности позитивных эмоций в контрольной и экспериментальной группах, было достоверно установлено, что у больных, перенесших инсульт, преобладает слабая степень проявления позитивных эмоций (50%), в то время как в контрольной доминирует умеренная (59%).

Затем была проанализирована степень выраженности негативных эмоций, включающих горе, гнев, отвращение и презрение, в обеих группах. Было установлено, что 22,7% участников экспериментальной группы обладают слабым уровнем выраженности негативных эмоций, 36,3% – умеренным уровнем. У 18% испытуемых была диагностирована выраженная степень проявления негативных эмоций, у 22,7% – сильная степень проявления негативных эмоций.

Результаты исследований в контрольной группе позволяют сделать выводы о том, что 22,7% исследуемых обладают слабой степенью выраженности негативных эмоций, 68% участников данной группы свойственна умеренная степень проявления негативных эмоций, у 9% испытуемых была выявлена выраженная степень проявления негативных эмоций. Сильная степень проявления негативных эмоций в контрольной группе не была диагностирована.

Таблица 4 – Сравнение результатов по критерию «Негативные эмоции» в контрольной и экспериментальной группах

Степень выраженности	Контрольная группа, %	Экспериментальная группа, %
Слабая	22,7	22,7
Умеренная	68	36,3
Выраженная	9	18
Сильная	0	22,7

Данные, полученные в результате исследования степени проявления негативных эмоций у лиц, перенесших инсульт и их сравнения с данными

опрошенных, не имеющих в анамнезе этого заболевания, наглядно отображены в Таблице 4.

Применение дисперсионного анализа данных, которые в экспериментальной группе варьировались от 12 до 40, а в контрольной группе – от 12 до 29, позволило установить статистическую значимость различий в показателях контрольной и экспериментальной групп ($F=9,657$, при $p=0,003<0,05$), что наглядно отображено в Таблице 5.

Таблица 5 – Результаты применения дисперсионного анализа в контрольной и экспериментальной группах по показателю «Негативные эмоции»

	Сумма квадратов	Степени свободы	Средний квадрат	F	Значение
Между группами	546,023	1	546,023	9,657	0,003
Внутри групп	2374,773	42	56,542		
Всего	2920,795	43			

Таким образом, в ходе анализа различий в степени выраженности негативных эмоций в контрольной и экспериментальной группах, было достоверно установлено, что у больных, перенесших инсульт преобладает умеренная степень проявления негативных эмоций (36,3%), как и в контрольной группе (68%), однако у участников экспериментальной группы чаще диагностировался выраженный уровень (18% – экспериментальная группа, 9% – контрольная группа), а также сильная степень выраженности негативных эмоций (22,7%), которая в контрольной группе не была выявлена.

Также в контрольной и экспериментальной группах было проведено исследование различий между степенью проявления тревожно-депрессивных эмоций, которые включают в себя страх, стыд, вину и, в отличие от позитивных и негативных, являются относительно устойчивыми, возникающими в результате индивидуальных переживаний, связанных с определенной ситуацией, а не появляющимися в качестве ответа на нее.

Было установлено, что для 9% испытуемых, перенесших инсульт характерна слабая степень выраженности тревожно-депрессивных эмоций, у 59% участников данной группы обнаружена умеренная степень их проявления, 31,8% исследуемых обладают выраженной степенью проявления тревожно-депрессивных эмоций. Сильная степень выраженности тревожно-депрессивных эмоций не была диагностирована.

По результатам, полученным в ходе опроса контрольной группы, можно сделать выводы о том, что 13,6% испытуемых обладают слабой степенью выраженности тревожно-депрессивных эмоций, у 68% участников данной группы обнаружена умеренная степень проявления тревожно-депрессивных эмоций, 13,6% исследуемых имеют выраженную степень проявления таких эмоций, у 4% испытуемых отмечается сильная степень выраженности тревожно-депрессивных эмоций.

Данные, полученные в результате исследования степени проявления тревожно-депрессивных эмоций у лиц, перенесших инсульт и их сравнения с данными опрошенных, не имеющих в анамнезе этого заболевания, можно наглядно отобразить в таблице (Таблица 6).

Таблица 6 – Сравнение результатов по критерию «Тревожно-депрессивные эмоции» в контрольной и экспериментальной группах

Степень выраженности	Контрольная группа, %	Экспериментальная группа, %
Слабая	13,6	9
Умеренная	68	59
Выраженная	13,6	31,8
Сильная	4	0

Применение дисперсионного анализа данных, которые в экспериментальной группе варьировались от 11 до 25, а в контрольной – от 9 до 31, позволило сделать выводы о том, что статистически значимых различий между степенью проявления тревожно-депрессивных эмоций у больных, перенесших инсульт и у людей без диагностированного острого нарушения мозгового кровообращения, в конкретной выборке испытуемых

не существует ($F=0,451$, при $p=0,506>0,05$), что противоречит исследованиям многих авторов [22, 27, 43, 91] и требует дальнейшего уточнения (Таблица 7).

Таблица 7 – Результаты применения дисперсионного анализа в контрольной и экспериментальной группах по показателю «Тревожно-депрессивные эмоции»

	Сумма квадратов	Степени свободы	Средний квадрат	F	Значение
Между группами	12,023	1	12,03	0,451	0,506
Внутри групп	1119,864	42	26,663		
Всего	1131,886	43			

В процессе исследования модальности эмоций больных, перенесших инсульт, обнаружено, что у участников конкретной экспериментальной группы, наиболее выраженной является эмоция горя, коэффициент среднего значения которой составил 7,7, в то же время на достаточно высоком уровне проявления находятся такие эмоции как интерес (7,5) и радость (7,4). Также умеренной выраженностью обладают эмоции удивления (6,8), гнева (6,4) и страха (6), меньшая степень проявления отмечена у эмоций вины (5,7), стыда (5,1), отвращения (5) и презрения (4,6).

Таким образом, у больных, перенесших инсульт и вошедших в состав конкретной экспериментальной группы, доминирующей тревожно-депрессивной эмоцией является страх, эмоцией положительного знака – интерес, отрицательного знака – горе, коэффициент среднего значения шкалы которого оказался наиболее высоким среди десяти рассматриваемых базовых эмоций, при этом наиболее низкий был отмечен у эмоции презрения.

Кроме того, для проверки условия гипотезы о взаимосвязи количества времени, прошедшего после перенесенного инсульта и степенью выраженности позитивных, негативных и тревожно-депрессивных эмоций, был произведен корреляционный анализ. Поскольку в исследовании

принимали люди, перенесшие инсульт от 26 дней до 5 лет назад, было принято решение, привести эти данные к общему виду и в дальнейших измерениях использовать их в пересчете на дни. Так, в ходе корреляционного анализа сравнению подверглись срок давности инсульта в днях и степень выраженности проявления эмоций (слабая, умеренная, выраженная, сильная), каждой из которых был присвоен численный эквивалент. Были сделаны выводы о наличии достоверной взаимосвязи между давностью инсульта и проявлением позитивных эмоций ($p=0,002<0,05$), а также между давностью инсульта и проявлением негативных эмоций ($p=0,025<0,05$), что потребовало проведения регрессионного анализа для определения направления взаимосвязи. Следует отметить, что между давностью произошедшего инсульта и проявлением тревожно-депрессивных эмоций в конкретной группе достоверной взаимосвязи выявлено не было ($p=0,154>0,05$).

В результате проведения регрессионного анализа, было установлено, что взаимосвязь между степенью выраженности позитивных эмоций и давностью произошедшего инсульта является статистически значимой ($p=0,002<0,05$), а также тот факт, что 40,2% дисперсии переменной «позитивные эмоции» обусловлено влиянием со стороны переменной «давность инсульта» ($F=13,455$, при $p=0,002<0,05$).

Таблица 8 – Зависимость степени выраженности позитивных эмоций от давности произошедшего инсульта

	Нестандартизированные коэффициенты		Стандартизированные коэффициенты		
	B	Стандартная ошибка	Бета	T	Значимость
(Константа)	1,261	0,160		7,893	0,000
Давность инсульта	0,001	0,000	0,634	3,668	0,002
Примечание – Зависимая переменная – «позитивные эмоции»					

На основании полученных данных (Таблица 8) можно сделать вывод о том, что степень выраженности позитивных эмоций находится на более низком уровне у участников экспериментальной группы, перенесших

инсульт недавно. Однако судить о том, что степень проявления положительных эмоций увеличивается со временем, прошедшем после перенесенного инсульта в конкретной группе нельзя.

Также проведение регрессионного анализа позволило установить достоверную взаимосвязь между степенью выраженности негативных эмоций и давностью перенесенного инсульта ($p=0,025<0,05$) и факт того, что 22,7% дисперсии переменной «негативные эмоции» обусловлено влиянием со стороны переменной «давность инсульта» ($F=5,865$, при $p=0,025<0,05$).

Полученные данные (Таблица 9) не позволяют сделать выводы о том, что степень выраженности негативных эмоций уменьшается с увеличением количества временем, прошедшего после перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения, однако не отрицают наличия статистически значимой взаимосвязи между давностью инсульта и степенью проявления негативных эмоций в данной экспериментальной группе.

Таблица 9 – Зависимость степени выраженности позитивных эмоций от давности произошедшего инсульта

	Нестандартизированные коэффициенты		Стандартизированные коэффициенты		
	B	Стандартная ошибка	Бета	T	Значимость
(Константа)	2,835	0,275		10,325	0,000
Давность инсульта	-0,001	0,001	-0,476	-2,422	0,025
Примечание – Зависимая переменная – «негативные эмоции»					

Помимо этого, был проведен корреляционный анализ данных, полученных в ходе опроса участников экспериментальной группы, с целью выявления взаимосвязи уровня проявления позитивных, негативных и тревожно-депрессивных эмоций с полом, возрастом, а также с локализацией очага поражения. Данные корреляционного анализа позволяют судить о наличии статистически значимой взаимосвязи между выраженностью тревожно-депрессивных эмоций и расположением патологического очага

($p=0,034<0,05$). Так, в сформированной экспериментальной группе, уровень проявления тревожно-депрессивных эмоций был выше у людей, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения в левом полушарии головного мозга. Статистически значимых корреляций по другим шкалам обнаружено не было.

Таким образом, в результате исследования эмоциональной сферы больных, перенесших инсульт, посредством шкалы дифференциальных эмоций К. Э. Изарда, выявлено выраженное снижение уровня положительных эмоций и повышение уровня негативных эмоций, в то время как достоверных различий в степенях проявления относительно устойчивых тревожно-депрессивных эмоций обнаружено не было.

