

М. М. Міщенко

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна.

ПСИХОЕМОЦІЙНІ ОСОБЛИВОСТІ ТРИВОЖНОСТІ ТА ДЕПРЕСИВНИХ ПРОЯВІВ У ХВОРИХ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО МОЗКОВОГО ІНСУЛЬТУ

Анотація

Вступ. Після перенесеного мозкового інсульту (МІ) у значної частини пацієнтів формуються психоемоційні порушення, серед яких особливе клінічне значення мають тривожність, депресивні прояви, зниження мотивації до відновлення та погіршення якості життя. Їх своєчасне виявлення є важливою складовою реабілітаційного супроводу.

Мета. Визначити психоемоційні особливості хворих після перенесеного МІ за рівнями реактивної (РТ) та особистісної тривожності (ОТ), а також за рівнями депресивних проявів у порівнянні з контрольною групою (КГ).

Матеріали та методи. Проведено одноцентрове проспективне контрольоване дослідження типу «випадок-контроль», у якому проаналізовано результати психологічного обстеження 300 хворих після перенесеного МІ та 200 осіб КГ за період 2022–2023 років. Основну групу становили пацієнти, які отримували реабілітаційні послуги на базі ДП «Клінічний санаторій «Роща»» ПРАТ «Укрпрофоздоровниця». Середній вік пацієнтів основної групи (ОГ) становив $56,66 \pm 10,37$ років, КГ – $57,16 \pm 10,79$ років. Для оцінювання тривожності використано шкалу самооцінки Спілберга Ч. Д. та Ханіна Ю. Л.; для визначення депресивних проявів – шкалу депресії Балашової Т. І. Статистичний аналіз виконано із застосуванням непараметричних методів у програмі IBM SPSS 25.0 for Windows.

Етика. Усі респонденти були поінформовані про мету, завдання, тривалість і добровільний характер дослідження, а також про конфіденційність отриманих даних. Участь підтверджувалася підписанням інформованої згоди. Кожен учасник мав право припинити участь у дослідженні в будь-який момент без пояснення причин і без будь-яких негативних наслідків.

Результати. В ОГ за рівнем РТ переважали особи з помірним та високим рівнями: 151 (50,3 %) і 124 (41,3 %) відповідно; низький рівень мав місце у 25 (8,3 %) пацієнтів. У КГ частіше реєстрували низький і помірний рівні РТ: 97 (48,5 %) і 96 (48,0 %) відповідно; високий рівень виявлено лише у 7 (3,5 %) осіб. Загальний рівень РТ в ОГ був вірогідно вищим, ніж у КГ: $42,8 \pm 6,32$ проти $32,53 \pm 7,53$ бали; $p < 0,001$. За ОТ в ОГ також переважали помірний і високий рівні – 188 (62,7 %) та 69 (23,0 %) осіб відповідно. Загальний рівень ОТ становив $39,60 \pm 6,23$ балів в ОГ проти $33,61 \pm 8,73$ бали в КГ; $p < 0,001$. Рівень депресивних проявів у хворих після МІ дорівнював $52,6 \pm 7,46$ балів та був вірогідно вищим, ніж у КГ – $47,56 \pm 6,88$ бали; $p < 0,001$. Субдепресивний стан виявлено у 83 (27,7 %) пацієнтів ОГ проти 16 (8,0 %) осіб КГ.

Висновки. У хворих після перенесеного МІ частіше реєструються помірні та високі рівні РТ і ОТ, а також легкі та субдепресивні прояви. Отримані дані обґрунтовують необхідність системного психологічного скринінгу, раннього виявлення емоційних порушень і залучення психотерапевтичної підтримки до програм постінсультної реабілітації.

Ключові слова: *неврологія, постінсультна реабілітація, реактивна тривожність, особистісна тривожність, депресія, субдепресивний стан, психоемоційний стан, шкала Спілберга-Ханіна, шкала Балашової.*

M. Mishchenko

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine.

PSYCHOEMOTIONAL CHARACTERISTICS OF ANXIETY AND DEPRESSIVE MANIFESTATIONS IN POST-STROKE PATIENTS

Abstract

Introduction. After stroke, many patients develop psychoemotional disorders, including anxiety, depressive symptoms, reduced motivation for recovery, and impaired quality of life. Timely detection of these conditions is an important component of rehabilitation care.

Purpose of the study. To determine psychoemotional characteristics of patients after stroke according to levels of state anxiety, trait anxiety, and depressive symptoms compared with a control group.

Materials and Methods. A single-center prospective controlled case-control study was conducted. The results of psychological assessment were analyzed in 300 post-stroke patients and 200 control individuals during 2022–2023. The main group included patients receiving rehabilitation services at the State Enterprise «Clinical Sanatorium ‘Roshcha’» of PJSC «Ukrprofzdravnytsia». The mean age was 56.66 ± 10.37 years in the main group and 57.16 ± 10.79 years in the control group. Anxiety was assessed using the Spielberger-Khanin scale; depressive symptoms were evaluated using the Balashova Depression Scale. Statistical analysis was performed using nonparametric methods in IBM SPSS Statistics 25.0 for Windows.

Ethics. All respondents were informed about the purpose, objectives, duration, voluntary nature of the study, and confidentiality of the data. Participation was confirmed by written informed consent. Each participant could withdraw from the study at any time without explanation or adverse consequences.

Results. In the main group, moderate and high state anxiety predominated: 151 patients (50.3%) and 124 patients (41.3%), respectively; low state anxiety was recorded in 25 patients (8.3%). In the control group, low and moderate state anxiety were more common: 97 individuals (48.5%) and 96 individuals (48.0%), respectively; high state anxiety was found in only 7 individuals (3.5%). The total state anxiety score was significantly higher in the main group than in the control group: 42.8 ± 6.32 vs. 32.53 ± 7.53 points; $p < 0.001$. Moderate and high trait anxiety also predominated in the main group: 188 patients (62.7%) and 69 patients (23.0%), respectively. The total trait anxiety score was 39.60 ± 6.23 points in the main group vs. 33.61 ± 8.73 points in the control group; $p < 0.001$. The depressive symptom score in post-stroke patients was 52.6 ± 7.46 points and was significantly higher than in the control group, 47.56 ± 6.88 points; $p < 0.001$. A subdepressive state was identified in 83 patients (27.7%) in the main group vs. 16 individuals (8.0%) in the control group.

