

2. Germanov, G.N., Silivanova, K.V., Vasenin, G.A., Wang Kh., et al (2021), “The expression of types of ethnic identity among Russian and Chinese school students in comparative analysis with adolescents of different ethnic groups”, *Uchenye zapiski universiteta imeni P.F. Lesgafta*, No. 1 (191), pp. 418–427.

3. Germanov, G.N., Silivanova, K.V., Vasenin, G.A., Wang, Kh., et al (2021), “Diagnosis of the ethnic identity of Russian and Chinese school students in the context of the formation of interethnic tolerance”, *Uchenye zapiski universiteta imeni P.F. Lesgafta*, No. 1(191), pp. 427–436.

4. “They themselves are to blame: the United States accused China of developing a coronavirus”, available at: <https://www.pravda-tv.ru/2020/01/28/447800/sami-vinovaty-ssha-obvinili-kitaj-v-razrabotke-koronavirusa> (accessed January 28, 2021).

5. Soldatova, G.U. (1998), *Psychology of inter-ethnic tension*, Smysl, Moscow.

**Контактная информация:** genchay@mail.ru

*Статья поступила в редакцию 18.05.2021*

**УДК 159.9.075**

### **ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ И ЦЕННОСТНО-СМЫСЛОВАЯ СФЕРЫ, САМОВОСПРИЯТИЕ И ОТНОШЕНИЕ К СВОЕМУ БУДУЩЕМУ В УСЛОВИЯХ ТЯЖЕЛОГО СОМАТИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ (НА ПРИМЕРЕ ПАЦИЕНТОВ С ОНМК)**

*Татьяна Владимировна Демченко, аспирант, Елена Рудольфовна Исаева, доктор психологических наук, заведующая кафедрой, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова*

#### **Аннотация**

Введение. Острое нарушение мозгового кровообращения является одной из основных причин смертности людей по всему миру. В современной геронтологии все большее внимание привлекает феномен геротрансцендентности, позволяющий описать психологическую сферу пожилого человека и происходящие с возрастом изменения в ней. Актуальным является изучение геротрансцендентности личности в условиях соматического заболевания, поскольку недостаточно изученным аспектом остается влияние соматического заболевания на психологическую сферу пациента после острого нарушения мозгового кровообращения. Цель исследования. Изучение эмоциональной и ценностно-смысловой сфер, самовосприятия, отношения к своему заболеванию и своему будущему у лиц пожилого возраста, переживших острое нарушение мозгового кровообращения. Организация исследования. В исследовании приняло участие 40 пациентов с ОНМК в раннем восстановительном периоде в возрасте 50–90 лет. Результаты исследования. У пациентов с ОНМК всех возрастов отмечаются легкие эмоциональные нарушения. У пациентов с ОНМК отмечается снижение социального компонента геротрансцендентности. Для пациентов всех возрастов характерно наличие как адаптивных, так и дезадаптивных типов отношения к болезни. У пациентов всех возрастов с ОНМК отмечается снижение субъективного восприятия своего настоящего и будущего времени. Наиболее низкие показатели приверженности лечению наблюдаются у пациентов 61–75 лет. Приверженность лечению имеет устойчивые взаимосвязи с анозогнозическим типом отношения к болезни, с восприятием структуры прошлого и величины и структуры будущего. Геротрансцендентность связана с меланхолическим, дисфорическим и паранойяльным типами отношения к болезни, с восприятием активности и величины прошлого и ощущаемости будущего. Вывод. Наиболее «опасной» группой пациентов с ОНМК в раннем восстановительном периоде могут считаться пациенты 61–75 лет, так как у них отмечаются наиболее низкие показатели геротрансцендентности, более выраженные эмоциональные нарушения, низкие показатели восприятия временной перспективы и низкая мотивация на лечение.

**Ключевые слова:** геронтология, геротрансцендентность, цереброваскулярные заболевания, эмоциональная сфера, приверженность лечению, восприятие времени.

EMOTIONAL AND VALUE-SENSE SPHERES, SELF-PERCEPTION AND ATTITUDE TO THE FUTURE UNDER CONDITIONS OF SEVERE SOMATIC DISEASE (ON THE EXAMPLE OF PATIENTS WITH ACUTE CEREBROVASCULAR ACCIDENTS)

*Tatyana Vladimirovna Demchenko, the post-graduate student, Elena Rudolfovna Isaeva, the doctor of psychological sciences, Department chair, Pavlov First Saint Petersburg State Medical University*