Выявлено, что у больных, перенесших инсульт и вошедших в состав конкретной экспериментальной группы, доминирующей тревожно-депрессивной эмоцией является страх, эмоцией положительного знака – интерес, отрицательного знака – горе, коэффициент среднего значения шкалы которого оказался наиболее высоким среди десяти рассматриваемых базовых эмоций, при этом наиболее низкий был отмечен у эмоции презрения.

Помимо этого, установлено, что, несмотря на наличие статистически значимой взаимосвязи между давностью инсульта и уровнем проявления эмоций, утверждение о том, что с увеличением времени, прошедшего со дня инсульта, регрессирует проявление негативных эмоций, нарастает степень выраженности позитивных эмоций, не является правомерным.

Также отмечено, что тревожно-депрессивные эмоции имеют большую выраженностью у участников экспериментальной группы с левосторонней локализацией очага поражения, при этом статистически значимой взаимосвязи пола, возраста и локализации патологического очага со степенью проявления негативных и позитивных эмоций, а также пола и возраста испытуемых с выраженностью тревожно-депрессивных эмоций обнаружено не было.

Обобщенные данные, полученные в ходе применения шкалы дифференциальных эмоций К.Э. Изарда в контрольной и экспериментальной группах, представлены в Таблице 10.

Таблица 10 – Данные о степени выраженности позитивных, негативных и тревожно-депрессивных эмоций в контрольной и экспериментальной группах

	Степень	Позитивные эмоции	Негативные Эмоции	Тревожно-депрессивные эмоции
Контрольная группа	Слабая	18%	22,7%	13,6%
	Умеренная	59%	68%	68%
	Выраженная	22,7%	9%	13,6%
	Сильная	0%	0%	4%
Экспериментальная Группа	Слабая	50%	22,7%	9%
	Умеренная	36,3%	36,3%	59%
	Выраженная	13,6%	18%	31,8%
	Сильная	0%	22,7%	0%
Достоверность различий		p=0,001 (достоверно)	p=0,003 (достоверно)	p=0,506 (недостоверно)

Затем были интерпретированы и проанализированы данные, полученные в результате применения опросника для выявления и оценки невротических состояний в контрольной группе (Приложение В), которую составили люди без диагностированных инсультов в анамнезе, и экспериментальной группе (Приложение Б), участники которой перенесли инсульт.

По правилам интерпретации данного опросника, на уровень здоровья указывает показатель больше 1,28, на болезненный характер расстройств – показатель меньше -1,28.

Так, по шкале тревоги у 45,5% участников экспериментальной группы был выявлен болезненный характер расстройств, показатели 31,8% испытуемых указывали на уровень здоровья, показатели 22,7% исследуемых

не достигли пороговых значений, что не позволили отнести их к уровню здоровья или нездоровья.

Показатели контрольной группы по шкале тревоги позволяют сделать выводы о болезненном характере расстройств 9% опрошенных, в то время как у 68% испытуемых данной группы был диагностирован уровень здоровья.

Так же, как и в экспериментальной группе, в контрольной группе показатели 22,7% не достигли пороговых значений и не были отнесены к здоровью, либо к нездоровью.

Данные, полученные в ходе анализа тревожного компонента как фактора, прогрессирующего в постинсультный период, можно наглядно представить в таблице (Таблица 11).

Таблица 11 – Сравнение результатов по шкале тревоги в контрольной и экспериментальной группах

	Контрольная группа, %	Экспериментальная группа, %
Здоровье	68	31,8
Нездоровье	9	45,5
Не достигли пороговых значений	22,7	22,7

Достоверность различий в полученных данных можно установить путем проведения дисперсионного анализа. Таким образом, были проанализированы полученные показатели, которые в экспериментальной группе варьировались от -8,76 до 5,92, в контрольной группе – от -8,55 до 8,13, что позволило установить статистически значимые различия в показателях ($F=9,940$, при $p=0,003<0,05$), что наглядно отражено в Таблице 12.

На основании вышеизложенного, можно сделать выводы о том, что у больных, перенесших инсульт, уровень тревоги значительно выше (45,5%), чем у людей без диагностированного инсульта (9%)

Таблица 12 – Результаты применения дисперсионного анализа в контрольной и экспериментальной группах по шкале тревоги

	Сумма квадратов	Степени свободы	Средний квадрат	F	Значение
Между группами	161,933	1	161,933	9,940	0,003
Внутри групп	684,257	42	16,292		
Всего	846,190	43			

Затем были рассмотрены данные шкалы невротической депрессии, из которых следует, что

- 68% участников экспериментальной группы имеют болезненный характер расстройств,
- проявления невротической депрессии у 18% опрошенных данной группы не выходят за установленные авторами пределы здоровья,
- показатели 13,6% испытуемых не достигли пороговых значений, что не позволяет отнести их к уровню здоровья или нездоровья.

Результаты исследования невротической депрессии, проводимого в контрольной группе, свидетельствуют о наличии болезненного характера расстройств у 22,7% испытуемых, в то время как уровень здоровья диагностируется у 59% опрошенных.

Показатели 18% исследуемых не достигли уровня пороговых значений и, как следствие не были соотнесены со здоровьем, либо нездоровьем.

Данные, полученные в ходе анализа данных, полученных в результате опроса участников контрольной группы, в анамнезе которых отсутствовали инсульты, и участников экспериментальной группы, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения, по шкале невротической депрессии как фактора, прогрессирующего в постинсультный период, наглядно представлены в таблице (Таблица 13).

Таблица 13 – Сравнение результатов по шкале невротической депрессии в контрольной и экспериментальной группах

	Контрольная группа, %	Экспериментальная группа, %
Здоровье	59	18
Нездоровье	22,7	68
Не достигли пороговых значений	18	13,6

Достоверность различий в полученных данных можно установить путем проведения дисперсионного анализа. Так, были проанализированы полученные показатели, которые в экспериментальной группе варьировались от -10,16 до 5,03, в контрольной группе – от -8,62 до 7,12, что позволило установить статистически значимые различия в показателях ($F=9,631$, при $p=0,003<0,05$), что наглядно отражено в Таблице 14.

Таблица 14 – Результаты применения дисперсионного анализа в контрольной и экспериментальной группах по шкале невротической депрессии

	Сумма квадратов	Степени свободы	Средний квадрат	F	Значение
Между группами	191,904	1	191,904	9,631	0,003
Внутри групп	836,863	42	19,925		
Всего	1028,767	43			

На основании вышеизложенного, можно сделать выводы о том, что у больных, перенесших инсульт, частота проявления невротической депрессии значительно выше, чем у людей без диагностированного инсульта.

Далее анализу были подвергнуты данные, полученные в ходе опроса испытуемых контрольной и экспериментальной групп по шкале астении, на основании чего стало возможным заключение о том, что характер расстройств 63,6% участников экспериментальной группы можно назвать болезненным, у 27,2% опрошенных выявлен уровень здоровья по данной шкале, показатели 9% испытуемых не достигли установленных пороговых

значений, что влечет за собой невозможность их отнесения к здоровью или нездоровью.

На основании показателей контрольной группы можно сделать выводы о том, что уровень расстройств 13,6% исследуемых имеет болезненный характер, 72,7% опрошенных имеют уровень здоровья, а, следовательно, проявления астении у них не имеют выраженной степени, показатели 13,6% испытуемых не достигли уровня пороговых значений, что не позволило судить об их принадлежности к уровням здоровья или нездоровья.

Данные, полученные в ходе анализа астении как фактора, дебютирующего и прогрессирующего в постинсультный период, можно наглядно представить в таблице (Таблица 15).

Таблица 15 – Сравнение результатов по шкале астении в контрольной и экспериментальной группах

	Контрольная группа, %	Экспериментальная группа, %
Здоровье	72,7	27,2
Нездоровье	13,6	63,6
Не достигли пороговых значений	13,6	9

Достоверность различий в полученных данных можно установить путем проведения дисперсионного анализа.

Так, были проанализированы полученные показатели, которые в экспериментальной группе варьировались от -12,48 до 8,09, в контрольной группе – от -9,1 до 10,05, что позволило установить статистически значимые различия в показателях ($F=12,038$, при $p=0,001 < 0,05$), что наглядно отражено в Таблице 16.

На основании вышеизложенного можно сделать выводы о том, что у больных, перенесших инсульт, частота проявления астении значительно выше, чем у людей без диагностированного инсульта.

Таблица 16 – Результаты применения дисперсионного анализа в контрольной и экспериментальной группах по шкале астении

	Сумма квадратов	Степени свободы	Средний квадрат	F	Значение
Между группами	284,735	1	284,735	12,038	0,001
Внутри групп	993,453	42	23,654		
Всего	1278,188	43			

Помимо этого, была исследована зависимость степени выраженности негативных эмоций и уровня здоровья/нездоровья по шкале астении у больных, перенесших инсульт, однако статистически значимой взаимосвязи выявлено не было ($p=0,378>0,05$).

Также были проанализированы данные шкалы истерического реагирования, полученные в результате опроса испытуемых контрольной и экспериментальной групп. Так, у 40,9% испытуемых экспериментальной группы был диагностирован болезненный характер расстройств, у 40,9% показатели проявления истерического реагирования не выходят за установленные границы здоровья, показатели 18% исследуемых не достигли уровня пороговых значений и, как следствие не были отнесены к уровню здоровья, либо нездоровья.

У 4% участников контрольной группы был выявлен болезненный характер расстройств, в то время как уровень здоровья был диагностирован у 54% опрошенных. Показатели 40,9% испытуемых контрольной группы не достигли уровня пороговых значений, что не позволило установить уровень здоровья или нездоровья по данной шкале.

Данные, полученные в ходе анализа истерического типа реагирования как фактора, дебютирующего в постинсультный период, а также их сравнение с результатами участников контрольной группы, наглядно отображены в таблице (Таблица 17).

Таблица 17 – Сравнение результатов по шкале истерического реагирования в контрольной и экспериментальной группах

	Контрольная группа, %	Экспериментальная группа, %
Здоровье	54	40,9
Нездоровье	4	40,9
Не достигли пороговых значений	40,9	18

Достоверность различий в полученных данных можно установить путем проведения дисперсионного анализа. Так, были проанализированы полученные показатели, которые в экспериментальной группе варьировались от -8,38 до 5,67, в контрольной группе – от -2,63 до 6,41, что позволило установить статистически значимые различия в показателях ($F=4,347$, при $p=0,043<0,05$), что наглядно отражено в Таблице 18. На основании вышеизложенного можно сделать выводы о том, что у больных, перенесших инсульт, частота проявления истерического типа реагирования значительно выше, чем у людей без диагностированного инсульта.

