

УДК 616.118:159.923.3-003,9

Д-р мед. наук І. В. ДРОЗДОВА,  
канд. психол. наук В. В. ХРАМЦОВА,  
Ю. А. ГОНЧАР, С. Я. ЯНОВСЬКА

## ОСОБЛИВОСТІ ХАРАКТЕРУ ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ІНСУЛЬТУ

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

**Показано, що у хворих на артеріальну гіпертензію III ст. у віддаленому періоді після перенесеного інсульту найбільш вразливою була емоційно-вольова сфера, значно менше змінювались інтелектуальні та комунікативні риси. Вивчення характерологічних особливостей є необхідним для складання індивідуальних програм реабілітації пацієнтів, тому що саме вони лежать в основі формування комплаєнса хворих.**

*Ключові слова:* артеріальна гіпертензія, інсульт, характер, інтелект, емоції, воля, комунікація.

Особливості характеру пацієнтів з артеріальною гіпертензією (АГ) давно і досить добре вивчено, але результати проведених досліджень виявилися вельми суперечливими [1–4]. Досить часто в цих роботах вказується на інтерперсональну напругу у структурі особистості хворих на АГ, що існує між агресивними імпульсами й почуттям залежності. Автори відзначали різні риси характеру хворих на АГ: емоційну збудливість, в'язкість і ригідність [1]; активність, енергійність і впевненість у собі [3]; вразливість, тривожність, недовірливість, в'язкість, схильність до тривалих переживань, образливість [2]; домінантність, авторитарність у поєднанні з підвищеною чутливістю до різноманітних стресів [4]. Соціальна поведінка цих пацієнтів описується як надмірно адаптивна, поступлива, орієнтована на успіх, пасивна й уникаюча конфліктів, додатково визначається стримуванням позитивних і негативних емоцій [5]. Разом із тим у них спостерігаються

амбітність, конфліктність щодо начальства, інтрапсихічні конфлікти між агресивністю і почуттям провини, між незалежністю і прагненням знайти захист [4]. Проте інтелектуальним, емоційно-вольовим та спонукальним особливостям характеру хворих у віддалений період після інсульту приділялась незначна увага, хоча саме ці риси слід урахувувати при розробці індивідуальних програм реабілітації пацієнтів.

Мета цього дослідження — вивчити особливості характеру хворих на АГ у віддаленому періоді після перенесеного інсульту.

Нами проведено дослідження на базі Українського державного науково-дослідного інституту медико-соціальних проблем інвалідності, яке охоплювало 39 хворих на АГ III ст. у віддаленому періоді після перенесеного інсульту. Діагноз АГ було встановлено згідно з Настановами та клінічним протоколом надання медичної допомоги: артеріальна гіпертензія, рекомендаціями Української

асоціації кардіологів та Європейського товариства кардіологів, Сучасними принципами діагностики та лікування хворих із гострим ішемічним інсультом та ТІА, уніфікованим клінічним протоколом «Ішемічний інсульт» [6, 7].

До контингенту обстежених входили 22 (47,8%) пацієнти з віддаленими наслідками інфаркту мозку, що відповідає нозологічній формі МКХ-10 — I69.3, 3 (6,6%) — внутрішньомозкового крововиливу (I69.1); 2 (4,3%) — субарахноїдального крововиливу (I69.0); 2 (4,3%) — мозкового інсульту, не уточненого як крововилив чи інфаркт (I69.4); 2 (4,3%) — з гіпертензивною енцефалопатією, що розвинулася внаслідок АГ III ст. (I67.4); 2 (4,3%) з іншими уточненими цереброваскулярними хворобами (I67.8); 2 (4,3%) — з енцефалопатією на тлі церебрального атеросклерозу (I67.2); 1 (2,2%) — з інсультом, не уточненим як крововилив або інфаркт мозку (I64); 1 (2,2%) — з іншими уточненими ураженнями центральної нервової системи (G96.8). Більшість (79,5%) хворих були чоловіками. Середній вік обстежених становив  $51,3 \pm 1,2$  року.