**Abstract**

**Introduction.** Acute cerebrovascular accident is one of the leading causes of death in people around the world. In modern gerontology, more and more attention is attracted by the phenomenon of gerotranscendence, which makes it possible to describe the psychological sphere of an elderly person and the changes occurring in it with age. The study of the gerotranscendence of a person in conditions of the somatic disease is relevant, since the influence of the somatic disease on the psychological sphere of the patient after the acute disturbance of cerebral circulation remains an insufficiently studied aspect. The purpose of the study. The study of the emotional and value-semantic spheres, self-perception, attitudes towards their disease and their future in elderly people who have experienced acute cerebrovascular accident. Organization of the study. The study involved 40 patients with stroke in the early recovery period at the age of 50–90 years. Results. Patients with stroke of all ages have mild emotional disturbances. In patients with stroke, there is a decrease in the social component of gerotranscendence. Patients of all ages are characterized by the presence of both adaptive and maladaptive types of attitudes towards the disease. In patients of all ages with ACVA, there is a decrease in the subjective perception of their present and future tense. The lowest rates of adherence to treatment are observed in patients aged 61–75 years. Adherence to treatment has stable relationships with the anosognosic type of attitude towards the disease, with the perception of the structure of the past and the magnitude and structure of the future. Gerotranscendence is associated with melancholic, dysphoric and paranoid types of attitude towards illness, with the perception of the activity and magnitude of the past and the sensibility of the future. Conclusion. The most “dangerous” group of patients with stroke in the early recovery period can be considered patients aged 61–75 years, since they have the lowest gerotranscendence rates, more pronounced emotional disturbances, low indicators of time perspective perception and low motivation for treatment.

**Keywords:** gerontology, gerotranscendence, cerebrovascular diseases, emotional sphere, adherence to treatment, perception of time.

По данным ВОЗ, острое нарушение мозгового кровообращения (далее ОНМК) становится причиной смерти 6,7 млн. человек в год по всему миру, уступая лишь ишемической болезни сердца (ИБС). В России инсульт занимает второе место после инфаркта миокарда в структуре смертности и остается одной из самых частых ее причин – более 450 000 новых случаев в год. Стоит также отметить, что количество инсультов за последние 9 лет увеличилось на 100 тысяч случаев. Вместе с тем значительно сократилась смертность от данных заболеваний (2008 год – 259,3 тысячи случаев смерти от инсульта; 2017 год – 136,4 тысячи случаев смерти от инсультов) [10]. При этом по данным Национальной Ассоциации по борьбе с инсультом (НАБИ), лишь 8% пациентов, перенесших инсульт, могут вернуться к прежней полноценной жизни, в то время как 31% пациентов нуждается в специальном уходе, а 20% не могут самостоятельно передвигаться [<http://www.nabi.ru/>]. Наибольшая опасность последствий инсульта проявляется в инвалидизации пациента, нарушении или невозможности выполнения профессиональной деятельности и его “выпадения” из социального взаимодействия [6].

Несмотря на то, что в последнее время ОНМК «молодеют», чаще всего данные заболевания встречаются у пожилых людей. Необходимо подчеркнуть, что реабилитация пациентов в пожилом возрасте тяжелее, чем в молодом. Большая часть исследований (Annemieke, Raf, Marleen, Van Rijsbergen) отмечают, что субъективные жалобы пациентов после инсульта (паралич, трудности с концентрацией внимания, снижение памяти, нарушения речи) часто сопровождаются депрессией, что в конечном итоге сказывается на качестве жизни постинсультных пациентов (Rijsbergen et al., 2017, 2019). Вызванные заболеванием тяжелые соматические последствия могут «отнять» важные элементы жизни

человека (семья, социальное окружение, общение, активность), разрушая привычный образ жизни, что закономерно приводит к тяжелым психологическим и эмоциональным нарушениям. Перестройка ценностно-смысловой сферы личности, которая служит основой самосознания и деятельности, является процессом тяжелым и длительным. Особенно эта касается пациентов пожилого возраста, у которых поддерживающих данную сферу личности элементов не так много [1; 2; 3; 4].

В современной геронтологии все большее внимание исследователей привлекает феномен, который помогает описать психологическую сферу пожилого человека и происходящие с возрастом изменения в ней – геротрансцендентность. В России данный феномен изучался О.Ю. Стрижицкой (2018). Актуальным, на наш взгляд, является изучение геротрансцендентности личности в условиях соматического заболевания, поскольку недостаточно изученным аспектом психосоматических и сомато-психических соотношений в клинической психологии (Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю. и др) остается влияние соматического заболевания на ценностно-смысловую сферу пожилого человека, его самовосприятие и субъективное восприятие временной перспективы своей жизни, после острого нарушения мозгового кровообращения [13; 14].

Любая болезнь для человека – это кризис. Необходимость эффективной реабилитации и восстановления социального функционирования, гармоничного отношения к себе и своей жизни после инсульта - являются основными задачами специалистов в области реабилитологии (Е.В. Исакова, Ю.В. Егорова, 2020). Изучение данных аспектов личности позволит найти ресурсы для восстановления удовлетворяющего уровня качества жизни и психологического благополучия пожилых пациентов, выбрать психологические "точки опоры", которые позволят восстановить или оптимальным образом перестроить ценностно-смысловую сферу и, как следствие, качество жизни пациентов пожилого возраста, перенесших ОНМК [7].

Этим и определяется актуальность исследования.

Цель исследования заключалась в изучении эмоциональной и ценностно-смысловой сфер, самовосприятия, отношения к своему заболеванию и своему будущему у лиц пожилого возраста, переживших острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) в раннем восстановительном периоде (от 2 до 6 месяцев после инсульта).