Таблица 18 – Результаты применения дисперсионного анализа в контрольной и экспериментальной группах по шкале истерического типа реагирования

	Сумма квадратов	Степени свободы	Средний квадрат	F	Значение
Между группами	60,513	1	60,153	4,347	0,043
Внутри групп	584,669	42	13,921		
Всего	645,182	43			

Затем были рассмотрены данные по шкале обсессивно-фобических нарушений, полученные в ходе опроса людей с диагностированными острыми нарушениями мозгового кровообращения и людей (экспериментальная группа), не имевших эпизодов инсульта в анамнезе (контрольная группа).

Было установлено, что уровень расстройств 54,5% опрошенных экспериментальной группы по данной шкале имеет болезненный характер, у 18% испытуемых был выявлен уровень здоровья, показатели 27,2% исследуемых не достигли пороговых значений и не могут быть отнесены к уровню здоровья, либо нездоровья.

Из данных, полученных в ходе опроса контрольной группы, следует, что 9% имеют болезненные признаки проявления обсессивно-фобических расстройств, у 72,7% опрошенных был выявлен уровень здоровья, показатели 13,6% испытуемых не достигли пороговых значений, а, следовательно, судить о болезненности расстройств, либо о здоровье испытуемых по данному критерию не представляется возможным.

Данные, полученные в ходе анализа обсессивно-фобических нарушений как фактора, прогрессирующего в постинсультный период, наглядно представлены в таблице (Таблица 19).

Таблица 19 – Сравнение результатов по шкале обсессивно-фобических нарушений в контрольной и экспериментальной группах

	Контрольная группа, %	Экспериментальная группа, %
Здоровье	72,7	18
Нездоровье	9	40,9
Не достигли пороговых значений	13,6	27,2

Достоверность различий в полученных данных можно установить путем проведения дисперсионного анализа, в ходе которого были проанализированы полученные показатели, в экспериментальной группе варьировавшиеся от -6,94 до 5,08, в контрольной группе – от -7,97 до 6,6, что позволило установить статистически значимые различия в показателях ($F=17,951$, при $p=0,000 < 0,05$), что наглядно отражено в Таблице 20.

На основании вышеизложенного можно сделать выводы о том, что у больных, перенесших инсульт, частота проявления обсессивно-фобических нарушений значительно выше, чем у людей без диагностированного инсульта.

Таблица 20 – Результаты применения дисперсионного анализа в контрольной и экспериментальной группах по шкале обсессивно-фобических нарушений

	Сумма квадратов	Степени свободы	Средний квадрат	F	Значение
Между группами	182,336	1	182,336	17,951	0,000
Внутри групп	426,601	42	10,157		
Всего	608,937	43			

После были проанализированы данные по шкале вегетативных нарушений, полученные в результате опроса контрольной и экспериментальной групп.

Было установлено, что 50% опрошенных, перенесших инсульт имеют болезненный характер вегетативных расстройств, у 31,8% испытуемых экспериментальной группе по данной шкале был диагностирован уровень здоровья, показатели 13,6% не достигли пороговых значений и не могут быть определены как уровень здоровья или нездоровья.

На основании результатов, полученных в ходе опроса людей без диагностированных эпизодов острого нарушения мозгового кровообращения в анамнезе, можно сделать выводы о том, что характер вегетативных расстройств 31,8% является болезненным, у 63,6% участников контрольной группы был определен уровень, тождественный здоровью, показатели 4% опрошенных не достигли пороговых значений, следовательно, не могут быть отнесены к уровню здоровья или нездоровья.

Данные, полученные в ходе анализа вегетативных нарушений как фактора, прогрессирующего в постинсультный период, можно наглядно представить в таблице (Таблица 21).

Таблица 21 – Сравнение результатов по шкале вегетативных нарушений в контрольной и экспериментальной группах

	Контрольная группа, %	Экспериментальная группа, %
Здоровье	63,6	31,8
Нездоровье	31,8	50
Не достигли пороговых значений	4	13,6

Достоверность различий в полученных данных можно установить путем проведения дисперсионного анализа.

Были проанализированы полученные показатели, которые в экспериментальной группе варьировались от -12,28 до 9,42, в контрольной группе – от -8,34 до 15,9, что позволило установить статистически значимые различия в показателях ($F=7,388$, при $p=0,010 < 0,05$), что наглядно отражено в Таблице 22.

На основании вышеизложенного можно сделать выводы о том, что у больных, перенесших инсульт, частота проявления обсессивно-фобических нарушений достоверно выше, чем у людей без диагностированного инсульта.

Таблица 22 – Результаты применения дисперсионного анализа в контрольной и экспериментальной группах по шкале вегетативных нарушений

	Сумма квадратов	Степени свободы	Средний квадрат	F	Значение
Между группами	370,620	1	370,620	7,388	0,010
Внутри групп	2106,947	42	50,165		
Всего	2477,567	43			

Помимо этого, для подтверждения условия гипотезы о взаимосвязи между давностью инсульта и показателями выраженности расстройств по каждой из шкал, был произведен корреляционный, а также регрессионный

анализ. Как было упомянуто ранее, данные о давности инсульта были приведены к общему виду и представлены в днях.

Таким образом, была установлена достоверная связь между давностью инсульта и выраженностью тревожных расстройств, а также тот факт, что 31,9% дисперсии переменной «тревога» обусловлено влиянием со стороны переменной «давность инсульта» ($F=9,381$, при $p=0,006<0,05$).

На основании полученных в ходе регрессионного анализа данных, представленных в Таблице 23, можно сделать вывод о том, что, несмотря на наличие достоверной взаимосвязи, суждение о том, что степень выраженности тревожных расстройств в конкретной экспериментальной группе будет снижаться с увеличением времени, прошедшего после перенесенного инсульта, является спорным.

Таблица 23 – Зависимость выраженности проявления тревоги от давности произошедшего инсульта

	Нестандартизированные коэффициенты		Стандартизированные коэффициенты		
	B	Стандартная ошибка	Бета	T	Значимость
(Константа)	-2,478	0,924		-2,681	0,014
Давность инсульта	0,005	0,002	0,565	3,063	0,006
Примечание – Зависимая переменная – «тревога»					

Затем были проанализированы показатели шкалы невротической депрессии и их связь с давностью произошедшего инсульта, в результате чего было установлено, что данная взаимосвязь статистически значима ($p=0,002<0,05$), а 39,4% дисперсии переменной «невротическая депрессия» обусловлено влиянием со стороны переменной «давность инсульта» ($F=13,016$, при $p=0,002<0,05$). После изучения результатов регрессионного анализа по данной шкале, представленных в Таблице 24, было установлено, что выводы о снижении уровня невротической депрессии с течением

времени в экспериментальной группе, несмотря на установленную статистически значимую зависимость, вероятно, являются неправомерными.

Таблица 24 – Зависимость выраженности проявления невротической депрессии от давности произошедшего инсульта

	Нестандартизированные коэффициенты		Стандартизированные коэффициенты		
	В	Стандартная ошибка	Бета	Т	Значимость
(Константа)	-6,202	1,132		-5,478	0,000
Давность инсульта	0,008	0,002	0,628	3,608	0,002
Примечание – Зависимая переменная – «невротическая депрессия»					

Помимо этого, корреляционному и регрессионному анализу подверглись показатели шкалы астении. Взаимосвязь между астеническими проявлениями и давностью инсульта также оказалась статистически значимой ($p=0,034<0,05$), при этом 20,6% дисперсии переменной «астения» обусловлено влиянием со стороны переменной «давность инсульта» ($F=5,182$, при $p=0,034<0,05$).

Таблица 25 – Зависимость выраженности проявления астении от давности произошедшего инсульта

	Нестандартизированные коэффициенты		Стандартизированные коэффициенты		
	В	Стандартная ошибка	Бета	Т	Значимость
(Константа)	-4,126	1,320		-3,127	0,005
Давность инсульта	0,006	0,002	0,454	2,276	0,034
Примечание – Зависимая переменная – «астения»					

Данные, полученные в результате регрессионного анализа и представленные в Таблице 25, не позволяют утверждать, что в поздний постинсультный период астенические проявления участников данной экспериментальной группы будут иметь меньшую силу.

Далее были изучены данные, полученные в ходе проведения корреляционного и регрессионного анализа шкалы истерического реагирования больных, перенесших инсульт. Было обнаружено, что взаимосвязь между показателями истерического реагирования и давностью инсульта статистически значима ($p=0,022<0,05$), а 23,5% дисперсии переменной «истерическое реагирование» обусловлено влиянием со стороны переменной «давность инсульта» ($F=6,137$, при $p=0,022<0,05$).

На основании результатов проведенного регрессионного анализа (Таблица 26), можно сделать выводы о том, что, несмотря на наличие достоверной взаимосвязи с давностью перенесенного инсульта, утверждать, что истерическое реагирование, также как тревога, астения, невротическая депрессия, регрессируют в поздний постинсультный период в конкретной экспериментальной группе нельзя.

Таблица 26 – Зависимость истерического типа реагирования от давности произошедшего инсульта

	Нестандартизированные коэффициенты		Стандартизированные коэффициенты		
	B	Стандартная ошибка	Бета	T	Значимость
(Константа)	-2,239	1,183		-1,892	0,073
Давность инсульта	0,006	0,002	0,485	2,477	0,022
Примечание – Зависимая переменная – «истерический тип реагирования»					

Регрессионный и корреляционный анализы шкалы обсессивно-фобических нарушений также дают основание полагать, что достоверная связь между результатами, полученными в ходе опроса испытуемых, перенесших инсульт, по данной шкале и давностью этого инсульта существует ($p=0,007<0,05$), при этом 31% дисперсии переменной «обсессивно-фобические нарушения» обусловлено влиянием со стороны переменной «давность инсульта» ($F=8,970$, при $p=0,007<0,05$). Таким образом, данные регрессионного анализа не позволяют судить о возможном

снижении выраженности обсессивно-фобических нарушений с увеличением времени, прошедшего после перенесенного нарушения мозгового кровообращения в данной группе испытуемых (Таблица 27).

Таблица 27 – Зависимость выраженности проявления обсессивно-фобических нарушений от давности произошедшего инсульта

	Нестандартизированные коэффициенты		Стандартизированные коэффициенты		
	B	Стандартная ошибка	Бета	T	Значимость
(Константа)	-2,903	0,727		-3,990	0,001
Давность инсульта	0,004	0,001	0,556	2,995	0,007
Примечание – Зависимая переменная – «обсессивно-фобические нарушения»					

Далее корреляционному и регрессионному анализу были подвергнуты данные шкалы вегетативных нарушений, в результате чего была установлена их статистически значимая взаимосвязь с данными о давности произошедшего инсульта в днях ($p=0,015<0,05$). Кроме того, было отмечено, что при этом 26% дисперсии переменной «вегетативные нарушения» обусловлено влиянием со стороны переменной «давность инсульта» ($F=7,015$, при $p=0,015<0,05$). На основании проведенного регрессионного анализа в экспериментальной группе (Таблица 28) невозможно сделать достоверных выводов о том, что вегетативные нарушения будут менее выражены в поздний период после перенесенного инсульта.