На момент обстеження тривалість АГ у середньому дорівнювала  $4,6 \pm 1,7$  року та становила менше 5 років у 25 (59,5%) пацієнтів, від 5 до 10 років — у 12 (28,6%), від 11 до 20 років — у 5 (11,9%) відповідно. Період після перенесеного інсульту становив у середньому  $3,3 \pm 1,8$  року. У 26 (76,5%) осіб давність перенесеного інсульту була менше 5 років, у 6 (17,6%) — 5–10 років, у 2 (5,9%) — 11–20 років відповідно. У 10,9% хворих трапився повторний інсульт, після якого минуло  $1,0 \pm 0,3$  роки.

Для визначення особистісних особливостей ми використовували методіку багатостороннього дослідження особистості [8], акцентуацій та характерологічних рис — опитувальник Г. Шмішека [9], тест Р. Кеттела [10]. При аналізі характерологічних рис хворих оцінювалися фактори: А (замкнутість — товариськість), В (інтелект), Е (підпорядкованість — доміантність), F (стриманість — експресивність), G (схильність до почуттів — висока нормативність поведінки), Н (боязливність — сміливість), І (твердість — чутливість), L (довірливість — підозрілість), М (практичність — розвинена уява), N (прямолинійність — дипломатичність), О (впевненість у собі — тривожність), Q1 (консерватизм — радикалізм), Q2 (конформізм — нонконформізм), Q3 (низький/високий самоконтроль), Q4 (розслабленість — напруженість). На основі кількісного та якісного аналізу характерологічних рис було виділено блоки факторів: інтелектуальні (В, М, Q1), емоційно-вольові (С, G, І, О, Q3, Q4) та комунікативні (А, Н, F, E, Q2, N, L).

Статистичну обробку проводили після створення комп'ютерної бази даних у системах Microsoft

Excel та IBM SPSS Statistics version 19 [11]. Застосовували t-критерій Стьюдента для порівняння середніх величин та критерій на основі u-статистики для порівняння відносних величин [12]. Використовували ранговий коефіцієнт кореляції Спірмена, який вважали значущим, і робили висновок про наявність кореляційного зв'язку між показниками, якщо  $p < 0,05$  [11].

Отримані нами результати свідчать, що у хворих на АГ III ст. у віддаленому періоді після перенесеного інсульту найвищими були показники +F (стриманість — експресивність), +L (довірливість — підозрілість), +E (підпорядкованість — доміантність); найнижчими — -Q1 (консерватизм — радикалізм), -Q3 (низький/високий самоконтроль), -М (практичність — розвинена уява), -А (замкнутість — товариськість), -G (схильність до почуттів — висока нормативність поведінки) [13].

Такі пацієнти були владними, незалежними, самовпевненими, впертими до агресивності. Незалежність у судженнях і поведінці призводила до того, що свої думки вони були схильні вважати законом для себе й оточуючих. У конфліктах такі особи звинувачували інших, не визнавали владу та тиску ззовні, воліли мати авторитарний стиль, боролися за високий соціальний статус, були конфліктні й норавливі (+E). Їхні імпульсивність, життєрадісність, безтурботність потребували соціальної значущості та контактів, а емоційність і динамічність спілкування виражали намагання стати лідерами у групі (+F). Ревнощі, заздрість, підозрілість свідчили про те, що їхні інтереси були спрямовані лише на себе, вони були обережні у вчинках, егоїстичні (+L), і це поєднувалося з консервативністю, стійкістю стосовно традиційних труднощів, схильністю до моралізації та повчань. Хворі опиралися змінам і не цікавилися аналітичними та інтелектуальними міркуваннями (-Q1), були недисциплінованими, з внутрішнім конфліктом уявлень про себе, не стурбовані виконанням соціальних вимог (-Q3). Практичність і сумнівність обумовили орієнтацію цих осіб на зовнішню реальність і дотримання загальноприйнятих норм, певну обмеженість та зайву увагу до дрібниць (-M).