Выборка участников исследования. В исследовании приняло участие 40 пациентов в раннем восстановительном периоде после ОНМК. Все обследованные находились на стационарном лечении в клинике кафедры неврологии и НИИ неврологии и мануальной медицины ФГБОУ ВО "ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова" Министерства здравоохранения России. Из них – 24 пациента в возрасте от 60 до 90 лет (пожилой и старческий возраст). Данные пациенты с ОНМК были разделены на две группы. В первую группу вошли пациенты пожилого (60–75 лет) возраста ( $n=12$  человек), средний возраст составил  $66,5 \pm 4,42$  лет. Вторую группу составили пациенты старческого (76–90 лет) возраста ( $n=12$  человек), средний возраст –  $81,75 \pm 4,03$  лет. В качестве контрольной группы (КГ) в исследование были включены пациенты с ОНМК, не относящиеся к пожилому и старческому возрастным периодам. В данную группу вошли 16 пациентов в возрасте 50–60 лет (лица зрелого возраста). Средний возраст респондентов  $54,9 \pm 3,9$  лет.

Возрастные и гендерные особенности исследуемой выборки пациентов представлены в рисунке 1.

Критерии включения в исследование: возраст от 50 до 90 лет; когнитивная сохранность, либо легкие когнитивные нарушения (не менее 24 баллов по тесту MoCA); установленный диагноз: цереброваскулярные заболевания (I60-I69).

Критерии исключения из исследования: возраст моложе 50 лет; признаки когнитивного снижения (менее 24 баллов по тесту MoCA); наличие психических расстройств: шизофрении, биполярного аффективного расстройства, органических психических расстройств, психических расстройств и расстройств поведения, связанных с употреблением

психоактивных веществ.

#### Соотношение мужчин и женщин в группах респондентов

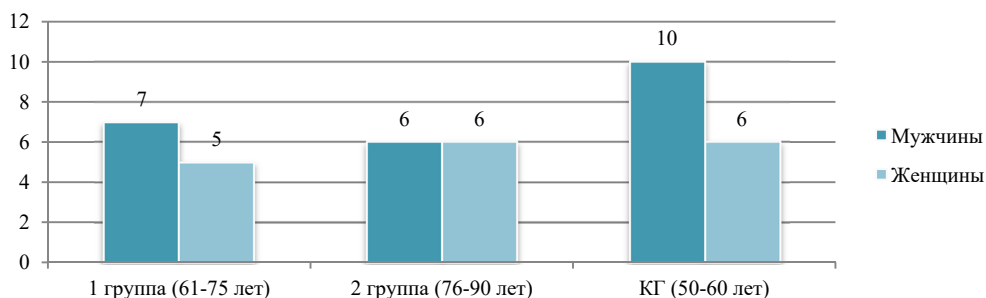


Рисунок 1 – Возрастные особенности респондентов

#### МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Психодиагностические методики: опросник геротрансцендентных изменений О.Ю. Стрижикой; методика «Семантический дифференциал времени» (Л.И. Вассермана); гериатрическая шкала депрессии (GDS-15); методика ТОБОЛ для определения типа отношения к болезни (Л.И. Вассерман, А.Я. Вукс, Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова); Российский универсальный опросник количественной оценки приверженности к лечению (КОП-25); Монреальская шкала оценки когнитивных функций» (MoCA).

Методы математико-статистической обработки данных: U-критерий Манна-Уитни для сравнения средних показателей; коэффициент корреляции Пирсона для выявления статистически значимых взаимосвязей. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы IBM SPSS Statistics 20

#### РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для выявления статистически значимых различий в выраженности изучаемых характеристик между группами пациентов с ОНМК разного пола и возраста, нами применялся U-критерий Манна-Уитни.

Эмоциональная сфера исследовалась с помощью Гериатрической шкалы депрессии GDS-30 (Yesavage J.A., Brink T.L.). Результаты методики представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Средние показатели эмоциональной сферы у пациентов с ОНМК разных возрастов («GDS-30»)

| Показатели эмоциональной сферы | 1 группа (61–75) | 2 группа (76+) | КГ (50–60) | Норма | Достоверность различий |
|--------------------------------|------------------|----------------|------------|-------|------------------------|
|                                | A<br>M±SD        | B<br>M±SD      | C<br>M±SD  |       |                        |
| Депрессия                      | 14±6,8           | 14±5,3         | 12,9±5,8   | <10   | -                      |

Примечание: В этой и последующих таблицах в графе «Достоверность различий» знак «\*» соответствует уровню статистической значимости  $p < 0,05$ ; «\*\*» –  $p < 0,001$ .

Согласно таблице 1, у всех групп пациентов в раннем восстановительном периоде после перенесенного ОНМК отмечалось наличие легкой степени депрессии. Статистически значимых различий между показателями выраженности депрессии у пациентов с ОНМК разных возрастных групп выявлено не было. Однако наиболее высокие показатели выраженности депрессии отмечались у пациентов 1 (61-75 лет) и 2 (76+ лет) групп.