Таблица 28 – Зависимость выраженности проявления вегетативных нарушений от давности произошедшего инсульта

	Нестандартизированные коэффициенты		Стандартизированные коэффициенты		
	B	Стандартная ошибка	Бета	T	Значимость
(Константа)	-4,820	1,638		-2,943	0,008
Давность инсульта	0,008	0,003	0,510	2,649	0,015
Примечание – Зависимая переменная – «вегетативные нарушения»					

Помимо этого, было проанализировано влияние астенических расстройств на выраженность позитивных, негативных и тревожно-депрессивных эмоций.

Так, была установлена достоверная взаимосвязь между степенью проявления позитивных эмоций и выраженностью астенических расстройств ($p=0,001<0,05$), 43,3% дисперсии переменной «позитивные эмоции» обусловлено влиянием со стороны переменной «астения» ($F=15,267$, при $p=0,001<0,05$).

С учетом данных проведенного регрессионного анализа (Таблица 29), становится справедливым суждение о том, что, несмотря на наличие статистически значимой взаимосвязи, утверждать, что с приближением показателей по шкале астении к уровню здоровья, позитивные эмоции будут выражены сильнее нельзя.

Таблица 29 – Зависимость уровня проявления позитивных эмоций от выраженности астении

	Нестандартизированные коэффициенты		Стандартизированные коэффициенты		
	B	Стандартная ошибка	Бета	T	Значимость
(Константа)	20,800	1,189		17,500	0,000
Астения	0,838	0,214	0,658	3,907	0,001
Примечание – Зависимая переменная – «позитивные эмоции»					

Между выраженностью астенических расстройств и проявлением негативных эмоций также была выявлена статистически значимая взаимосвязь ($p=0,003<0,05$), а в процессе выполнения регрессионного анализа было отмечено, что 36,4% дисперсии переменной «негативные эмоции» обусловлено влиянием со стороны переменной «астения» ($F=11,432$, при $p=0,003<0,05$). Таким образом, на основании полученных данных, представленных в Таблице 30, можно сделать выводы о том, что предположение о снижении выраженности негативных эмоций с приближением показателей астении к уровню здоровья является спорным.

Таблица 30 – Зависимость уровня проявления негативных эмоций от выраженности астении

	Нестандартизированные коэффициенты		Стандартизированные коэффициенты		
	B	Стандартная ошибка	Бета	T	Значимость
(Константа)	21,505	1,823		11,797	0,000
Астения	-1,112	0,329	-0,603	-3,381	0,003
Примечание – Зависимая переменная – «негативные эмоции»					

Следует отметить, что достоверной связи между уровнем астении и степенью выраженности тревожно-депрессивных эмоций в конкретной группе людей, перенесших инсульт, диагностировано не было ($p=0,143>0,05$).

Было обращено внимание и на связь между истерическим типом реагирования и выраженностью позитивных, негативных и тревожно-депрессивных эмоций.

Так, были обнаружены статистически значимые различия во влиянии истерического типа реагирования на проявление позитивных эмоций ($p=0,001<0,05$), а также негативных эмоций ($p=0,000<0,05$). Достоверных данных о взаимосвязи истерического типа реагирования и выраженности тревожно-депрессивных эмоций у испытуемых обнаружено не было ($p=0,054>0,05$).

Помимо этого, было отмечено, что 43% дисперсии переменной «позитивные эмоции» обусловлено влиянием со стороны переменной «истерический тип реагирования» ($F=15,058$, при $p=0,001<0,05$).

На основании данных Таблицы 31, можно судить о том, что, несмотря на наличие достоверной взаимосвязи, утверждение о том, что с приближением показателей по шкале истерического типа реагирования к уровню здоровья степень выраженности позитивных эмоций будет увеличиваться, не является правомерным.

Таблица 31 – Зависимость уровня проявления позитивных эмоций от истерического типа реагирования

	Нестандартизированные коэффициенты		Стандартизированные коэффициенты		
	В	Стандартная ошибка	Бета	T	Значимость
(Константа)	19,286	1,097		17,577	0,000
Истерический тип реагирования	0,913	0,235	0,655	3,880	0,001
Примечание – Зависимая переменная – «позитивные эмоции»					

Подобные наблюдения регистрировались и при проведении регрессионного анализа, в ходе которого было выявлено, что 65,2% дисперсии переменной «негативные эмоции» обусловлено влиянием со стороны переменной «истерический тип реагирования» ($F=37,392$, при $p=0,000<0,05$). Результаты проведения регрессионного анализа (Таблица 32) позволили сделать предположение о возможном снижении степени выраженности негативных эмоций с приближением к уровню здоровья по шкале истерического типа реагирования в конкретной экспериментальной группе.

Таблица 32 – Зависимость уровня проявления негативных эмоций от истерического типа реагирования

	Нестандартизированные коэффициенты		Стандартизированные коэффициенты		
	В	Стандартная ошибка	Бета	T	Значимость
(Константа)	23,364	1,242		18,816	0,000
Истерический тип реагирования	-1,629	0,266	-0,807	-6,115	0,000
Примечание – Зависимая переменная – «негативные эмоции»					

Кроме того, было обращено внимание на наличие статистически значимой взаимосвязи между показателями по шкале вегетативных

нарушений, полученные в ходе опроса испытуемых, перенесших инсульт и степени выраженности позитивных ($p=0,001<0,05$), негативных ($p=0,008<0,05$) и тревожно-депрессивных эмоций ($p=0,044<0,05$).

При этом 45,8% дисперсии переменной «позитивные эмоции» обусловлено влиянием со стороны переменной «вегетативные нарушения» ($F=16,877$, при $p=0,001<0,05$).

Результаты регрессионного анализа (Таблица 33), не позволяют утверждать, что приближение показателей данной шкалы к уровню здоровья, влечет за собой увеличение степени выраженности позитивных эмоций.

Таблица 33 – Зависимость уровня проявления позитивных эмоций от выраженности вегетативных нарушений

	Нестандартизированные коэффициенты		Стандартизированные коэффициенты		
	B	Стандартная ошибка	Бета	T	Значимость
(Константа)	20,324	1,117		18,187	0,000
Вегетативные нарушения	0,670	0,163	0,677	4,108	0,001
Примечание – Зависимая переменная – «позитивные эмоции»					

В то же время, 30,2% дисперсии переменной «негативные эмоции» обусловлено влиянием со стороны переменной «вегетативные нарушения» ($F=8,660$, при $p=0,008<0,05$).

На основании данных регрессионного анализа по данной шкале, представленных в Таблице 34, сделать предположение о том, что негативные эмоции у больных, перенесших инсульт, и составивших конкретную экспериментальную группу, будут выражены в меньшей степени при направлении показателей вегетативных нарушений в сторону нездоровья, с большой долей вероятности, несостоятельно.

Таблица 34 – Зависимость уровня проявления негативных эмоций от выраженности вегетативных нарушений

	Нестандартизированные коэффициенты		Стандартизированные коэффициенты		
	B	Стандартная ошибка	Бета	T	Значимость
(Константа)	22,344	1,835		12,174	0,000
Вегетативные нарушения	-0,788	0,268	-0,550	-2,943	0,008
Примечание – Зависимая переменная – «негативные эмоции»					

Также был произведен регрессионный анализ данных по шкале вегетативных нарушений, полученных в результате опроса участников экспериментальной группы, в анамнезе которых был как минимум один диагностированный эпизод острого нарушения мозгового кровообращения, а также было проверено предположение о прямой взаимосвязи между выраженностью вегетативных нарушений и уровнем проявления тревожно-депрессивных эмоций. На основании результатов регрессионного анализа, представленных в Таблице 35, можно сделать выводы о том, что 18,7% дисперсии переменной «тревожно-депрессивные эмоции» обусловлено влиянием со стороны переменной «вегетативные нарушения» ($F=4,603$, при $p=0,044<0,05$), однако суждение о снижении выраженности проявления тревожно-депрессивных эмоций в позднем постинсультном периоде в данной группе испытуемых не представляется возможным.

Таблица 35 – Зависимость уровня проявления тревожно-депрессивных эмоций от выраженности вегетативных нарушений

	Нестандартизированные коэффициенты		Стандартизированные коэффициенты		
	B	Стандартная ошибка	Бета	T	Значимость
(Константа)	16,774	0,922		18,195	0,000
Вегетативные нарушения	-0,289	0,135	-0,433	-2,145	0,014
Примечание – Зависимая переменная – «тревожно-депрессивные эмоции»					

Взаимосвязь данных шкалы тревоги, невротической депрессии и обсессивно-фобических нарушений со степенью выраженности позитивных, негативных и тревожно-депрессивных эмоций не рассматривалась, так как составляющие этих шкал являются проявлением отрицательных эмоциональных переживаний и входят в состав частных шкал негативных и тревожно-депрессивных эмоций.

Помимо этого был проведен корреляционный анализ для установления взаимосвязи между проявлениями тревоги, невротической депрессии, астении, истерического типа реагирования, обсессивно-фобических и вегетативных нарушений с полом, возрастом, локализацией очага в данной экспериментальной группе, в ходе которого была выявлено, что вегетативные нарушения опрошенных, перенесших инсульт, в большей степени выражены у женщин ($p=0,024<0,05$), а истерический тип реагирования достоверно чаще регистрировался у лиц пожилого возраста ($p=0,040<0,05$). При этом статистически значимой взаимосвязи по остальным шкалам выявлено не было.

Таким образом, в результате применения клинического опросника для выявления и оценки невротических состояний К.К. Яхина, Д.М. Менделевича, было установлено, что у людей с наличием подтвержденного диагноза «острое нарушение мозгового кровообращения», вошедших в состав экспериментальной группы, достоверно чаще, чем у участников контрольной группы, не имеющих инсультов в анамнезе, регистрируется уровень нездоровья по всем шкалам.

Помимо этого, установлено, что проявление тревожных расстройств, невротической депрессии, астении, истерического типа реагирования, обсессивно-фобических и вегетативных нарушений более выражено в ранний постинсультный период.