Conclusions. Patients after stroke more often demonstrate moderate and high levels of state and trait anxiety, as well as mild depressive and subdepressive manifestations. These findings support the need for systematic psychological screening, early detection of emotional disturbances, and psychotherapeutic support in post-stroke rehabilitation programs.

Keywords: *neurology, post-stroke rehabilitation, state anxiety, trait anxiety, depression, subdepressive state, psychoemotional status, Spielberger-Khanin scale, Balashova Depression Scale.*

Вступ.

Мозковий інсульт (МІ) залишається не лише гострою судинною подією, а й тривалим медико-соціальним станом, наслідки якого часто визначають подальшу якість життя, рівень функціональної незалежності та здатність пацієнта повернутися до звичного соціального середовища. Після завершення гострого періоду значна частина хворих стикається не тільки з руховими, мовними чи когнітивними обмеженнями, а й із психоемоційними змінами, які можуть суттєво ускладнювати перебіг реабілітації. До таких порушень належать тривожність, депресивні прояви, емоційна лабільність, зниження мотивації, невпевненість у власних можливостях і страх повторної судинної події.

Постінсультна депресія є одним із найпоширеніших нейропсихіатричних ускладнень після інсульту. За результатами сучасного систематичного огляду та метааналізу, депресія після інсульту має значну поширеність і може зберігатися в різні періоди відновлення, впливаючи на функціональні результати, прихильність до лікування, реабілітаційний потенціал і загальну якість життя пацієнтів [1]. Водночас її клінічна картина не завжди відповідає типовим проявам депресії в загальній популяції, що ускладнює своєчасне розпізнавання таких станів у реабілітаційній практиці [2].

Тривожні розлади й підвищена тривожність після перенесеного інсульту також мають важливе клінічне значення. Вони можуть посилювати суб'єктивне відчуття безпорадності, знижувати активність пацієнта під час реабілітаційних занять, погіршувати сон,

підвищувати рівень соматичного напруження та створювати додаткові бар'єри для відновлення. На практиці тривожність і депресивні прояви нерідко поєднуються, формуючи складний психоемоційний профіль пацієнта, який потребує не лише неврологічного, а й психологічного або психотерапевтичного супроводу.

Сучасні дослідження підтверджують, що постінсультні психоемоційні порушення мають багатофакторну природу. Їх формування може бути пов'язане з локалізацією і тяжкістю ураження мозку, рівнем фізичного дефіциту, когнітивними порушеннями, попереднім психічним станом, соціальною підтримкою, віком, статтю, умовами проживання та загальним реабілітаційним контекстом. Нейроанатомічні дослідження постінсультної депресії вказують на можливу участь префронтально-лімбічних і підкіркових мереж, що відповідають за емоційну регуляцію, мотивацію та поведінкову адаптацію [3].

У реабілітаційній медицині важливо не обмежуватися оцінкою лише рухового або соматичного статусу хворого. Психологічне тестування дає змогу виявити приховані або недостатньо вербалізовані емоційні проблеми, своєчасно визначити пацієнтів із високим рівнем тривожності чи депресивних проявів і сформувані персоналізовані реабілітаційні рекомендації. Особливої уваги потребують хворі з помірною та високою тривожністю, легкою депресією або субдепресивним станом, оскільки саме ці категорії можуть залишатися клінічно недооціненими без спеціального психодіагностичного обстеження.

З огляду на це актуальним є вивчення психосоціальних особливостей хворих після перенесеного МІ з використанням валідизованих психодіагностичних інструментів. Оцінювання реактивної (РТ) та особистісної тривожності (ОТ), а також рівнів депресивних проявів у порівнянні з контрольною групою (КГ) дає змогу точніше охарактеризувати психоемоційний профіль таких пацієнтів і обґрунтувати необхідність включення психологічної допомоги до комплексної програми постінсультної реабілітації.

Мета дослідження.

Визначити психоемоційні особливості хворих після перенесеного МІ за рівнями РТ і ОТ, а також за рівнями депресивних проявів у порівнянні з КГ.

Матеріали та методи.

Проведено одноцентрове проспективне контрольоване дослідження типу «випадок-контроль», основане на аналізі результатів психологічного обстеження 300 хворих після перенесеного МІ, які становили основну групу (ОГ), та 200 осіб КГ. Дослідження виконували протягом 2022–2023 років. Пацієнти ОГ отримували реабілітаційні послуги на базі ДП «Клінічний санаторій «Роща»» ПРАТ «Укрпрофоздоровниця».

Середній вік хворих ОГ становив $56,66 \pm 10,37$ років, осіб КГ – $57,16 \pm 10,79$ років. Досліджувані групи були зіставними за віком і статтю, що дало змогу коректніше оцінювати відмінності психологічних показників між хворими після перенесеного МІ та респондентами КГ.

Усі респонденти до початку дослідження були повністю поінформовані

про добровільний характер участі, конфіденційність отриманої інформації, основну мету, завдання, тривалість і зміст дослідження. Участь у дослідженні була виключно добровільною та підтверджувалася особистим підписом у формі інформованої згоди. Кожен учасник був ознайомлений зі своїми правами й обов'язками та мав можливість припинити участь у дослідженні в будь-який момент без пояснення причин і без будь-яких негативних наслідків.

Критеріями включення були: вік 18 років і старше, наявність перенесеного МІ для ОГ або його відсутність для КГ, а також письмова згода на участь у дослідженні.