Геротрансцендентность исследовалась с помощью опросника геротрансцендентных изменений О.Ю. Стрижикой. Средние показатели по данной методике представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Средние показатели по шкалам геротрансцендентности («Опросник геротрансцендентных изменений О.Ю. Стрижицкой»)

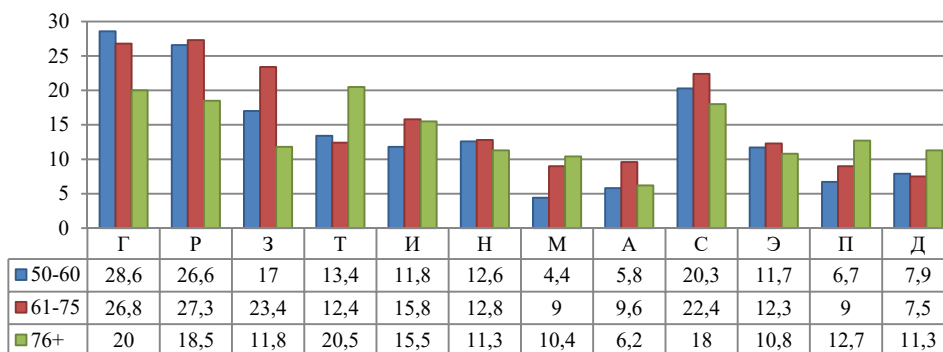
| Показатели геротрансцендентности* | Пациенты с ОНМК (n=40 человек) |                |            | Норма (по О.Ю. Стрижицкой) |
|-----------------------------------|--------------------------------|----------------|------------|----------------------------|
|                                   | 1 группа (61–75)               | 2 группа (76+) | КГ (50–60) |                            |
| ЛИ                                | 39,3±4,8                       | 40±3,1         | 41±3,6     | 39,1±4,5                   |
| СИ                                | 33,1±1,8                       | 34,5±4,4       | 34,6±4,7   | 35±4,6                     |
| ГМ                                | 28,5±1,3                       | 31,7±2,5       | 31,6±3,1   | 31,3±3,6                   |
| Геротрансцендентность             | 100,9±1                        | 106,2±6        | 107±4      | 105,4±10,6                 |

\*Примечание: В этой и последующих таблицах «ЛИ» – личностное измерение, «СИ» – социальное измерение, «ГМ» – генерализованное мировосприятие.

Согласно данным, отраженным в таблице 2, у пациентов с ОНМК в раннем восстановительном периоде всех возрастов отмечаются низкие показатели по социальному измерению геротрансцендентности. Самые низкие показатели шкал геротрансцендентности отмечались у пациентов с ОНМК 1 группы (61–75 лет). Таким образом, для пациентов данной возрастной группы характерна несформированность или разрушение социального компонента геротрансцендентности, что может быть связано с резким нарушением социального функционирования пациентов после инсульта.

Статистически значимых различий между средними показателями геротрансцендентности и ее компонентов у пациентов с ОНМК разных возрастных групп выявлено не было. Стоит также отметить, что статистически значимых различий в средних показателях геротрансцендентности и ее компонентов у пациентов с ОНМК и с группой условно здоровых пожилых людей (по О.Ю. Стрижицкой) выявлено не было. Данный феномен можно объяснить тем, что ОНМК развивается внезапно. У пациентов, находящихся на раннем этапе реабилитации (2–6 месяцев после инсульта), ее не успевает разрушиться сформированный ранее уровень геротрансцендентности.

С помощью методики ТОБОЛ (тип отношения к болезни) измерялось отношение к своему заболеванию. Средние показатели по типам отношения к болезни представлены на рисунке 2.



\*Примечание: В этом и последующем графике «Г» – гармоничный тип отношения; «Р» – эргопатический тип отношения; «З» – анозогнозический тип отношения; «Т» – тревожный тип отношения; «И» – ипохондрический тип отношения; «Н» – неврастенический тип отношения; «М» – меланхолический тип отношения; «А» – апатический тип отношения; «С» – сенситивный тип отношения; «Э» – эгоцентрический тип отношения; «П» – паранойяльный тип отношения; «Д» – дисфорический тип отношения.

Рисунок 2 – Показатели типа отношения к болезни у пациентов разных возрастов с ОНМК (ТОБОЛ)

Согласно данным, представленным на рисунке 2, у пациентов с ОНМК в возрасте 50–60 лет преобладали адаптивные типы отношения к своему заболеванию (гармоничный и эргопатический типы), а для пациентов 61–75 лет и 76+ лет характерно преобладание как адаптивных, так и дезадаптивных типов отношения к своему заболеванию. У пациентов 61–75 лет наиболее выражены эргопатический, гармоничный, анозогнозический, и сенситивный типы отношения к своему заболеванию. У пациентов 76+ лет преобладали

тревожный, гармоничный, эргопатический и сенситивный типы отношения к заболеванию. Статистически значимые различия в типах отношения к болезни выявлены только по анозогнозическому типу между пациентами первой (61–75 лет) и второй (76+ лет) группами пациентов с ОНМК ( $p=0,03$ ). Для пациентов пожилого возраста более характерно отрицание своего заболевания и его негативных последствий, чем для пациентов старческого возраста. Для пациентов контрольной группы (50–60 лет) характерна средняя выраженность отрицания негативных последствий своего заболевания. Стоит также отметить высокие показатели тревожного типа отношения к своему заболеванию у пациентов второй группы (76+ лет). Не смотря на то, что не было выявлено статистически значимых различий между пациентами с ОНМК разных возрастов по выраженности тревожного типа отношения к болезни, на рисунке 2 видны высокие показатели данного типа отношения к болезни у пациентов 76+ лет. Таким образом, для пациентов данной возрастной группы характерны интенсивное беспокойство по поводу неблагоприятного течения заболевания и попытки поиска эффективного лечения и реабилитации. Иных статистически значимых различий по методике ТОБОЛ у пациентов с ОНМК обнаружено не было.