Пацієнти характеризувалися низьким рівнем товариськості, замкнутістю, байдужістю, певною ригідністю й зайвою суворістю в оцінці людей. Вони були скептично налаштовані, холодні по відношенню до оточуючих, любили бути на самоті, не мали близьких друзів, з якими можна бути відвертим (-A). Такі люди були схильні до непостійності, на них впливали різні випадки та обставини, вони не докладали зусиль до виконання групових вимог і норм. Обстежені характеризувалися безпринципністю, неорганізованістю,

безвідповідальністю, гнучкими установками щодо соціальних норм. Свобода від впливу норм могла призводити до їх антисоціальної поведінки (–G).

Серед інтелектуальних особливостей пацієнтів спостерігалось різке зниження всіх факторів. Найбільш вираженим залишався фактор В (інтелект), але різко зменшувалися фактори М (практичність — розвинена уява) і Q1 (консерватизм — радикалізм). Таким хворим були притаманні конкретність і певна ригідність мислення, яка іноді досягала емоційної дезорганізації (–В); орієнтація на зовнішню реальність і дотримання загальноприйнятих норм обумовили певну обмеженість та зайву увагу до дрібниць (–М). Консерватизм, стійкість до труднощів, схильність до моралізації та повчань призводили до небажання змін і відсутності інтересу до аналітичних та інтелектуальних міркувань (–Q1).

У таких осіб можна константувати різке зниження емоційно-вольових чинників, менш виражене за факторами Q4 (розслабленість — напруженість), О (впевненість у собі — тривожність), І (твердість — чутливість), С (емоційна стабільність — нестабільність); значно виражене за факторами G (схильність до почуттів — висока нормативність поведінки) і Q3 (низький/високий самоконтроль). У них відзначалися розслабленість, млявість, спокій, низька мотивація (–Q4), лінощі, зайва задоволеність і незворушність (–О), самовпевненість, реалістичність суджень, певна жорстокість у ставленні до оточуючих (–І). Хворим були притаманні низька толерантність до фрустрації, висока схильність до почуттів і мінливість інтересів, лабільність настрою, драгівливість, стомлюваність, невротичні симптоми, іпохондрія (–С). Вони характеризувалися безпринципністю, неорганізованістю, безвідповідальністю, гнучкими установками щодо соціальних норм. Свобода від впливу норм могла спровокувати їх антисоціальну поведінку (–G), пацієнти вирізнялися недисциплінованістю, мали конфлікт в уявленнях про себе, не переймалися виконанням соціальних вимог (–Q3).

До особливостей міжособистісної взаємодії цих хворих належали зниження всіх показників, менш виражене за факторами Q2 (конформізм — нонконформізм), N (прямолинійність — дипломатичність), F (стриманість — експресивність), Е (підпорядкованість — домінантність) і різке за факторами А (замкнутість — товарицькість), Н (боязливність — сміливість), L (довірливість — підозрілість). Вони відрізнялися більшою залежністю від групи, орієнтованістю на соціальне схвалення, в них часто була відсутня ініціатива прийняття рішень (–Q2) та переважали прямолинійність, наївність, природність, безпосередність

(–N). Такі особи характеризувалися розсудливістю, обережністю, розважливістю, мовчазливістю, вони вирізнялися схильністю все ускладнювати, деякою стурбованістю, песимізмом у сприйнятті дійсності. Вони сильно турбувалися про майбутнє, очікували невдачі; оточуючі сприймали їх як нудних, млявих і надмірно манірних (–F). Ці пацієнти були сором'язливі, схильні поступатися іншим, часто виявлялись залежними, брали провину на себе, тривожилися про можливі власні помилки. Їм були властиві тактовність, покірливість, шанобливість, покірність до повної пасивності (–Е). Такі хворі уявлялись нетовариськими, замкнутими, байдужими, ригідними та надмірно суворими в оцінці людей. Вони були скептично налаштовані, холодні у ставленні до оточуючих, віддавали перевагу самотності, не мали близьких друзів (–А), були сором'язливі, не впевнені у своїх силах, боязкі, воліли перебувати в тіні, відрізнялись підвищеною чутливістю до тривоги (–Н).