Критеріями виключення були: вік до 18 років, відсутність МІ в ОГ або наявність МІ в КГ, дифузні та вогнищеві захворювання, цукровий діабет та інша ендокринна патологія, алергічні реакції, системні захворювання сполучної тканини, гострі та хронічні запальні захворювання внутрішніх органів, тяжка декомпенсована соматична патологія, психіатричні та онкологічні захворювання, гострий серцево-судинний розлад, тиреотоксичний криз, гостра або виражена декомпенсація вуглеводного обміну, незадовільний фізичний стан, вагітність, грудне вигодовування, хронічний алкоголізм, відмова від участі в дослідженні або незгода дотримуватися його умов.

Для дослідження психологічних особливостей хворих після перенесеного МІ використано дві психодіагностичні методики: шкалу самооцінки Спілберга Ч. Д. та Ханіна Ю. Л. [4] і шкалу депресії Балашової Т. І. [4].

Шкала самооцінки Спілберга Ч. Д. та

Ханіна Ю. Л. застосовувалася для визначення рівнів тривожності (РівТ). Методика дає змогу окремо оцінити РТ, тобто тривожність як актуальний стан у момент обстеження, та ОТ, яка відображає відносно стійку характеристику особистості. ОТ характеризує схильність сприймати широкий спектр життєвих ситуацій як потенційно загрозові та реагувати на них станом тривоги. РТ проявляється напруженням, занепокоєнням, нервозністю та емоційною нестійкістю в конкретний період часу.

Опитувальник складається з двох частин і містить 40 тверджень. Пункти 1–20 використовують для оцінювання РТ, пункти 21–40 – для визначення ОТ. Отримані результати інтерпретували відповідно до авторських рекомендацій: до 30 балів – низька тривожність; 31–45 балів – помірна тривожність; 46 балів і більше – висока тривожність.

Шкала депресії Балашової Т. І. використовувалася для визначення рівнів депресивних проявів. Опитувальник складається з 20 тверджень. Результати оцінювали за такими критеріями: до 50 балів – стан без депресії; 50–59 балів – легка депресія ситуативного або невротичного генезу; 60–69 балів – субдепресивний стан або маскована депресія; понад 70 балів – дійсний депресивний стан.

Розподіл якісних і кількісних ознак оцінювали графічно, а також із застосуванням критеріїв Колмогорова–Смирнова, Лілієфорса та Шапіро–Вілکا. За результатами перевірки встановлено відхилення від нормального характеру розподілу, тому подальший аналіз проводили із застосуванням непараметричних медико-статистичних

методів.

Для характеристики центральної тенденції та варіабельності кількісних ознак визначали середнє значення (М) і стандартне відхилення (SD): $M \pm SD$. Категоріальні змінні подавали в абсолютних і відносних значеннях. Імовірність відмінностей кількісних характеристик у двох незалежних групах оцінювали за допомогою U-критерію Манна-Вітні, а для залежних вибірок застосовували критерій Вілкоксона. Для аналізу категоріальних показників використовували критерій χ^2 та, за потреби, точний критерій Фішера.

Пороговим рівнем статистичної значущості вважали $p < 0,05$. Точне значення p наводили з трьома десятковими знаками. При множинних порівняннях застосовували поправку Бонферроні. Статистичні розрахунки виконували в програмі IBM SPSS 25.0 for Windows.

Результати та обговорення.

Оцінювання РівТ за шкалою самооцінки Спілберга Ч. Д. та Ханіна Ю. Л. широко застосовується в психологічній і клінічній практиці для виявлення тривожних станів у різних груп населення. Методика є інформативною для поглибленого вивчення особистісних характеристик і дає змогу окремо оцінити реактивну та особистісну тривожність. У межах цього дослідження її використання було доцільним для визначення психосоціальних особливостей хворих після перенесеного МІ.

За результатами дослідження рівнів РТ в ОГ загалом переважали пацієнти з помірним та високим рівнями РТ порівняно з низьким. Помірний рівень РТ

визначено у 151 (50,3 %) хворого, високий – у 124 (41,3 %), низький – у 25 (8,3 %) осіб. Відповідні середні значення РТ становили $41,5 \pm 3,92$; $47,6 \pm 1,74$ і $27,2 \pm 2,22$ балів.

У КГ, на відміну від ОГ, переважали особи з низьким та помірним рівнями РТ: 97 (48,5 %) і 96 (48,0 %) респондентів

відповідно. Високий рівень РТ виявлено лише у 7 (3,5 %) осіб. Відповідні рівні РТ у КГ становили $26,9 \pm 1,95$; $36,6 \pm 3,97$ і $55,2 \pm 13,55$ балів. Розподіл рівнів РТ між ОГ та КГ вірогідно відрізнявся ($\chi^2 = 145,036$; $p < 0,001$), що свідчить про суттєво вищу частоту помірної та високої тривожності після МІ (табл. 1).

Таблиця 1. Рівні РТ обстежених за результатами психологічного тестування (абс. (%), $M \pm SD$)