Субъективное восприятие жизненного времени и временной перспективы (настоящее, прошлое, будущее) измерялось с помощью методики «Семантический дифференциал времени» (Л.И. Вассерман). Статистически значимые различия в показателях по данной методике представлены в таблице 3.

Таблица 3 – Сравнительный анализ восприятия времени между пациентами с ОНМК разных возрастов («Семантический дифференциал времени Л.И. Вассермана»)

| Показатели восприятия времени | Пациенты с ОНМК (n=40 человек) |                     |                 | Достоверность различий, $p$ |
|-------------------------------|--------------------------------|---------------------|-----------------|-----------------------------|
|                               | 1 группа (61-75)<br>А          | 2 группа (76+)<br>В | КГ (50-60)<br>С |                             |
|                               | M±SD                           | M±SD                | M±SD            |                             |
| Активность прошлое            | 3,1±1,8                        | 4±2,1               | 3,8±1,4         | -                           |
| Эмоциональность прошлое       | 9±3,2                          | 7,5±3,8             | 8,18±2,9        | -                           |
| Величина прошлое              | 5,41±1,2                       | 6,5±3,6             | 7,75±3,3        | -                           |
| Структура прошлое             | 3,7±1,3                        | 2±1,1               | 5,1±2,9         | -                           |
| Ощущаемость прошлое           | 4,58±2,3                       | 7,75±1,7            | 4,93±1,4        | -                           |
| Активность настоящее          | 1,3±1                          | 3±1,9               | 1,2±1           | -                           |
| Эмоциональность настоящее     | 3,3±1,6                        | 7±3,9               | 1,8±1,1         | AB* = 0,039<br>BC* = 0,032  |
| Величина настоящее            | 4±2,2                          | 5,5±2,6             | 2,93±1,2        | -                           |
| Структура настоящее           | 2,41±1,6                       | 2,75±1,6            | 2,8±1,7         | -                           |
| Ощущаемость настоящее         | 2±1,5                          | 8±2,9               | 4,31±2,7        | AB* = 0,008                 |
| Активность будущее            | 1,1±0,3                        | 1,8±0,6             | 1,9±1           | -                           |
| Эмоциональность будущее       | 3,41±1,3                       | 5,5±2,5             | 4,75±1,63       | -                           |
| Величина будущее              | 3,3±1,4                        | 1,6±0,3             | 5,5±1,6         | -                           |
| Структура будущее             | 2,5±1,6                        | 2,5±1,8             | 4,4±2,1         | -                           |
| Ощущаемость будущее           | 1,2±0,7                        | 7±2,9               | 6,25±3,9        | AB* = 0,004<br>AC* = 0,012  |

\* Примечание: жирным шрифтом выделены показатели ниже нормы

Согласно данным таблицы 3, у пациентов (61–75 лет) с ОНМК в раннем восстановительном периоде отмечались наиболее низкие показатели восприятия временной перспективы. Это можно объяснить тем, что для них характерны попытки «сбежать» от болезни в какую-либо деятельность (работа, хобби) и страх последствий заболевания. Поскольку ОНМК приводит к формированию физических и когнитивных дефектов (вплоть до инвалидизации), пациенты критически относятся к тому, что они не могут реализовывать свою привычную деятельность как прежде. Страх того, что негативные последствия заболевания останутся с пациентами навсегда, страх реакции окружающих на эти последствия и невозможности возвращения к привычной жизни формируют негативное восприятие временной перспективы и ощущение бессилия. Поскольку у данной

группы пациентов наиболее низкие показатели геротрансцендентности, мы предполагаем, что эти феномены могут быть связаны.

У пациентов с ОНМК всех возрастов отмечались низкие показатели по восприятию структуры настоящего и будущего времени. Т.е. пациенты с ОНМК воспринимают свое настоящее и будущее как малоструктурированное, непредсказуемое и неподвластное контролю, что, вероятно, связано с их текущим состоянием здоровья. Для пациентов также характерны низкие показатели по восприятию эмоциональности и ощущаемости настоящего, т.е. пациенты данной группы, воспринимают настоящее негативно, концентрируясь на негативных сторонах своей жизни после инсульта, фрустрированы и не удовлетворены своим настоящим. Пациенты не испытывают личностной значимости в настоящем, не имея возможности контролировать то, что происходит вокруг.