Также выявлена статистически значимая взаимосвязь между степенью проявления астении, истерического типа реагирования, вегетативных нарушений и выраженностью позитивных, негативных и тревожно-

депрессивных эмоций. Данные представлены в таблице 36. Испытуемые, чьи показатели по данным шкалам свидетельствовали о болезненном характере расстройств, зачастую имели слабый уровень проявления позитивных эмоций, в то время как негативные и тревожно-депрессивные эмоциональные проявления имели уровень выраженности от умеренного до сильного. При этом стало возможным суждение о том, что, с определенной долей вероятности, приближение к уровню здоровья показателей по шкале истерического типа реагирования может повлечь за собой уменьшение степени выраженности негативных эмоций.

Помимо этого, в результате проведенного корреляционного анализа было обнаружено, что вегетативные нарушения опрошенных, перенесших инсульт, в большей степени выражены у женщин ($p=0,024<0,05$), а истерический тип реагирования достоверно чаще регистрировался у лиц пожилого возраста ($p=0,040<0,05$).

Таблица 36 – Данные о выраженности невротических состояний в контрольной и экспериментальной группах

Шкала	Контрольная группа			Экспериментальная группа		
	Уровень здоровья, %	Уровень нездоровья, %	Показатели, не достигшие пороговых значений, %	Уровень здоровья, %	Уровень нездоровья, %	Показатели, не достигшие пороговых значений, %
Тревоги	68	9	27	31,8	45,5	22,7
Невротической депрессии	59	22,7	18	18	68	13,6
Астении	72,7	13,6	13,6	27,2	63,6	9
Истерического типа реагирования	54	4	40,9	40,9	40,9	18
Обсессивно-фобических нарушений	72,7	9	13,6	18	40,9	27,2
Вегетативных нарушений	63,6	31,8	4	31,8	50	13,6

Обобщенные данные, полученные в результате применения клинического опросника для выявления и оценки невротических состояний в контрольной и экспериментальной группах, представлены в Таблице 34.

После были обработаны эмпирические данные, выявленные в результате применения методики «ТОБОЛ» (Приложение Г), позволяющей определить тип отношения к болезни. Было установлено, что 13,6% участников экспериментальной группы, перенесших инсульт, обладают гармоничным типом отношения к болезни. Эргопатический тип, в том числе в составе смешенного и диффузного типов отношения к болезни, был выявлен у 27,2% испытуемых. Анозогнозический тип отношения к болезни, в том числе и в составе смешанного типа, был выявлен у 9% исследуемых. Тревожный тип был отмечен у 27,2% испытуемых, в том числе в составе смешанного и диффузного типов отношения к болезни. Ипохондрический тип отношения к болезни был диагностирован у 9% участников экспериментальной группы в составе смешанного и диффузного типов. Как самостоятельный, ипохондрический тип отношения к болезни в данной группе выявлен не был. Неврастенический тип был обнаружен у 13,6% испытуемых исключительно в составе смешанного и диффузного типов. Меланхолический тип, в составе смешанного и диффузного типов в том числе, был диагностирован у 22,7% больных с диагностированным острым нарушением мозгового кровообращения, принявших участие в исследовании. Апатический тип отношения к болезни в составе диффузного типа был определен у 4% испытуемых. Сенситивный, в составе смешанного и диффузного типов, был выявлен у 9% участников экспериментальной группы. Эгоцентрический тип отношения к болезни в данной выборке испытуемых обнаружен не был. Паранойяльный тип был диагностирован у 4% исследуемых, в составе смешанного типа отношения к болезни. Дисфорический (агрессивный), в том числе в составе смешанного и диффузного типов, был диагностирован у 13,6% опрошенных.

Для проверки условия гипотезы о том, что особенности эмоциональной сферы больных, перенесших инсульт, связаны с типом отношения к болезни, был проведен корреляционный анализ данных, полученных в ходе применения шкалы дифференциальных эмоций К.Э. Изарда, опросника для выявления и оценки невротических состояний, а также психодиагностического теста «Тип отношения к болезни».

При проведении корреляционного анализа, данные о типах отношения к болезни были использованы в числовом эквиваленте блоков, к которым авторы методики отнесли тот или иной тип. Типы отношения к болезни, вошедшие в состав смешанных и диффузных, были рассмотрены как самостоятельные с дублированием данных по остальным шкалам методик.

Таким образом, была выявлена достоверная взаимосвязь между типом отношения к болезни и проявлением тревоги ($p=0,019<0,05$), невротической депрессии ($p=0,000<0,01$), астении ($p=0,036<0,05$), истерического типа реагирования ($p=0,018<0,05$), вегетативных нарушений ($p=0,012<0,05$). Было отмечено, что, в большинстве случаев, низкие показатели по данным шкалам имели люди, обладающие типами болезни, отнесенному ко второму (тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический, апатический) и третьему блоку (сенситивный, эгоцентрический, дисфорический, паранойяльный). Статистически значимой взаимосвязи между типом отношения к болезни и проявлением обсессивно-фобических нарушений установлено не было ($p=0,188>0,05$).

Помимо этого, была установлена взаимосвязь высокой степени статистической значимости между типом отношения к болезни и проявлением позитивных ($p=0,001$), негативных ($p=0,001$) и тревожно-депрессивных ($p=0,004$) эмоций. Также было обращено внимание на тот факт, что у испытуемых с типами отношения к болезни, включенными во второй и третий блоки, степень проявления позитивных эмоций зачастую была снижена в сравнении с опрошенными, тип отношения к болезни которых входил в состав первого блока. В то же время, уровень проявления

негативных и тревожно-депрессивных эмоций у таких испытуемых нередко был выше, чем у опрошенных с диагностированными типами отношения к болезни первого блока.

Таким образом, в ходе изучения эмпирических основ проблемы выявления особенностей эмоциональной сферы больных, перенесших инсульт, выявлено достоверное снижение уровня положительных эмоций и повышение уровня негативных эмоций, в сравнении с показателями испытуемых без наличия диагностированных инсультов в анамнезе. В то же время, достоверных различий в уровнях проявления относительно устойчивых тревожно-депрессивных эмоций в данных группах обнаружено не было.

При этом обращено внимание на то, что у больных, перенесших инсульт и вошедших в состав конкретной экспериментальной группы, доминирующей тревожно-депрессивной эмоцией является страх, эмоцией положительного знака – интерес, отрицательного знака – горе, коэффициент среднего значения шкалы которого оказался наиболее высоким среди десяти рассматриваемых базовых эмоций, при этом наиболее низкий был отмечен у эмоции презрения.

Помимо этого, отмечено, что, несмотря на снижение степени выраженности позитивных эмоций и увеличение уровня проявления негативных эмоций в ранний постинсультный период, результаты регрессионного анализа не позволяют утверждать, что с увеличением времени, прошедшего со дня инсульта, в данной группе испытуемых регрессирует проявление негативных эмоций и увеличится степень выраженности позитивных эмоций.

Обнаружено, что тревожно-депрессивные эмоции имеют большую выраженностью у участников экспериментальной группы с левосторонней локализацией очага поражения, при этом статистически значимой взаимосвязи пола, возраста и локализации патологического очага со степенью проявления негативных и позитивных эмоций, а также пола и

возраста испытуемых с выраженностью тревожно-депрессивных эмоций обнаружено не было.

Также установлено, что у людей с наличием подтвержденного диагноза «острое нарушение мозгового кровообращения», вошедших в состав экспериментальной группы, достоверно чаще, чем у участников контрольной группы, не имеющих инсультов в анамнезе, регистрируется уровень нездоровья по шкалам тревоги, невротической депрессии, астении, истерического типа реагирования, обсессивно-фобических и вегетативных нарушений.

При этом обращено внимание на то, что, с определенной долей вероятности, приближение к уровню здоровья показателей по шкале истерического типа реагирования может повлечь за собой уменьшение степени выраженности негативных эмоций.

Помимо этого, выявлено, что проявление тревожных расстройств, невротической депрессии, астении, истерического типа реагирования, обсессивно-фобических и вегетативных нарушений более выражено в ранний постинсультный период, однако суждение о том, что в конкретной группе испытуемых вышеперечисленные проявления регрессируют с течением времени, с большой долей вероятности является неправомерным.

Также отмечен факт наличия статистически значимой взаимосвязи между степенью проявления астении, истерического типа реагирования, вегетативных нарушений и выраженностью позитивных, негативных и тревожно-депрессивных эмоций. Испытуемые, чьи показатели по данным шкалам свидетельствовали о болезненном характере расстройств, зачастую имели слабый уровень проявления позитивных эмоций, в то время как негативные и тревожно-депрессивные эмоциональные проявления находились на уровне выраженности от умеренного до сильного, но данные, полученные в ходе регрессионного анализа, не позволяют утверждать, что приближение характера расстройств к уровню здоровья в данной экспериментальной группе, повлечет за собой изменения в степени

выраженности позитивных, негативных и тревожно-депрессивных эмоциональных реакциях.

Помимо этого, в результате проведенного корреляционного анализа обнаружено, что вегетативные нарушения опрошенных, перенесших инсульт, в большей степени выражены у женщин, а истерический тип реагирования достоверно чаще регистрировался у лиц пожилого возраста.

Также обращено внимание на отсутствие у участников экспериментальной группы достоверной взаимосвязи между проявлениями тревоги, невротической депрессии, астении и обсессивно-фобических нарушений с полом, возрастом, локализацией очага, а также вегетативных нарушений с возрастом и локализацией очага, истерического типа реагирования – с полом и локализацией очага.

Обнаружена достоверная взаимосвязь между типом отношения к болезни и проявлениями тревоги, невротической депрессии, астении, истерического типа реагирования, вегетативных нарушений. Отмечено, что, в большинстве случаев, низкие показатели по данным шкалам имели люди, обладающие тревожным, ипохондрическим, неврастеническим, меланхолическим, апатическим, сенситивным, эгоцентрическим, дисфорическим и паранойяльным типами отношения к болезни. Статистически значимой взаимосвязи между типом отношения к болезни и проявлением обсессивно-фобических нарушений установлено не было.

Помимо этого, выявлена взаимосвязь высокой степени статистической значимости между типом отношения к болезни и проявлением позитивных и негативных эмоций. Корреляция с тревожно-депрессивными эмоциями также оказалась значимой.

Было обращено внимание на тот факт, что у испытуемых, типы отношения к болезни которых характеризуются наличием психической и социальной дезадаптации, степень проявления позитивных эмоций является более низкой, чем у тех, чьи типы отношения к болезни не предполагают существенного нарушения адаптации, при этом уровень проявления

негативных и тревожно-депрессивных эмоций находится на более высоком уровне.