Групи обстежених	Низький рівень РТ, абс. (%)	$M \pm SD$	Помірний рівень РТ, абс. (%)	$M \pm SD$	Високий рівень РТ, абс. (%)	$M \pm SD$	У цілому, абс. (%)	$M \pm SD$
ОГ, чоловіки	24 (96,0)	$27,2 \pm 2,26$	65 (43,0)	$40,2 \pm 4,65$	45 (36,3)	$47,4 \pm 1,37$	134 (44,7)	$40,3 \pm 7,75$
ОГ, жінки	1 (4,0)	$28,0 \pm 2,12$	86 (57,0)	$42,4 \pm 2,96$	79 (63,7)	$47,6 \pm 1,92$	166 (55,3)	$44,8 \pm 3,86$
ОГ, до 45 років	18 (72,0)	$26,8 \pm 2,38$	19 (12,6)	$37,5 \pm 3,97$	1 (0,8)	$47,0 \pm 0,0$	38 (12,7)	$32,7 \pm 6,65$
ОГ, 46–55 років	7 (28,0)	$28,3 \pm 1,38$	46 (30,5)	$40,0 \pm 5,02$	34 (27,4)	$47,4 \pm 1,37$	87 (29,0)	$41,9 \pm 6,54$
ОГ, ≥ 56 років	–	–	86 (57,0)	$43,1 \pm 1,70$	89 (71,8)	$47,7 \pm 1,87$	175 (58,3)	$45,4 \pm 2,89$
ОГ, місто	13 (52,0)	$28,5 \pm 1,33$	82 (54,3)	$40,5 \pm 4,57$	56 (45,2)	$47,6 \pm 1,75$	151 (50,3)	$42,1 \pm 6,43$
ОГ, село	12 (48,0)	$25,8 \pm 2,17$	69 (45,7)	$42,6 \pm 2,53$	68 (54,8)	$47,5 \pm 1,74$	149 (49,7)	$43,5 \pm 6,15$
ОГ, у цілому	25 (8,3)	$27,2 \pm 2,22$	151 (50,3)	$41,5 \pm 3,92$	124 (41,3)	$47,6 \pm 1,74$	300 (100,0)	$42,8 \pm 6,32$
КГ, чоловіки	3 (3,1)	$28,0 \pm 1,0$	56 (58,3)	$38,6 \pm 3,68$	5 (71,4)	$47,4 \pm 1,67$	64 (32,0)	$38,8 \pm 4,84$
КГ, жінки	94 (96,9)	$26,8 \pm 1,96$	40 (41,7)	$33,8 \pm 2,33$	2 (28,6)	$75,0 \pm 1,41$	136 (68,0)	$29,6 \pm 6,74$
КГ, до 45 років	9 (9,3)	$27,0 \pm 1,50$	19 (19,8)	$35,0 \pm 3,08$	–	–	28 (14,0)	$32,5 \pm 4,65$
КГ, 46–55 років	19 (19,6)	$26,6 \pm 2,36$	33 (34,4)	$36,7 \pm 3,70$	5 (71,4)	$58,0 \pm 15,6$	57 (28,5)	$35,2 \pm 9,98$
КГ, ≥ 56 років	69 (71,1)	$26,9 \pm 1,89$	44 (45,8)	$37,2 \pm 4,37$	2 (28,6)	$48,5 \pm 2,12$	115 (57,5)	$31,2 \pm 6,31$
КГ, місто	37 (38,1)	$26,6 \pm 2,15$	45 (46,9)	$38,0 \pm 3,79$	6 (85,7)	$56,8 \pm 14,1$	88 (44,0)	$34,5 \pm 9,36$
КГ, село	60 (61,9)	$27,0 \pm 1,81$	51 (53,1)	$35,4 \pm 3,75$	1 (14,3)	$46,0 \pm 0,0$	112 (56,0)	$31,0 \pm 5,26$
КГ, у цілому	97 (48,5)	$26,9 \pm 1,95$	96 (48,0)	$36,6 \pm 3,97$	7 (3,5)	$55,2 \pm 13,55$	200 (100)	$32,53 \pm 7,53$

Загальний рівень РТ серед респондентів ОГ був вірогідно вищим, ніж у КГ: $42,8 \pm 6,32$ проти $32,53 \pm 7,53$ балів; $p < 0,001$. У пацієнтів після перенесеного МІ цей показник перебував на верхній межі помірного рівня тривожності, тоді як у КГ відповідав нижчим значенням помірної тривожності (табл. 1).

За статевими характеристиками в ОГ жінки мали вищий загальний рівень РТ порівняно з чоловіками: $44,8 \pm 3,86$ проти $40,3 \pm 7,75$ балів. Розподіл рівнів РТ за статтю був статистично значущим ($\chi^2 = 30,355$; $p < 0,001$). Серед осіб із високим рівнем РТ переважали жінки – 79 (63,7 %) проти 45 (36,3 %) чоловіків (табл. 1).

За віком в ОГ простежувалася виражена тенденція до зростання РТ у старших вікових категоріях. Загальний рівень РТ становив $32,7 \pm 6,65$ балів у хворих віком до 45 років, $41,9 \pm 6,54$ балів у групі 46–55 років і $45,4 \pm 2,89$ бали серед пацієнтів віком ≥ 56 років. Розподіл за віковими групами був статистично значущим ($\chi^2 = 101,953$; $p < 0,001$). Серед пацієнтів із високим рівнем РТ найбільшу частку становили особи віком ≥ 56 років – 89 (71,8 %), тоді як у віковій групі 46–55 років таких було 34 (27,4 %), а до 45 років – 1 (0,8 %) пацієнт. Подібну закономірність виявлено і для помірного рівня РТ: 86 (57,0 %), 46 (30,5 %) та 19 (12,6 %) осіб відповідно (табл. 1).

За місцем проживання в ОГ статистично значущих відмінностей не виявлено ($\chi^2 = 2,307$; $p = 0,315$). Водночас серед осіб із високим рівнем РТ дещо більше було мешканців села – 68 (54,8 %) проти 56 (45,2 %) мешканців міста. Серед пацієнтів із помірним рівнем РТ, навпаки, частіше траплялися мешканці міста – 82 (54,3 %) проти 69 (45,7 %) мешканців села (табл. 1).

За рівнями ОТ серед респондентів ОГ також переважали особи з помірним та високим рівнями порівняно з низьким. Помірний рівень ОТ виявлено у 188 (62,7 %) пацієнтів, високий – у 69 (23,0 %), низький – у 43 (14,3 %) осіб. Відповідні середні значення ОТ становили $39,4 \pm 2,65$; $47,4 \pm 1,17$ і $28,0 \pm 2,05$ балів. Загальний рівень ОТ в ОГ дорівнював $39,60 \pm 6,23$ балів та був вірогідно вищим, ніж у КГ, де він становив $33,61 \pm 8,73$ бали; $p < 0,001$ (табл. 2).