Были выявлены статистически значимые различия по восприятию ощущаемости настоящего времени у пациентов первой (61–75 лет) и второй (76+ лет) групп с ОНМК в раннем восстановительном периоде ( $p=0,032$ ). У пациентов второй группы (76+ лет) отмечаются наиболее высокие показатели ощущаемости настоящего, в то время как у пациентов первой группы (61–75 лет) отмечаются самые низкие показатели по данной шкале. Таким образом, пациенты 76+ лет в большей степени включены в события своей жизни после перенесенного ОНМК, в то время как у пациентов первой группы (61–75 лет) сформировано ощущение незначимости своего настоящего.

Стоит также отметить, что у пациентов первой группы (61–75 лет) отмечаются статистически более низкие показатели по ощущаемости будущего, по сравнению с пациентами второй (76+ лет) и контрольной (50-60 лет) групп. Пациенты 61–75 лет не видят возможности достижения своего будущего, не воспринимают свое будущее подконтрольным и предсказуемым, что может снижать мотивацию пациентов данной группы на активное взаимодействие с медицинским персоналом.

Иных статистически значимых отличий между пациентами с ОНМК в раннем восстановительном периоде выявлено не было.

В исследовании приверженности лечению был использован Российский универсальный опросник количественной оценки приверженности к лечению (КОП-25). Результаты математической статистики по данной методике представлены в таблице 4.

Таблица 4 – Сравнительный анализ приверженности лечению между пациентами с ОНМК разных возрастов

|                        | 1 группа (61–75)<br>А | 2 группа (76+)<br>В | КГ (50-60 лет)<br>С | Достоверность различий, $p$ |
|------------------------|-----------------------|---------------------|---------------------|-----------------------------|
|                        | $M \pm SD$            | $M \pm SD$          | $M \pm SD$          |                             |
| Приверженность лечению | 35,6±6,34             | 41,75±9,62          | 51,9±16,1           | АС**                        |

В опроснике «КОП-25», результаты ниже 50 баллов соответствуют низкой выраженности приверженности лечению, 51–75 баллов – средняя степень выраженности и от 76 до 100 баллов – высокая степень приверженности лечению. Как следует из таблицы 4, средняя степень выраженности приверженности лечению наблюдается только у пациентов в возрасте 50–60 лет. У пациентов других возрастных групп приверженность лечению низкая. Самые низкие показатели приверженности лечению наблюдаются у пациентов с ОНМК 61–75 лет (таблица 4).

#### ВЗАИМОСВЯЗЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ЛИЧНОСТИ С ПРИВЕРЖЕННОСТЬЮ ЛЕЧЕНИЮ И ГЕРОТРАНСЦЕНДЕНТНОСТЬЮ

Одной из задач, которые мы поставили в рамках нашего исследования, было выявление взаимосвязей между психологическими характеристиками людей среднего, пожилого и старческого возраста с приверженностью лечению и геротрансцендентностью. Для этого был проведен корреляционный анализ с помощью критерия Пирсона. Результаты корреляционного анализа представлены в таблице 5.

Таблица 5 – Взаимосвязь между психологическими характеристиками пациентов с ОНМК и приверженностью лечению

| Психологические характеристики: | Приверженность лечению | Достоверность различий, $p$ |
|---------------------------------|------------------------|-----------------------------|
| Анозогнозический тип            | -0,36*                 | $p=0,05$                    |
| Структура прошлое               | 0,40*                  | $p=0,05$                    |
| Активность настоящее            | 0,36*                  | $p=0,05$                    |
| Величина будущего               | 0,42*                  | $p=0,05$                    |
| Структура будущего              | 0,47**                 | $p=0,001$                   |

Согласно данным, представленным в таблице 5, приверженность лечению имеет устойчивые прямые взаимосвязи с субъективным восприятием жизненного времени и временной перспективы и обратную взаимосвязь с анозогнозическим типом отношения к болезни. Таким образом, принятие наличия своего заболевания или его негативных последствий, восприятие своего прошлого как понятного, предсказуемого и логически объяснимого и восприятие своего будущего как значимого, важного и достижимого, способствует высокой приверженности лечению.

Также были установлены взаимосвязи между психологическими характеристиками пожилых людей с соматическими заболеваниями и геротрансцендентностью. Результаты корреляционного анализа представлены в таблице 6.

Таблица 6 – Взаимосвязь между психологическими характеристиками пациентов с ОНМК и геротрансцендентностью

| Психологические характеристики: | ЛИ     | ГМ     | Геротрансцендентность | Достоверность различий, $p$ |
|---------------------------------|--------|--------|-----------------------|-----------------------------|
| Меланхолический тип             |        |        | -0,35*                | $p=0,05$                    |
| Паранойяльный тип               | -0,44* |        | -0,43*                | $p=0,05$                    |
| Дисфорический тип               | -0,41* |        |                       | $p=0,05$                    |
| Активность прошлое              |        | 0,38*  |                       | $p=0,05$                    |
| Величина прошлое                |        | 0,42*  |                       | $p=0,05$                    |
| Ощущаемость будущее             |        | 0,45** |                       | $p=0,001$                   |

Общий показатель геротрансцендентности имеет устойчивые обратные взаимосвязи с меланхолическим (-0,350\*) и паранойяльным (-0,430\*) типами отношения к болезни. Личностное измерение геротрансцендентности имеет обратные взаимосвязи с паранойяльным (-0,430\*) и дисфорическим (-0,413\*) типами отношения к болезни. Таким образом, чем выше геротрансцендентность, тем меньше дезадаптивных типов отношения к болезни, меньше дезадаптации у пациентов с ОНМК в раннем восстановительном периоде. Мы предполагаем, что геротрансцендентность способствует более гармоничному и адаптивному реагированию на заболевание, снижая дезадаптивное влияние заболевания на психологическую сферу (таблица 6).