Выводы по второй главе

1. Было выявлено, что у больных, перенесших инсульт, эмоции отрицательного знака доминируют над эмоциями положительного знака и имеют большую степень проявления в ранний постинсультный период, а тревожно-депрессивные эмоции действительно имеют большую выраженностью у участников экспериментальной группы с левосторонней локализацией очага поражения.

2. Было установлено, что у больных, перенесших инсульт и вошедших в состав конкретной экспериментальной группы, доминирующей тревожно-депрессивной эмоцией является страх, эмоцией положительного знака – интерес, отрицательного знака – горе, коэффициент среднего значения шкалы которого оказался наиболее высоким среди десяти рассматриваемых базовых эмоций, при этом наиболее низкий был отмечен у эмоции презрения.

3. Было отмечено увеличение степени выраженности тревоги, невротической депрессии, астении, истерического типа реагирования, обсессивно-фобических и вегетативных нарушений у испытуемых, перенесших инсульт в сравнении с показателями опрошенных без диагностированных эпизодов острого нарушения мозгового кровообращения в анамнезе, а также усиление их выраженности в ранний период после перенесенного инсульта.

4. Было обращено внимание на факт того, что уровень проявления отрицательных и тревожно-депрессивных эмоций у больных, перенесших инсульт, с выраженными вегетативными нарушениями, астенией, истерическим типом реагирования, выше, чем у тех, чьи показатели по данным критериями находились в установленных пределах здоровья.

5. Было обнаружено, что приближение показателей по шкале истерического типа реагирования к уровню здоровья в данной экспериментальной группе, с определенной долей вероятности, может способствовать уменьшению выраженности тревожно-депрессивных эмоций.

6. Были сделаны выводы о том, что вегетативные нарушения участников экспериментальной группы, которую составили люди, перенесшие инсульт, в большей степени выражены у женщин, а истерический тип реагирования достоверно чаще регистрировался у лиц пожилого возраста.

7. Было установлено, что у больных, перенесших инсульт, выявленные типы отношения к болезни которых характеризуются наличием психической и социальной дезадаптации, степень проявления позитивных эмоций является более низкой, чем у тех, чьи типы отношения к болезни не предполагают существенного нарушения адаптации, при этом уровень проявления негативных и тревожно-депрессивных эмоций находится на более высоком уровне.

Заключение

В ходе экспериментальной работы, цель которой заключалась в изучении специфики эмоциональной сферы больных, перенесших инсульт, было отмечено, что эмоциональная сфера, представляющая собой совокупность субъективных реакций и когнитивных представлений, возникающих в результате воздействия как внутренних, так и внешних раздражителей, соотносимая с темпераментом и характером человека, у больных, перенесших инсульт, имеет свои особенности, связанные с локализацией очага поражения, давностью произошедшего острого нарушения мозгового кровообращения, выраженностью вегетативных нарушений и общим физическим состоянием.

В процессе изучения теоретических аспектов, связанных с выявлением специфики эмоциональной сферы больных, перенесших инсульт, было обращено внимание на то, что депрессия является одним из самых распространенных нервно-психических нарушений, возникающих в постинсультный период, однако после перенесенного инсульта нередко развивается апатия, характеризующаяся снижением активности, безучастностью, бездействием, утратой интереса к окружающей действительности, эмоциональным оскудением; фобические нарушения, среди которых фобия падения, фобия повторения ситуации инсульта, фобия открытых пространств; тревожные расстройства, которые в отечественной литературе зачастую рассматриваются как симптом депрессии.

Также было отмечено, что повреждение образований лобных долей, нередко вызывает апатию, эмоциональную расторможенность, эйфорию, манию, нарушение адекватности эмоций; повреждение височных долей справа – тревогу, страх, ярость, слева – плаксивость и раздражительность. Очаг поражения, локализующийся в области таламуса, влияет на развитие эмоциональной лабильности, перепадов настроения, депрессивных расстройств, суицидального поведения.

Было выявлено, что повреждение ядер таламуса, а также структур, наряду с ним составляющих лимбическую систему, в частности, поясной и парагиппокампальной извилин, гиппокампа, гипоталамуса, способствует проявлению искаженных эмоциональных реакций, среди которых амбивалентность, дистимия, дисфория, тревоги, фобии, панические атаки.

Помимо этого, было установлено, что правосторонние поражения с большей долей вероятности приводят к эмоциональной лабильности, эйфории, мори, благодушию, беспечности, отсутствию критичности к своему состоянию, в то время как левосторонние зачастую провоцируют появление отрицательных эмоций страха, гнева, тревоги, апатии, депрессивных расстройств, а также агрессии.

В процессе проведения исследования было обнаружено, что тревожно-депрессивные эмоции действительно имеют большую выраженностью у участников экспериментальной группы с левосторонней локализацией очага поражения. Кроме того, было отмечено, что степень проявления негативных эмоций у людей, перенесших инсульт, в сравнении с показателями испытуемых без наличия диагностированных инсультов в анамнезе, является более высокой, в то время как уровень выраженности позитивных эмоций у участников экспериментальной группы оказался снижен.

Было выявлено, что у больных, перенесших инсульт и вошедших в состав конкретной экспериментальной группы, доминирующей тревожно-депрессивной эмоцией является страх, эмоцией положительного знака – интерес, отрицательного знака – горе, коэффициент среднего значения шкалы которого оказался наиболее высоким среди десяти рассматриваемых базовых эмоций, при этом наиболее низкий был отмечен у эмоции презрения.

Также, в ходе изучения эмпирических аспектов проблемы выявления особенностей эмоциональной сферы больных, перенесших инсульт, было отмечено увеличение степени выраженности тревоги, невротической депрессии, астении, истерического типа реагирования, обсессивно-фобических и вегетативных нарушений у испытуемых, перенесших инсульт в

сравнении с показателями опрошенных без диагностированных эпизодов острого нарушения мозгового кровообращения в анамнезе.

Помимо этого, было выявлено, что проявление тревожных расстройств, невротической депрессии, астении, истерического типа реагирования, обсессивно-фобических и вегетативных нарушений более выражено в ранний постинсультный период, а испытуемые, показатели которых по шкалам астении, истерического типа реагирования и вегетативных нарушений свидетельствовали о болезненном характере расстройств, зачастую имели слабый уровень выраженности позитивных эмоций, в то время как негативные и тревожно-депрессивные эмоциональные проявления находились на уровне выраженности от умеренного до сильного.

Были сделаны выводы о том, что вегетативные нарушения участников экспериментальной группы, которую составили люди, перенесшие инсульт, в большей степени выражены у женщин, а истерический тип реагирования достоверно чаще регистрировался у лиц пожилого возраста.

Была обнаружена достоверная взаимосвязь между типом отношения к болезни и проявлениями тревоги, невротической депрессии, астении, истерического типа реагирования, вегетативных нарушений. Было отмечено, что, в большинстве случаев, низкие показатели по данным шкалам имели люди, обладающие тревожным, ипохондрическим, неврастеническим, меланхолическим, апатическим, сенситивным, эгоцентрическим, дисфорическим и паранойяльным типами отношения к болезни.

Также было обращено внимание на тот факт, что у испытуемых, типы отношения к болезни которых характеризуются наличием психической и социальной дезадаптации, степень проявления позитивных эмоций является более низкой, чем у тех, чьи типы отношения к болезни не предполагают существенного нарушения адаптации, при этом уровень проявления негативных и тревожно-депрессивных эмоций находится на более высоком уровне.

Таким образом, было доказано, что эмоциональная сфера больных, перенесших инсульт, имеет свою специфику, а некоторые эмоциональные проявления, нередко взаимосвязанные с давностью инсульта и типом отношения пациента к своему состоянию, могут носить патологический характер, что зачастую обусловлено не только поражением структур мозга, но и переживаниями, возникшими в качестве ответа на ситуацию болезни. Было выявлено, что для больных, перенесших инсульт, действительно характерно наличие депрессивных расстройств, фобических нарушений, апатии, тревожности, наряду с выраженностью вегетативных нарушений, невротической депрессии, истерического типа реагирования, а также преобладание негативных эмоций над позитивными.

При этом некоторые особенности физического состояния больных, перенесших инсульт, схожи с проявлениями эмоциональных нарушений и, с определенной долей вероятности, могут быть ошибочно за них приняты. Нельзя исключать и возникновение ситуации, в которой эмоциональные нарушения могут быть оценены как симптомы неврологического дефицита. Поэтому, для повышения качества жизни, успешной адаптации и реабилитации больных, перенесших инсульт, необходима своевременная диагностика расстройств эмоциональной сферы, что подчеркивает актуальность изучения данной темы, а полученные в процессе проведения исследования данные, могут быть использованы для определения диагностического вектора специалистами, задействованными в разработке программ реабилитации больных после перенесенного инсульта, и авторами, ведущими исследования в области выявления особенностей постинсультного эмоционального состояния, определения качества жизни таких больных, повышения эффективности терапевтических и реабилитационных мероприятий.

Список используемой литературы

1. Авербух Е. С. Психика и гипертоническая болезнь. Л. : Медицина, 1965. 176 с.
2. Александров М. В., Ключева Е. Г., Панина Е. Б. Цереброваскулярные заболевания. Головная боль : учебное пособие. Часть I. Спб. : Изд-во СЗГМУ им. ИИ Мечникова, 2014. 52 с.
3. Анохин П. К. Эмоции // Психология эмоций : Тексты. М. : Наука, 1991. С. 192-199
4. Бабенко В. В. Центральная нервная система : анатомия и физиология. Таганрог : изд-во Южного федерального университета, 2016. 214 с.
5. Билецкая М. П., Капахова Д. Н. Особенности психологической адаптации лиц, перенесших ишемический инсульт // Психология XXI века: Материалы Международной научно-практической конференции молодых ученых «Психология XXI века». СПб. : издательство Санкт-Петербургского университета, 2011. С. 180-181
6. Биологический энциклопедический словарь / под ред. М. С. Гилярова. М. : Советская энциклопедия, 1986. 831 с.
7. Блейхер В. М., Крук И. В. Толковый словарь психиатрических терминов. Воронеж : НПО МОДЭК, 1995. 640 с.
8. Блум Ф., Лейзерсон А., Хофстедтер Л. Мозг, разум и поведение. М. : Мир, 1988. 248 с.
9. Боголепов Н. К. Клинические лекции по неврологии. М. : Медицина, 1971. 432 с.
10. Боголепова А. Н., Гусев Е. И. Депрессивные расстройства у пациентов с цереброваскулярными заболеваниями. М. : МЕДпресс-информ, 2014. 208 с.
11. Большая медицинская энциклопедия / под ред. Б. В. Петровского. М. : Советская энциклопедия, 1986. Т. 28. 544 с.