У КГ порівняно з ОГ переважали респонденти з низьким та помірним рівнями ОТ: 104 (52,0 %) і 64 (32,0 %) відповідно; високий рівень ОТ виявлено у 32 (16,0 %) осіб. Відповідні середні значення ОТ у КГ становили $26,6 \pm 2,88$; $38,2 \pm 5,12$ і $47,4 \pm 1,24$ балів. Розподіл рівнів ОТ між ОГ та КГ вірогідно відрізнявся ($\chi^2 = 83,212$; $p < 0,001$), що підтверджує вищу вираженість особистісної тривожності серед хворих після МІ (табл. 2). За статевими характеристиками в ОГ виявлено статистично значущий розподіл рівнів ОТ ($\chi^2 = 89,818$; $p < 0,001$). Серед пацієнтів із високим рівнем ОТ переважали чоловіки – 43 (62,3 %) проти 26 (37,7 %) жінок. Натомість серед осіб із помірним рівнем ОТ переважали жінки – 140 (74,5 %) проти 48 (25,5 %) чоловіків. Середні значення ОТ у межах відповідних рівнів були близькими між статевими групами. За віковими характеристиками середні рівні ОТ у межах однакових категорій тривожності істотно не відрізнялися, однак частка пацієнтів із високим рівнем ОТ була найбільшою серед осіб віком ≥ 56 років – 39 (56,5 %). У групі 46–55 років таких було 26 (37,7 %), а серед пацієнтів до 45 років – 4 (5,8 %). Схожу закономірність виявлено і серед осіб із помірною ОТ: 136 (72,3 %), 34 (18,1 %) та 18 (9,6 %) респондентів відповідно (табл. 2).

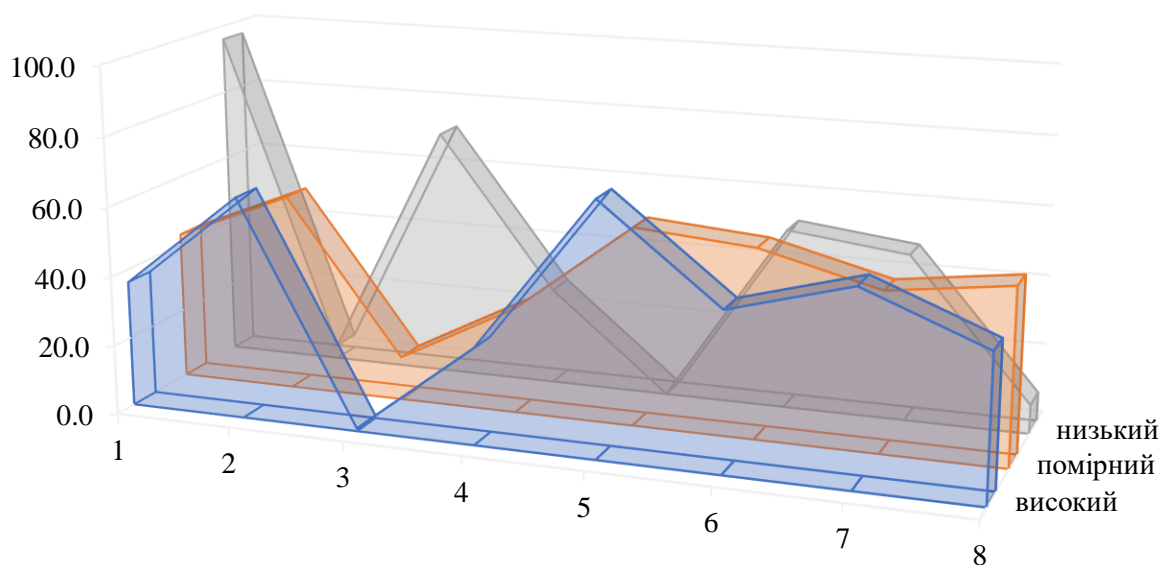
Таблиця 2. Рівні ОТ обстежених за результатами психологічного тестування (абс. (%), $M \pm SD$)

Групи обстежених	Низький рівень ОТ, абс. (%)	$M \pm SD$	Помірний рівень ОТ, абс. (%)	$M \pm SD$	Високий рівень ОТ, абс. (%)	$M \pm SD$	У цілому, абс. (%)	$M \pm SD$
ОГ, чоловіки	43 (100,0)	28,0 ± 2,05	48 (25,5)	38,8 ± 2,85	43 (62,3)	47,3 ± 1,04	134 (44,7)	38,1 ± 8,09
ОГ, жінки	–	–	140 (74,5)	39,6 ± 2,54	26 (37,7)	47,5 ± 1,36	166 (55,3)	40,8 ± 3,74
ОГ, до 45 років	16 (37,2)	27,7 ± 2,52	18 (9,6)	40,6 ± 2,99	4 (5,8)	47,0 ± 0,00	38 (12,7)	35,8 ± 7,73
ОГ, 46–55 років	27 (62,8)	28,1 ± 1,75	34 (18,1)	39,6 ± 2,25	26 (37,7)	47,3 ± 1,16	87 (29,0)	38,3 ± 7,80
ОГ, ≥ 56 років	–	–	136 (72,3)	39,2 ± 2,65	39 (56,5)	47,5 ± 1,23	175 (58,3)	41,0 ± 4,21
ОГ, місто	27 (63,8)	28,0 ± 2,08	105 (55,9)	39,3 ± 2,65	19 (27,5)	47,1 ± 0,71	151 (50,3)	38,2 ± 5,94
ОГ, село	16 (37,2)	28,0 ± 2,07	83 (44,1)	39,5 ± 2,62	50 (72,5)	47,5 ± 1,28	149 (49,7)	41,0 ± 6,22
ОГ, у цілому	43 (14,3)	28,0 ± 2,05	188 (62,7)	39,4 ± 2,65	69 (23,0)	47,4 ± 1,17	300 (100)	39,60 ± 6,23
КГ, чоловіки	40 (38,5)	26,9 ± 2,20	10 (15,6)	43,7 ± 1,34	14 (43,8)	47,6 ± 1,22	64 (32,0)	34,1 ± 9,57
КГ, жінки	64 (61,5)	26,3 ± 3,23	54 (84,4)	37,1 ± 4,90	18 (56,3)	47,2 ± 1,26	136 (68,0)	33,4 ± 8,32
КГ, до 45 років	28 (26,9)	23,1 ± 2,12	–	–	–	–	28 (14,0)	23,1 ± 2,12
КГ, 46–55 років	47 (45,2)	27,6 ± 2,04	7 (10,9)	41,9 ± 2,34	3 (9,4)	46,7 ± 0,58	57 (28,5)	30,3 ± 6,43
КГ, ≥ 56 років	29 (27,9)	28,2 ± 1,77	57 (89,1)	37,7 ± 5,20	29 (57,5)	47,5 ± 1,27	115 (57,5)	37,8 ± 7,84
КГ, місто	35 (33,7)	27,3 ± 2,20	23 (35,9)	43,5 ± 1,54	30 (93,8)	47,5 ± 1,25	88 (44,0)	38,4 ± 9,38
КГ, село	69 (66,3)	26,2 ± 3,12	41 (64,1)	35,2 ± 3,80	2 (6,3)	46,5 ± 0,71	112 (56,0)	29,8 ± 5,91
КГ, у цілому	104 (52,0)	26,6 ± 2,88	64 (32,0)	38,2 ± 5,12	32 (16,0)	47,4 ± 1,24	200 (100)	33,61 ± 8,73