Таким чином, хворим з АГ ІІІ ст. у віддалений період після перенесеного інсульту притаманні безтурботність, підозрілість, домінантність, консерватизм, низький самоконтроль, практичність, замкнутість і схильність до почуттів.

Правдивість обстежених пацієнтів, їхнє бажання йти на співпрацю корелювали з акцентуаціями характеру (збудливою та циклотимічною); з характерологічною (впевненістю у собі — тривожністю) та з особистісною (Ма-гіпоманією) особливостями. Замкнутість — товарицькість хворих, асоційована з гіпертимною акцентуацією та характерологічними рисами: емоційна стійкість — нестриманість, схильність до почуттів — висока нормативність поведінки, твердість — чутливість, довірливість — підозрілість, консерватизм — радикалізм, високий/низький самоконтроль.

Інтелект цих осіб був сполучений з тривожним типом ставлення до хвороби (ТСХ) та з рівнем самоконтролю. Емоційна стабільність — нестабільність пацієнтів поєднувалася з акцентуаціями характеру (демонстративною, збудливою, гіпертимною, дистимічною, тривожною, циклотимічною); з внутрішньою картиною хвороби (ВКХ) (з тривожним, меланхолічним, неврастенічним, егоцентричним, ейфоричним, анозогнозичним ТСХ); характерологічними рисами (замкнутістю — товарицькістю, боязливністю-сміливістю, довірливістю — підозрілістю, прямолинійністю — дипломатичністю, впевненістю у собі — тривожністю, конформізмом — нонконформізмом, розслабленістю — напруженістю); особистісними особливостями (бажанням представити себе у вигідному світлі, із шкалами — Нs-іпохондрія, D-депресія, Ну-істерія).

В обстежених підпорядкованість — домінантність корелює з тривожною акцентуацією

характеру та ергопатичним ТСХ. Стриманість — експресивність пацієнтів асоційована лише з ВКХ (гармонічним та ергопатичним ТСХ). Схильність до почуттів — висока нормативність поведінки поєднується лише зі замкнутістю — товариськістю як характерологічною рисою. Боязливість — сміливість хворих сполучена з педантичною та тривожною акцентуаціями характеру; з тривожним, апатичним, неврастенічним, obsесивно-фобічним, сенситивним, анозогнозичним і паранояльним ТСХ; з емоційною стійкістю — нестійкістю як характерологічною рисою та бажанням представити себе у вигідному світлі й D-депресією як особистісними особливостями.

Твердість — чутливість пацієнтів асоційована з їхніми характерологічними рисами, такими, як замкнутість — товариськість, практичність — розвинена увага, консерватизм — радикалізм. Довірливість — підозрілість цих осіб корелює з демонстративною, збудливою та гіпертимною акцентуаціями характеру, з анозогнозичним ТСХ, з характерологічними рисами замкнутість — товариськість, емоційна стабільність — нестабільність, прямолінійність — дипломатичність, упевненість у собі — тривожність, конформізм — нонконформізм, із шкалами — Hs-іпохондрія, D-депресія, Ну-істерія як з особистісними особливостями.

Практичність — розвинена уява хворих сполучена з характерологічними рисами: твердістю — чутливістю, прямолінійністю — дипломатичністю, консерватизмом — радикалізмом. Прямолінійність — дипломатичність цих осіб поєднується із застрягаючою, педантичною, дистимічною, тривожною акцентуаціями характеру, ейфоричним ТСХ, емоційною стабільністю — нестабільністю, довірливістю — підозрілістю, практичністю — розвиненою уявою, впевненістю у собі — тривожністю, конформізмом — нонконформізмом, низьким/високим самоконтролем, розслабленістю — напруженістю, із шкалами — D-депресія, Pd-психопатія, Pa-параноя та Sc-шизоїдність.