12. Большая психологическая энциклопедия / под ред. Н. В. Дубенюк. М. : Эксмо, 2007. 544 с.
13. Бреслав Г. М. Психология эмоций. М. : Академия, 2007. 542 с.
14. Бреслав Г. М. Эмоциональные особенности формирования личности в детстве: норма и отклонения. М. : Педагогика, 1990. 140 с.
15. Будневский А. В., Куташев В. А., Припутневич Д. Н., Суржко Г. В. Психологические особенности пациентов с последствиями острого нарушения мозгового кровообращения, затрудняющими социальную адаптацию // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. 2014. №8. С. 8-13
16. Вассерман Л. И., Вукс А. Я., Иовлев Б. В., Карпова Э. Б. Психологическая диагностика отношения к болезни. СПб. : Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева, 2005. 33 с.
17. Вейн А. М., Вознесенская Т. Г., Голубев В. Л. Депрессия в неврологической практике. М. : МИА, 2007. 197 с.
18. Веккер Л. М. Психические процессы. Л. : Изд-во ЛГУ. Т.1: Психические процессы. 1974, 334 с.
19. Виленский Б. С., Кузнецова А. Н., Виноградов О. И. Геморрагические формы инсульта. Кровоизлияние в головной мозг, субарахноидальное кровоизлияние. СПб. : Фолиант, 2008. 72 с.
20. Виленский Б. С., Яхно Н. Н. Ишемический инсульт. СПб. : Фолиант, 2008. 80 с.
21. Вилюнас В. К. Психология эмоциональных явлений. М. : МГУ, 1976. 142 с.
22. Вознесенская Т. Г. Депрессия при цереброваскулярных заболеваниях // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2012. №4. С. 9-13
23. Воробьева О. В. Многогранность феномена астении // РМЖ. 2012. №5. С. 248-252

24. Гайворонский И. В., Гайворонский А. И., Ничипорук Г. И. Анатомия и физиология человека. М. : Издательский центр «Академия», 2011. 496 с.
25. Гальперин П. Я. Лекции по психологии. М. : Университет, 2005. 400 с.
26. Геморрагический инсульт: практическое руководство / под ред. В. И. Скворцовой, В. В. Крылова. М. ГЭОТАР-Медиа, 2005. 160 с.
27. Георгиевская Н. А., Петрова Е. А., Савина М. А., Шаклунова Н. В. Постинсультные аффективные расстройства // Журнал неврологии и психиатрии. №10. 2011. С. 12-17
28. Гиппенрейтер Ю. Б. Введение в общую психологию. М. : Университет, 2000. 336 с.
29. Головин С. Ю. Словарь практического психолога. М. : Харвест, 1998. 820 с.
30. Гусев Е. И., Скворцова В. И. Ишемия головного мозга. М. : Медицина, 2001. 328 с.
31. Данилова Н. Н. Психофизиология. М. : Аспект-пресс, 2012. 368 с.
32. Дарвин Ч. Р., Экман П. О выражении эмоций у человека и животных. СПб. : Питер, 2013. 320 с.
33. Дерябин В. С. Чувства. Влечения. Эмоции. О психологии, психопатологии и физиологии эмоций. М : ЛКИ, 2010. 224 с.
34. Джеймс У. Психология. М. : Академический проект, 2011. 318 с.
35. Дмитриева Т. Б., Шостакович Б. В. Агрессия и психическое здоровье. СПб. : Юридический центр Пресс, 2002. 464 с.
36. Доброхотова Т. А. Эмоциональная патология при очаговом поражении головного мозга. М. : Медицина, 1974. 160 с.
37. Дубынин В. А. Функциональная анатомия нервной системы. М. : Экзамен, 2004. 192 с.
38. Ениколопов С. Н. Понятие агрессии в современной // Прикладная психология. 2001. №1. С. 60-72

39. Ерофеев Н. П. Физиология ЦНС. СПб. : СпецЛит, 2014. 193 с.
40. Запорожец А. В. Эмоции и их роль в регуляции деятельности // Личность и деятельность: тезисы докладов к V Всесоюзному съезду психологов СССР. М. : Педагогика, 1977. С. 14-21
41. Изард К. Э. Психология эмоций. СПб. : Питер, 2009. 464 с.
42. Ильин Е. П. Эмоции и чувства. СПб. : Питер, 2001. 752 с.
43. Каннер А. М. Депрессия при неврологических заболеваниях. М. : Литтерра, 2007. 159 с.
44. Карвасарский Б. Д. Клиническая психология. СПб. : Питер, 2013. 864 с.
45. Концевой В. А., Скворцова В. И., Савина М. А. Депрессия и коморбидные им расстройства в остром периоде инсульта // Вертеброневрология. 2004. №11. С. 3-4, 19-20
46. Корсакова Н. К., Московичюте Л. И. Клиническая нейропсихология. М. : Academia, 2007. 144 с.
47. Кутлубаев М. А., Менделевич В. Д., Ахмадеева Л. Р. Проблема агрессивного поведения после инсульта // Неврологический журнал. 2017. №3. С. 142-147
48. Левитов Н. Д. О психических состояниях человека. М. : Просвещение, 1964. 344 с.
49. Леонова А. Б. Психодиагностика функциональных состояний человека. М. : МГУ, 1984. 200 с.
50. Марцинковская Т. Д. Общая психология. М. : Академия, 2010. 381 с.
51. Менделевич Д. М., Яхин К. К. Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний // Клиническая и медицинская психология: практическое руководство. М., 1998. С. 545-552
52. Менегетти А. Психосоматика. М.: Онтопсихология, 2009. 354 с.
53. Молчановский В. В., Тринитатский Ю. В., Ходарев С. В. Вертеброневрология III. Болевой синдром. Ростов-на-Дону, 2013. 324 с.

54. Немов Р. С. Психология. М. : Владос, 2020. Т. 1. 687 с.
55. Неттер Ф. Атлас анатомии человека. М. : ГЭОТАР-МЕД, 2003. 624 с.
56. Новик А. А., Ионова Т. И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. И. : Просвещение, 2007. 320 с.
57. Нуркова В. В., Березанская Н. Б. Психология. М. : Юрайт-Издат, 2004. 484 с.
58. Одинак М. М. Нервные болезни. СПб. : СпецЛит, 2014. 526 с.
59. Парфенов В. А., Хасанова В. А. Ишемический инсульт. М. : Медицинское информационное агентство, 2012. 298 с.
60. Парфенов В. А. Постинсультная депрессия: распространенность, патогенез, диагностика и лечение // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2012. №4. С. 84-88
61. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия. М. : Институт позитивной психотерапии, 2009. 464 с.
62. Поленов С. А. Основы микроциркуляции // Регионарное кровообращение и микроциркуляция, 2008. №1. С. 5-19
63. Прохоров А. О. Психические состояния и их функции. Казань : изд-во Казанского пед. ун-та, 1994. 168 с.
64. Психологическая диагностика расстройств эмоциональной сферы и личности / под ред. Л. И. Вассерман, О. Ю. Щелковой. СПб. : Скифия-принт, 2014. 408 с.
65. Реверчук И. В. Психофизиология и патопсихология эмоций и чувств. Ижевск, 2016. 36 с.
66. Рейковский Я. Экспериментальная психология эмоций. М. : Прогресс, 1979. 392 с.
67. Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии. СПб. : Питер, 2002. 720 с.
68. Рыжков В. Д. Позитивная неврология. М.: Litres, 2017. 352 с.

69. Савина М. А., Петрова Е. А. Катастрофальная реакция после инсульта // Психиатрия. №2. 2011. С. 55-59
70. Самохвалов В. П., Коробов А. А., Мельников В. А. Психиатрия. М., 2002. 322 с.
71. Сапин М. Р. Анатомия человека. М. : Практическая медицина, 2017. Т. 3. 384 с.
72. Симонов П. В. Теория отражения и психофизиология эмоций. М. : Наука, 1970. 141 с.
73. Симонов П. В. Что такое эмоция. М. : Наука, 1966. 94 с.
74. Синельников Р. Д., Синельников Я. Р. Атлас анатомии человека. М. : Медицина, 1996. Т.4. 315 с.
75. Скоромец А. А., Скоромец А. П., Скоромец Т. А. Нервные болезни. М. : МЕДпресс-информ, 2010. 560 с.
76. Солодовникова И. И., Сидоров А. В., Полухович Г. С., Карман Е. К. Головной мозг и черепные нервы : пособие по курсу «Анатомия человека» для студентов биол. фак. Минск : БГУ, 2008. 31 с.
77. Сосудистые заболевания головного мозга и метаболический синдром / под ред. М. М. Танащян. М. : АСТ 345, 2017. 334 с.
78. Старчина Ю. А. Постинсультная депрессия : научно обоснованные подходы к выбору терапии // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2012. №1. С. 116-119
79. Теплов Б. М. Психология. М. : Учпедгиз, 1953. 121 с.
80. Тиганов А. С., Снежневский А. В., Орловская Д. Д. Руководство по психиатрии. М. : Медицина, 1999. Т.1. 712 с.
81. Физиология человека / под ред. В. М. Покровского, Г. Ф. Коротько. М. : Медицина, 2003. 656 с.
82. Физиология человека / под ред. В. М. Смирного. М. : Медицина, 2001. 608 с.
83. Филатова Е. Г. Тревога в неврологической практике // Лечение нервных болезней. М., 2005. №1. С. 7-14

84. Фрейд З. Obsessions and phobias, their psychological mechanism and etiology. Ижевск, ERGO. 2016. 404 с.
85. Хомская Е. Д. Нейропсихология. СПб. : Питер, 2005. 496 с.
86. Шульговский В. В. Основы нейрофизиологии. М. : Кнорус, 2019. 272 с.
87. Alexopoulos G. S., Hoptman M. J., Yuen G., Seirup J. Connectivity in Apathy of Late-life Depression: A Preliminary Study // Journal of Affective Disorders, 2013. Vol. 149(0). P. 398-405
88. Angelelli P., Binova Y., Paolucci S. Development of neuropsychiatric symptoms in poststroke patients: a cross-sectional study // Acta Psychiatr Scand, 2004. Vol. 110. №1. P.55-63
89. Bard P. A. Diencephalic mechanism for the expression of rage with special reference to the sympathetic nervous system // American Journal of Psychology. Vol. 84(3). P. 490-516
90. Bogousslavsky J., Carrera E. The thalamus and behaviour: effects of anatomically distinct strokes // Neurology. 2006. Vol. 66. P. 1817-1823
91. Brodaty H. A., Withall A. longitudinal study examining the independence of apathy and depression after stroke: the Sydney Stroke Study // Int. Psychogeriatr. 2011. Vol. 23. P. 264-273
92. Cannon W. B. The James-Lange theory of emotions: A critical examination and alternative theory // The American Journal of Psychology. Vol. 39. P. 106-124
93. Chemirinski E., Robinson R. The neuropsychiatry of stroke // Psychosomatic. 2000. №41. P. 5-14
94. Critchley M. Misoplegia, or hatred of hemiplegia // Mount Sinai Journal of Medicine. 1974. Vol. 41(1). P. 7-82.
95. Downhill J. E., Robinson R. G. Longitudinal assessment of depression and cognitive impairment following stroke // The Journal of Nervous and Mental Disease. 1994. Vol. 8. P. 31-425.