За місцем проживання в ОГ визначено статистично значущу різницю в розподілі рівнів ОТ ($\chi^2 = 19,303$; $p < 0,001$). Високий рівень ОТ частіше реєстрували серед мешканців села – 50 (72,5 %) проти 19 (27,5 %) мешканців міста. Помірний рівень ОТ, навпаки, частіше визначали серед міських жителів – 105 (55,9 %) проти 83 (44,1 %)

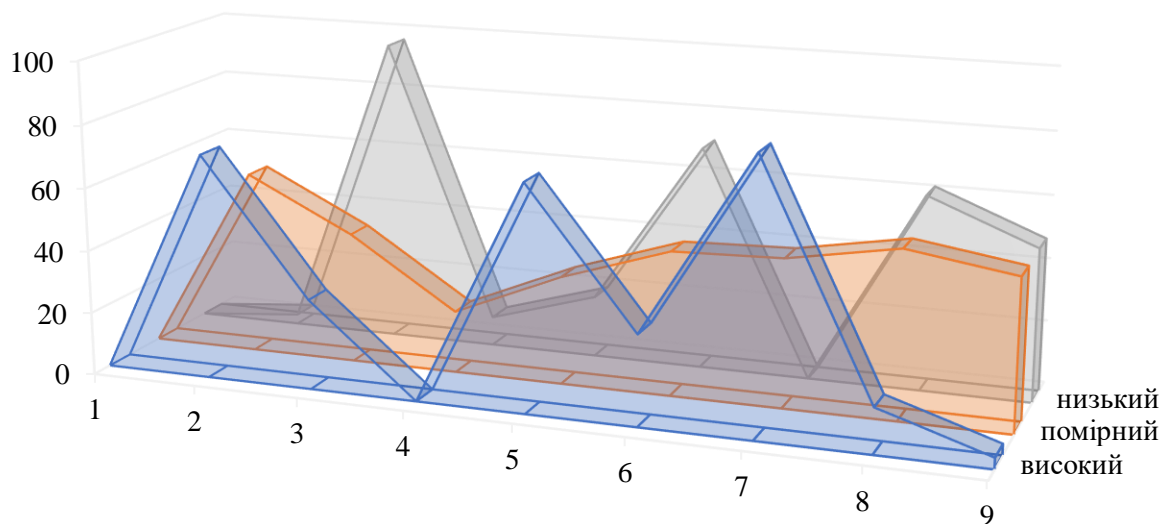
сільських мешканців (табл. 2).

На підставі отриманих результатів було сформовано психологічні профілі обстежених. Вони побудовані окремо для ОГ і КГ та відображають особливості тривожності залежно від віку, статі й місця проживання. Психологічні профілі за рівнями РТ наведено на рис. 1 і 2, за рівнями ОТ – на рис. 3 і 4.



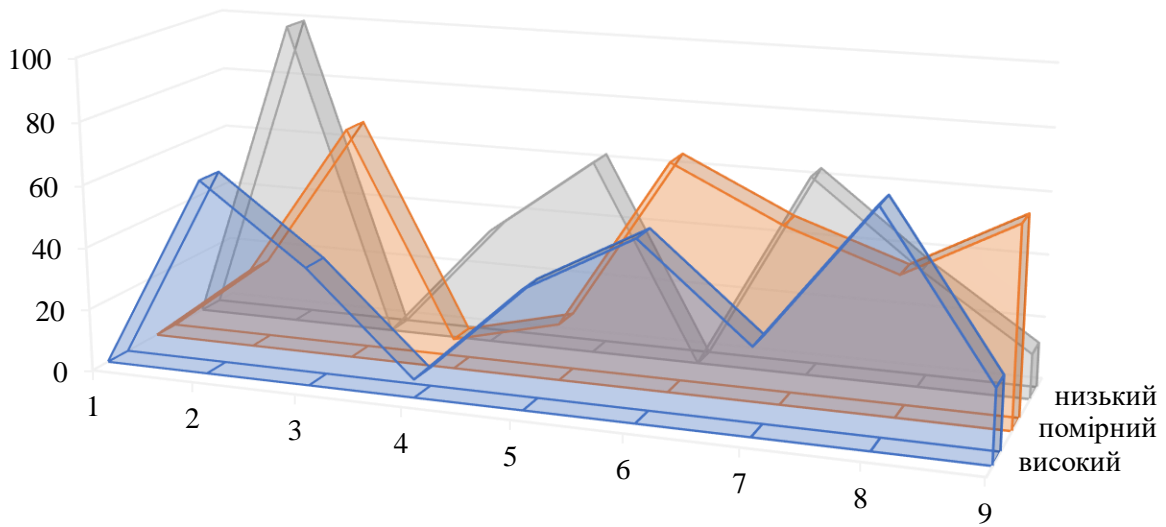
1	чоловіки	3	до 45 років	6	місто
2	жінки	4	46–55 років	7	село
		5	≥ 56 років		

Рис. 1. Психологічний профіль осіб ОГ за рівнями РТ.