Упевненість у собі — тривожність хворих корелює з акцентуаціями характеру (збудливою, дистимічною, тривожною, циклотимічною); ВКХ (ейфоричним, анозогнозичним ТСХ); характерологічними рисами (довірливістю — підозрілістю, емоційною стабільністю — нестабільністю, прямолінійністю — дипломатичністю, конформізмом — нонконформізмом, розслабленістю — напруженістю); особистісними особливостями (бажанням представити себе у вигідному світлі, за шкалами — Hs-іпохондрія, D-депресія, Pa-параноя, Pt-психастенія, Sc-шизоїдність, Ma-гіпоманія).

Консерватизм — радикалізм цих осіб асоційований з ВКХ (апатичним ТСХ); з характерологічними рисами (замкнутістю — товариськістю,

твердістю — чутливістю, практичністю — розвиненою уявою); з особистісними особливостями (бажанням представити себе у вигідному світлі). Конформізм — нонконформізм пацієнтів сполучений з акцентуаціями характеру (демонстративною, збудливою, гіпертимною, дистимічною, тривожною); ВКХ (меланхолічним, неврастенічним, ейфоричним, анозогнозичним ТСХ); характерологічними рисами (емоційною стабільністю — нестабільністю, довірливістю — підозрілістю, прямолінійністю-дипломатичністю, впевненістю у собі — тривожністю, розслабленістю — напруженістю); особистісними особливостями (бажанням представити себе у вигідному світлі, зі шкалами — Hs-іпохондрія, D-депресія, Ну-істерія, Pd-психопатія, Pa-параноя, Sc-шизоїдність).

Низький/високий самоконтроль хворих поєднаний з інтелектом і рисами характеру (замкнутістю — товариськістю, практичністю — розвиненню увагою, прямолінійністю — дипломатичністю). Розслабленість — напруженість цих осіб корелює з акцентуаціями характеру (збудливою, дистимічною, тривожною, емотивною, циклотимічною, екзальтованою); з ВКХ (меланхолічним, ейфоричним, анозогнозичним ТСХ); рисами характеру (емоційною стабільністю — нестабільністю, практичністю — розвиненою уявою, прямолінійністю — дипломатичністю, впевненістю у собі — тривожністю, конформізмом — нонконформізмом); особистісними особливостями (бажанням представити себе у вигідному світлі, зі шкалами — D-депресія, Pa-параноя).

Аналіз результатів проведеного дослідження показав, що у хворих у віддаленому періоді після перенесеного інсульту спостерігалось різке зниження показників емоційно-вольової сфери, із них вираженими були напруженість, тривожність, чутливість, емоційна нестабільність, схильність до почуттів, низький самоконтроль. Вони, безумовно, пов'язані як із преморбідними рисами (акцентуаціями характеру та особистісними особливостями), так і із зонами ураження головного мозку при патологічному процесі. Дослідження характерологічних рис має входити до стандарту обстеження хворих при інсульті у зв'язку з тим, що їхні інтелектуальні, емоційно-вольові та спонукальні функції пацієнтів мають обов'язково враховуватись при розробці психолого-педагогічної складової індивідуальних програм реабілітації.

#### Список літератури

1. *Alexander F. Psychosomatic Medicine: Its Principles and Applications / F. Alexander.*— N. Y.: Norton, 1950.— 342 p.
2. *Бокій И. В.* Некоторые особенности высшей