96. Faravelli C. Phobias: a difficult challenge for epidemiology // WPA Series Evidence and Experience in Psychiatry. 2004. Vol. 7. P.89-94
97. Franks D. D., Smith T. S. Mind, Brain and Society: Toward a Neurosociology of emotion. Stanford. JAI Press. 46 p.
98. Gainotti G., Azzoni A., Marra C. Frequency, phenomenology and anatomical-clinical correlates of major post-stroke depression // Br J Psychiatry. 1999. Vol. 175. P. 7-163
99. Hermann A., Leutgeb V., Vaitl D. Individual differences in cognitive reappraisal usage modulate the time course of brain activation during symptom provocation in specific phobia // Biol. Mood Anxiety Disord. 2013. №3. P. 16-19
100. Huff W. Poststroke depression: risk factors and effects on the course of the stroke // Nervenarzt. 2003. Vol. 74(2). P. 14-104
101. Jones E. G. The Thalamus. New York: Plenum Press, 1985. 915 p.
102. Jorge R. E., Starkstein E., Robinson R. G. Apathy following stroke // Can J Psychiatry. 2010. Vol. 55. P. 350-354
103. Lange C. G., James W. The emotions. Baltimore: Williams&Wilkins Company, 1922. 148 p.
104. Marin R. S., Firinciogullari S., Biedrzycki R. C. Group differences in the relationship between apathy and depression // J Nerv. Ment. Diss. 1994. Vol 182. №4. P. 9-235
105. Taylor W. D., Steffens D. C., Krishnan K. R. R. Vascular depression: a new subtype of depressive disorders // Vascular Disease and Affective disorders. 2002. P. 149-60.

Приложение А

Результаты анкетирования участников экспериментальной группы

Таблица А.1 – Результаты анкетирования участников экспериментальной группы

	Пол	Возраст	Вид инсульта	Локализация очага поражения	Давность инсульта
1	Женский	34	Ишемический	Справа	5 лет
2	Женский	55	Ишемический	Справа (бассейн ПСМА)	1,5 года
3	Женский	26	Геморрагический	Справа	2 года
4	Мужской	28	Геморрагический	Справа	3 недели
5	Мужской	45	Геморрагический	Ствол мозга	2 года
6	Женский	56	Геморрагический	Левая лобная доля	7 месяцев
7	Женский	45	Ишемический	Справа (бассейн ПСМА)	26 дней
8	Женский	32	Ишемический	Слева	1 год
9	Женский	57	Ишемический	Слева	5 месяцев
10	Женский	65	Ишемический	Справа	3 недели
11	Женский	41	Ишемический	Правая лобная доля	9 месяцев
12	Мужской	50	Ишемический	Справа (обширный)	2 месяца
13	Женский	56	Геморрагический	Мозжечок	13 месяцев
14	Мужской	60	Ишемический	Слева (бассейн ЛСМА)	1 месяц
15	Мужской	48	Геморрагический	Справа	1,5 года
16	Мужской	62	Геморрагический	Правая лобная доля	1 год
17	Женский	69	Ишемический	Слева (бассейн ЛЗМА)	5 месяцев
18	Женский	32	Субарахноидальное кровоизлияние	Справа	2 месяца
19	Женский	53	Геморрагический	Слева	3 месяца
20	Мужской	45	Геморрагический	Межжелудочковая перегородка	3 месяца
21	Мужской	60	Геморрагический	Справа	2 года
22	Женский	47	Ишемический	Слева	1 месяц

Приложение Б

Результаты применения опросника для выявления и оценки невротических состояний в экспериментальной группе

Таблица Б.1 – Результаты применения опросника для выявления и оценки невротических состояний в экспериментальной группе

	Пол	Возраст	Шкала тревоги	Шкала невротической депрессии	Шкала астении	Шкала истерического типа реагирования	Шкала обсессивно-фобических нарушений	Шкала вегетативных нарушений
1	Ж	34	4,39	3,93	0,36	5,67	3,64	2,79
2	Ж	55	-3,77	-4,39	-6,02	-6,46	-5,72	-7,72
3	Ж	26	5,92	1,22	-1,61	4,83	0,06	1,6
4	М	28	-4,69	-3,74	-5,34	4,6	-1,22	-0,89
5	М	45	5,31	6,21	3,18	4,95	5,08	9,42
6	Ж	56	-5,33	-9,77	-6,71	-6,15	-2,79	-10,76
7	Ж	45	0,46	-3,43	-3,36	-0,77	-2,97	-9,33
8	Ж	32	2,62	2,05	3,96	4,77	0,86	3,32
9	Ж	57	1,3	-7,08	2,76	2,72	-0,55	-0,74
10	Ж	65	-0,62	-9,45	-6,98	-2,3	-1,04	-4,84
11	Ж	41	-0,43	-1,77	2,52	0,7	-1,47	-0,69
12	М	50	-8,76	-0,33	-1,38	-1,39	-2,38	2,88
13	Ж	56	-5,97	-10,09	-4,55	-6,66	-6,94	-2,91
14	М	60	-1,47	-10,11	-12,48	-6,09	-3,46	-4,78
15	М	48	0,72	-4,82	6,17	3,36	1,87	5,99
16	М	62	2,17	0,06	-0,77	4,06	-4,52	8,37
17	Ж	69	-5,38	-4,37	-4,61	-0,51	-3,97	-2,96
18	Ж	32	-1,66	-3,94	-5,88	0,26	-4,23	-8,63
19	Ж	53	-1,62	-7,93	-4,01	-8,38	-4,25	-8,96
20	М	45	-0,73	-6,04	-1,44	-2,03	-1,73	-11,3
21	М	60	4,62	5,03	8,09	4,3	3,18	7,2
22	Ж	47	-1,73	-10,16	-10,37	-7,51	-0,63	-12,28

Приложение В

Результаты применения опросника для выявления и оценки невротических состояний в контрольной группе

Таблица В.1 – Результаты применения опросника для выявления и оценки невротических состояний в контрольной группе

	Пол	Возраст	Шкала тревоги	Шкала невротической депрессии	Шкала астении	Шкала истерического типа реагирования	Шкала обсессивно-фобических нарушений	Шкала вегетативных нарушений
1	Ж	23	1,28	4,67	-0,79	2,78	0,44	-6,51
2	Ж	23	-0,14	-6,23	2,41	0,3	2,15	2,43
3	Ж	24	3,96	-1,69	3,7	0,38	5,73	2,88
4	Ж	25	-8,55	-8,62	-9,1	-2,63	-2,38	-4,83
5	Ж	45	-2,47	-1,66	-1,19	0,04	-0,5	-3,21
6	Ж	40	1,18	-5,5	0,53	1,02	4,71	-2,39
7	Ж	46	0,47	-0,37	-1,39	0,37	-0,35	-8,34
8	Ж	33	7,46	1,49	5,36	2,78	3,11	-0,25
9	Ж	47	7,15	7,12	10,05	4,77	6,6	13,72
10	Ж	61	-0,89	-0,83	-3,38	-1,18	0,9	-4,32
11	М	40	3,2	2,15	3,5	-0,32	3,27	8,27
12	Ж	23	1,55	1,58	6,66	3,41	3,12	5,05
13	М	59	6,14	2,35	7,11	2,87	5,61	9,8
14	М	65	6,04	2,31	7,17	4,08	4,03	8,36
15	М	35	3,46	1,83	5,5	4,99	4,92	15,9
16	Ж	42	7,08	1,46	4,53	3,35	2,86	9,98
17	Ж	47	5,09	0,6	4,78	3,24	2,85	11,46
18	М	39	8,13	5,26	3,92	3,99	5,12	9,11
19	М	35	7,96	3,77	8,37	6,41	5,38	12,52
20	Ж	32	4,51	1,71	4,63	2,74	4,34	8,12
21	М	50	7,03	1,34	4,14	-0,27	2,45	1,63
22	Ж	25	0,12	0,23	1,77	0,45	-7,97	-6,9

Приложение Г

Результаты применения шкалы дифференциальных эмоций К. Э. Изарда и методики «ТОБОЛ»

Таблица Г.1 – Результаты применения шкалы дифференциальных эмоций К. Э. Изарда и методики «ТОБОЛ»

№	Контрольная группа			Экспериментальная группа			
	Индекс позитивных эмоций	Индекс негативных эмоций	Индекс тревожно-депрессивных эмоций	Индекс позитивных эмоций	Индекс негативных эмоций	Индекс тревожно-депрессивных эмоций	Тип отношения к болезни
1	24	12	12	30	13	12	Гармоничный
2	28	12	9	16	34	13	Смешанный (меланхолический, тревожный)
3	15	16	12	22	14	17	Смешанный (эргопатический, анозогнозический)
4	28	29	31	10	27	17	Смешанный (дисфорический, неврастенический)
5	19	12	13	25	13	12	Эргопатический
6	23	12	9	13	38	18	Диффузный (дисфорический, неврастенический, апатический, меланхолический, ипохондрический)
7	23	16	16	16	17	15	Гармоничный
8	18	18	10	26	12	17	Эргопатический

Продолжение Приложения Г

Продолжение таблицы Г.1

9	17	16	12	13	21	25	Тревожный
10	23	16	20	11	22	21	Меланхолический
11	27	18	21	20	16	13	Эргопатический
12	24	28	16	21	40	11	Анозогнозический
13	26	16	20	11	29	25	Меланхолический
14	32	17	18	14	32	21	Меланхолический
15	30	17	16	20	27	20	Смешанный (сенситивный, тревожный)
16	31	15	17	29	17	17	Гармоничный
17	27	13	19	22	22	13	Тревожный
18	29	19	22	22	20	18	Диффузный (тревожный, эргопатический, сенситивный, неврастенический)
19	28	15	12	16	39	22	Смешанный (паранойяльный, ипохондрический)
20	31	15	14	18	23	23	Тревожный
21	28	17	12	32	12	11	Эргопатический
22	23	23	28	10	39	21	Дисфорический