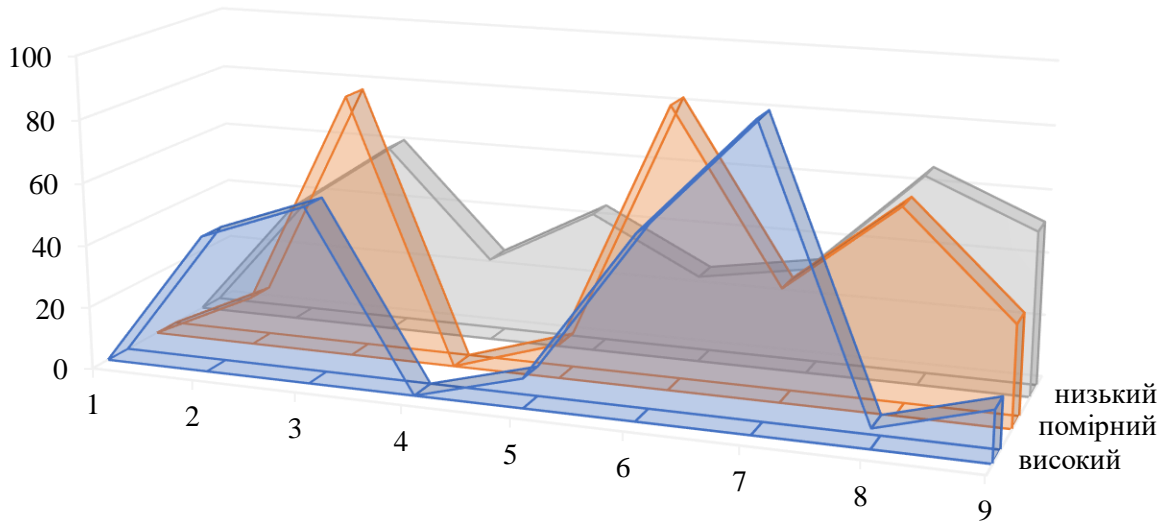
1	чоловіки	3	до 45 років	6	місто
2	жінки	4	46–55 років	7	село
		5	≥ 56 років		

Рис. 2. Психологічний профіль осіб КГ за рівнями РТ.



1	чоловіки	3	до 45 років	6	місто
2	жінки	4	46–55 років	7	село
		5	≥ 56 років		

Рис. 3. Психологічний профіль осіб ОГ за рівнями ОТ.



1	чоловіки	3	до 45 років	6	місто
2	жінки	4	46–55 років	7	село
		5	≥ 56 років		

Рис. 4. Психологічний профіль осіб КГ за рівнями ОТ.

За результатами дослідження рівнів депресивних станів і станів, близьких до депресії в ОГ осіб без депресії та з легкою депресією було дещо більше, ніж пацієнтів із субдепресивним станом. Стан без депресії виявлено у 107 (35,7 %)

респондентів, легку депресію – у 110 (36,7 %), субдепресивний стан – у 83 (27,7 %). Загальний рівень депресії (РД) в ОГ становив $52,6 \pm 7,46$ бали та був вірогідно вищим, ніж у КГ – $47,56 \pm 6,88$ балів; $p < 0,001$ (табл. 3).

Таблиця 3. Рівні депресивних проявів обстежених за результатами психологічного тестування (абс. (%), $M \pm SD$)