- нервной деятельности у больных гипертоническими психозами в процессе их лечения / И. В. Бокий // Журн. высш. нервной деятельности.— 1954.— Т. 4, № 4.— С. 339.
3. *Цейтина Г. П.* О личности больного с церебральной формой гипертонической болезни / Г. П. Цейтина, И. М. Тонконогий, Г. В. Гурвиц // Клиническая медицина.— 1977.— Т. LVVIII, № 9.— С. 48–55.
  4. *Шхвацабая И. К.* Особенности личности больных гипертонической болезнью / И. К. Шхвацабая, В. П. Зайцев, Т. А. Айвазян // Кардиология.— 1980.— Т. 20, № 5.— С. 37–41.
  5. *Наталевич Э. С.* Депрессии в начальных стадиях гипертонической болезни: клиника, диагностика, лечение / Э. С. Наталевич, В. Д. Королев.— Минск: Наука и техника, 1988.— 135 с.
  6. Наказ МОЗ України від 14.02.2002 р. № 54 «Про затвердження класифікації захворювань органів системи кровообігу» [Електронний ресурс].— Режим доступу: [http://mbox2.i.ua/read/INBOX/547833cb6ca9/?\\_rand=1165367246](http://mbox2.i.ua/read/INBOX/547833cb6ca9/?_rand=1165367246)
  7. Наказ МОЗ України від 03.08.2012 р. № 602. «Рекомендації щодо ведення хворих з ішемічним інсультом та транзиторною ішемічною атакою» [Електронний ресурс].— Режим доступу: [http://mbox2.i.ua/read/INBOX/547833cb6ca9/?\\_rand=1165367246](http://mbox2.i.ua/read/INBOX/547833cb6ca9/?_rand=1165367246)
  8. Методика «Міні-мульти» (Скорочений багатофакторний опитувальник для дослідження особистості — СБОО) [Електронний ресурс] / Психологічна діагностика.— Режим доступу: <http://brunner.kgu.edu.ua/index.php/cv/283-mini-mult>
  9. *Методика Г. Шмішека* для визначення акцентуацій характеру [Електронний ресурс] / Психологічна діагностика.— Режим доступу: <http://brunner.kgu.edu.ua/index.php/cv/203-leongard>
  10. Багатофакторна особистісна методика Р. Кеттела [Електронний ресурс] / Психологічна лабораторія (інструментарій).— Режим доступу: [http://psylab.com.ua/tools\\_Факторный\\_личностный\\_опросник\\_Кеттела](http://psylab.com.ua/tools_Факторный_личностный_опросник_Кеттела)
  11. *Наследов А.* SPSS 19: профессиональный статистический анализ данных / А. Наследов.— СПб.: Питер, 2011.— 400 с.
  12. Статистична обробка даних / В. П. Бабак, А. Я. Білецький, О. П. Приставка, П. О. Приставка.— К.: МІВВЦ, 2001.— 388 с.
  13. Интеллектуальные, эмоционально-волевые и коммуникативные особенности больных артериальной гипертензией / И. В. Дроздова, Ю. А. Гончар, В. В. Храмова, А. Е. Голубева // Укр. вісн. медико-соціальної експертизи.— 2015.— № 1 (15).— С. 34–39.

### ОСОБЕННОСТИ ХАРАКТЕРА БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНСУЛЬТА

И. В. ДРОЗДОВА, В. В. ХРАМЦОВА, Ю. А. ГОНЧАР, С. Я. ЯНОВСКАЯ

**Показано, что у больных АГ III ст. в отдаленном периоде после перенесенного инсульта наиболее сильно поражалась эмоционально-волевая сфера, значительно меньше изменялись интеллектуальные и коммуникативные черты. Изучение характерологических особенностей необходимо для составления индивидуальных программ реабилитации пациентов, так как именно они лежат в основе формирования комплайенса больных.**

*Ключевые слова:* артериальная гипертензия, инсульт, характер, интеллект, эмоции, воля, коммуникация.

### CHARACTER PECULIARITIES OF PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION AFTER STROKE

I. V. DROZDOVA, V. V. KHRAMTSOVA, Yu. A. GONCHAR, S. Ya. YANOVSKAYA

**It was shown that emotional and volitional spheres of the patients with stage III arterial hypertension in the long-term period after stroke were affected more than intellectual and communicative features. The study of character traits is necessary for the creation of individual programs for rehabilitation of patients, since they were the basis of compliance formation.**

*Key words:* arterial hypertension, stroke, character, intellect, emotions, will, communication.

Надійшла 01.07.2015