Генерализованное мировосприятие имеет статистически значимые взаимосвязи с восприятием активности (0,38\*) и величины (0,42\*) прошлого и ощущаемости будущего (0,45\*\*). Таким образом, восприятие своего прошлого значимым, активным и важным периодом своей жизни и вера в достижение будущего, его значимость и подконтрольность связаны с позитивными мировоззренческими представлениями о мире.

В условиях соматического заболевания прошлое, наш жизненный опыт играет не единственную роль в формировании геротрансцендентности и приверженности лечению. Образ будущего, его значимость и яркость в восприятии пациента также играют важную роль в формировании и поддержании геротрансцендентности и мотивации на лечение.

## ВЫВОДЫ

1. Пациенты всех возрастов имеют легкую степень депрессии в раннем восстановительном периоде после ОНМК.

2. У пациентов с ОНМК снижены показатели социального измерения геротрансцендентности. Наиболее выраженные нарушения геротрансцендентности наблюдаются у пациентов 61–75 лет. Личностное измерение геротрансцендентности является единственным компонентом геротрансцендентности, соответствующим норме у пациентов всех возрастных групп.

3. Для пациентов с ОНМК всех возрастов характерно наличие как адаптивных (гармонический, эргопатический и анозогнозический) типов отношения к болезни, так и дезадаптивных (сенситивный и тревожный) типы.

4. У пациентов всех возрастов с ОНМК отмечается снижение субъективного восприятия своего настоящего и будущего времени. У пациентов 61–75 лет с ОНМК снижены все показатели восприятия временной перспективы жизни.

5. Высокой степени приверженности лечению не было выявлено ни в одной группе пациентов с ОНМК. Наиболее низкие показатели приверженности лечению наблюдаются у пациентов 61–75 лет в раннем восстановительном периоде после ОНМК. У пациентов 50–60 лет отмечаются самые высокие показатели приверженности лечению.

6. Анозогнозический тип отношения к болезни, восприятие структуры прошлого, восприятие активности настоящего и восприятие величины и структуры будущего тесно связаны с приверженностью лечению.

7. Пациенты с низкими показателями дезадаптивных типов отношения к болезни, с восприятием своего прошлого как значимого, наполненного смыслом и событиями и ощущением достижимости и значимости своего будущего имели более высокие показатели геротрансцендентности и ее компонентов.

8. Наиболее «опасной» группой пациентов с ОНМК в раннем восстановительном периоде могут считаться пациенты 61–75 лет, так как у них отмечаются наиболее низкие показатели геротрансцендентности, более выраженные эмоциональные нарушения, низкие показатели восприятия временной перспективы и низкая мотивация на лечение.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Risk Factors for Poststroke Depression: Identification of Inconsistencies Based on a Systematic Review / A. De Ryck, R. Brouns, M. Geurden [et al.] // Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology. – 2014. – Vol. 27, № 3. – P. 1–12.
2. Depressive symptoms prior to and after incident cardiovascular disease and long term survival. A population-based study of older person / R. Freak-Poli, A. Hofman, M. Arfan Ikram [et al.] // Depression and anxiety. – 2018. – Vol. 35, № 1. – P. 18–31.
3. Psychological factors and subjective cognitive complaints after stroke: Beyond depression and anxiety / M.A. Van Rijsbergen, R.E. Mark, W.J. Kop [et al.] // Neuropsychological Rehabilitation. – 2019. – Vol. 29, № 10. – P. 1671–1684.
4. Van Rijsbergen M.A. The role of objective cognitive dysfunction in subjective cognitive complaints after stroke / M.A. Van Rijsbergen, R.E. Mark, W.J. Kop [et al.] // European Journal of Neurology. – 2017. – Vol. 24, № 3. – P. 475–482.
5. Ахмадеева Л.Р. Личностные защитные системы и их психодиагностика в геронтопсихологии / Л.Р. Ахмадеева, Э.М. Харисова, И.Р. Хох // Медико-фармацевтический журнал «Пульс». – 2018. – Т. 20, № 12. – С. 22–25.
6. Демченко Т.В. Геронтологические аспекты соматических заболеваний: обзор современного состояния исследований / Т.В. Демченко, Е.Р. Исаева // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. – 2020. – № 4. – С. 379–388.
7. Исакова Е.В. Немедикаментозная реабилитация постинсультных когнитивных нарушений у пациентов пожилого возраста / Е.В. Исакова, Ю.В. Егорова // Клиническая геронтология. – 2020. – Т. 26, № 3–4. – С. 34–42.
8. Касаткина М.Ю. Маркеры инсульта и депрессии: существуют ли специфические маркеры постинсультной депрессии? / М.Ю. Касаткин, И.С. Жанин, Н.В. Гуляева // Нейрохимия. – 2020. – Т. 37, № 4. – С. 318–327.
9. Обуховская В.Б. Ресурсные и дефицитные характеристики внутренней картины болезни пациентов с неврологической патологией в контексте психологической болезни / В.Б. Обу-

ховская, Э.И. Мещерякова // Психология. – 2018. – № 5. – С. 1-13.

10. Всемирная организация здравоохранения: официальный сайт. – URL: <https://www.who.int/ru> (дата обращения: 3.05.2021).

11. Министерство здравоохранения России: официальный сайт. – Москва. – URL: <https://minzdrav.gov.ru/> (дата обращения: 2.05.2021).

12. NABI : Национальная ассоциация по борьбе с инсультом : [официальный сайт]. – Москва. – URL: <http://www.nabi.ru/> (дата обращения: 3.05.2021).

13. Стрижицкая, О.Ю. Основы психогеронтологии: учебно-методическое пособие / О.Ю. Стрижицкая. – Санкт-Петербург : Изд-во Санкт-Петербургского гос. ун-та, 2016. – 76 с..

14. Стрижицкая О.Ю. Психология позитивного старения: условия, факторы и социальные эффекты геротрансцендентности : дис. ... д-ра психол. наук / Стрижицкая Ольга Юрьевна. – Санкт-Петербург, 2018 – 263 с.

15. Современные подходы к реабилитации больных после инсульта / С.Е. Хатькова, М.А. Акулова, О.Р. Орлова, А.С. Орлова // Нервные болезни. – 2016. – № 3. – С. 27–33.

## REFERENCES

1. De Ryck, A., Brouns, R., Geurden, M (2014), “Risk Factors for Post stroke Depression: Identification of Inconsistencies Based on a Systematic Review”, *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, Vol. 27(3), pp. 1–12.

2. Freak-Poli, R., Hofman, A., Arfan Ikram, M. (2018), “Depressive symptoms prior to and after incident cardiovascular disease and long term survival. A population-based study of older person”, *Depression and anxiety*, Vol. 35(1), pp. 18–31.

3. Van Rijnsbergen M.A., Mark R.E., Kop W.J., et al. (2019), “Psychological factors and subjective cognitive complaints after stroke: Beyond depression and anxiety”, *Neuropsychological Rehabilitation*, Vol. 29 (10), pp. 1671–1684.

4. Van Rijnsbergen, M.A., Mark, R.E., Kop, W.J., et al. (2017), “The role of objective cognitive dysfunction in subjective cognitive complaints after stroke”, *European Journal of Neurology*, Vol. 24 (3), pp. 475–482.

5. Ahmadeeva, L.R., Kharisova, E.M., Khokh, I.R. (2018), “Personal protective systems and their diagnostics in gerontology”, *Medical and pharmaceutical journal*, Vol. 20 (12), pp. 22–25.

6. Demchenko, T.V. and Isaeva, E.R. (2020), “Gerontological aspects of somatic diseases: overview of the current state of research”, *Personality in a changing world: health, adaptation, development*, No. 4, pp. 379–388.

7. Isakova, E.V. and Egorova, Y.V. (2020), “Non-drug rehabilitation for elderly patients with post-stroke cognitive impairment”, *Clinical gerontology*, Vol. 26 (3-4), pp. 34–42.

8. Kasatkina, M. Y., Zhanin, I.S. and Gulyaeva, N.V. (2020), “Biomarkers of Stroke and Depression: Are There Specific Markers of Post-Stroke Depression?”, *Neurochemistry*, Vol. 37 (4), pp. 318–327.

9. Obukhovskaya, V.B. and Mescheryakova, E.I. (2018), “Resource and deficit characteristics of the internal picture of the disease in patients with neurological pathology in the context of psychological illness”, *Psychology*, No. 5, pp. 1-13.

10. World Health Organization: official site, available at: <https://www.who.int/ru> (date of access: 3.05.2021).

11. Ministry of Health of Russia: official site, Moscow, available at: <https://minzdrav.gov.ru/> (date of access: 2.05.2021).

12. Organization for the fight against stroke: official site, Moscow, available at: <http://www.nabi.ru/> (date of access: 03.05.2021).

13. Strizhitskaya, O.Yu. (2016), *Fundamentals of psychogerontology: teaching aid*, St, Petersburg State University, Saint Petersburg.

14. Strizhitskaya, O.Yu. (2018), *The Psychology of Positive Aging: Conditions, Factors and Social Effects of Gerotranscendence*, dissertation, St. Petersburg.

15. Khatkova, S.E., Akulova, M.A., Orlova, O.R. and Orlova, A.S. (2016), “Modern approaches to the rehabilitation of patients after a stroke”, *Nervous diseases*, No. 3, pp. 27–33.

**Контактная информация:** [dtvperm@yandex.ru](mailto:dtvperm@yandex.ru)

*Статья поступила в редакцию 18.05.2021*