Групи обстежених	Стан без депресії, абс. (%)	$M \pm SD$	Легка депресія, абс. (%)	$M \pm SD$	Субдепресивний стан, абс. (%)	$M \pm SD$	У цілому, абс. (%)	$M \pm SD$
ОГ, чоловіки	42 (39,3)	$43,1 \pm 2,89$	51 (46,4)	$53,5 \pm 1,8$	41 (49,4)	$62,7 \pm 1,34$	134 (44,7)	$53,1 \pm 8,04$
ОГ, жінки	65 (60,7)	$45,0 \pm 2,01$	59 (53,6)	$53,1 \pm 1,61$	42 (50,6)	$62,1 \pm 0,65$	166 (55,3)	$52,2 \pm 6,96$
ОГ, до 45 років	14 (13,1)	$43,4 \pm 2,73$	14 (12,7)	$53,4 \pm 1,91$	10 (12,0)	$62,5 \pm 0,71$	38 (12,7)	$52,1 \pm 7,92$
ОГ, 46-55 років	26 (24,3)	$43,1 \pm 3,11$	36 (32,7)	$53,4 \pm 1,88$	25 (30,1)	$62,5 \pm 1,29$	87 (29,0)	$52,9 \pm 7,80$
ОГ, ≥ 56 років	67 (62,6)	$44,9 \pm 2,07$	60 (54,5)	$53,3 \pm 1,57$	48 (57,8)	$62,4 \pm 1,04$	175 (58,3)	$52,6 \pm 7,21$
ОГ, місто	54 (50,5)	$44,1 \pm 2,73$	54 (49,1)	$53,1 \pm 1,59$	43 (51,8)	$62,3 \pm 1,10$	151 (50,3)	$52,5 \pm 7,53$
ОГ, село	53 (49,5)	$44,4 \pm 2,40$	56 (50,9)	$53,5 \pm 1,81$	40 (48,2)	$62,6 \pm 1,06$	149 (49,7)	$52,7 \pm 7,40$
ОГ, у цілому	107 (35,7)	$44,3 \pm 2,56$	110 (36,7)	$53,3 \pm 1,70$	83 (27,7)	$62,4 \pm 1,08$	300 (100,0)	$52,6 \pm 7,46$
КГ, чоловіки	12 (8,8)	$40,3 \pm 5,12$	42 (87,5)	$54,2 \pm 2,50$	10 (62,5)	$61,8 \pm 1,81$	64 (32,0)	$52,8 \pm 7,27$
КГ, жінки	124 (91,2)	$43,9 \pm 2,95$	6 (12,5)	$53,2 \pm 3,82$	6 (37,5)	$62,3 \pm 2,65$	136 (68,0)	$45,1 \pm 5,12$
КГ, до 45 років	22 (16,2)	$41,8 \pm 4,41$	3 (6,3)	$50,0 \pm 0,00$	3 (18,8)	$61,3 \pm 2,30$	28 (14,0)	$44,8 \pm 7,51$
КГ, 46-55 років	35 (25,7)	$45,7 \pm 2,44$	17 (35,4)	$54,8 \pm 2,39$	5 (41,4)	$62,2 \pm 2,68$	57 (28,5)	$49,9 \pm 6,09$
КГ, ≥ 56 років	79 (58,1)	$43,1 \pm 2,83$	28 (58,3)	$54,0 \pm 2,62$	8 (50,0)	$62,1 \pm 1,88$	115 (57,5)	$47,1 \pm 6,79$
КГ, місто	50 (36,8)	$44,8 \pm 2,28$	31 (64,6)	$54,1 \pm 2,51$	7 (43,8)	$62,0 \pm 1,91$	88 (44,0)	$49,4 \pm 6,20$
КГ, село	86 (63,2)	$42,9 \pm 3,65$	17 (35,4)	$53,9 \pm 3,00$	9 (56,3)	$62,0 \pm 2,35$	112 (56,0)	$46,1 \pm 7,05$
КГ, у цілому	136 (68,0)	$43,6 \pm 3,33$	48 (24,0)	$54,0 \pm 2,67$	16 (8,0)	$62,0 \pm 2,09$	200 (100,0)	$47,56 \pm 6,88$

Порівняно з КГ, в ОГ було значно більше осіб із субдепресивним станом – 83 (27,7 %) проти 16 (8,0 %) респондентів, а також із легкою депресією – 110 (36,7 %) проти 48 (24,0 %) осіб. Натомість стан без депресії частіше реєстрували в

КГ – 136 (68,0 %) проти 107 (35,7 %) осіб в ОГ. Різниця між групами була статистично значущою ($\chi^2 = 55,347$; $p < 0,001$), що підтверджує більшу вираженість депресивних проявів у пацієнтів після перенесеного МІ (табл. 3).

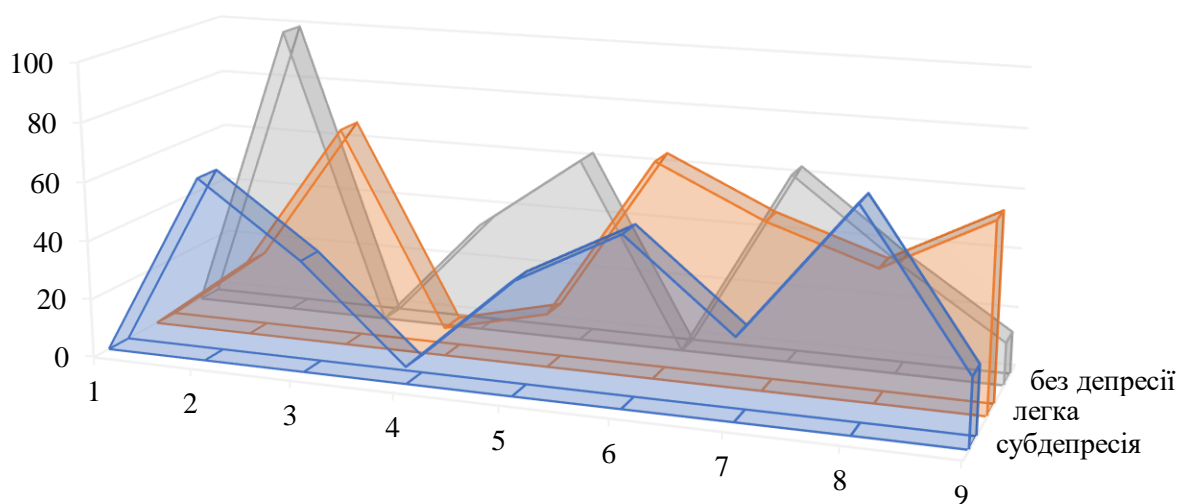
За статевими характеристиками в ОГ розподіл осіб без депресії, з легкою депресією та субдепресивним станом статистично значущо не відрізнявся ($\chi^2 = 2,149$; $p = 0,341$). Водночас серед пацієнтів із легкою депресією дещо переважали жінки – 59 (53,6 %) проти 51 (46,4 %) чоловіка. Серед осіб із субдепресивним станом розподіл був майже рівним: 42 (50,6 %) жінки та 41 (49,4 %) чоловік (табл. 3).

За віковими характеристиками в ОГ виявлено статистично значуще переважання осіб старшого віку серед пацієнтів із легкою депресією та субдепресивним станом ($\chi^2 = 80,105$; $p < 0,001$). Серед пацієнтів із субдепресивним станом особи віком ≥ 56 років становили 48 (57,8 %), у віковій групі 46–55 років – 25 (30,1 %), а до 45 років – 10 (12,0 %) респондентів.

Серед осіб із легкою депресією відповідні показники становили 60 (54,5 %), 36 (32,7 %) та 14 (12,7 %) осіб (табл. 3).

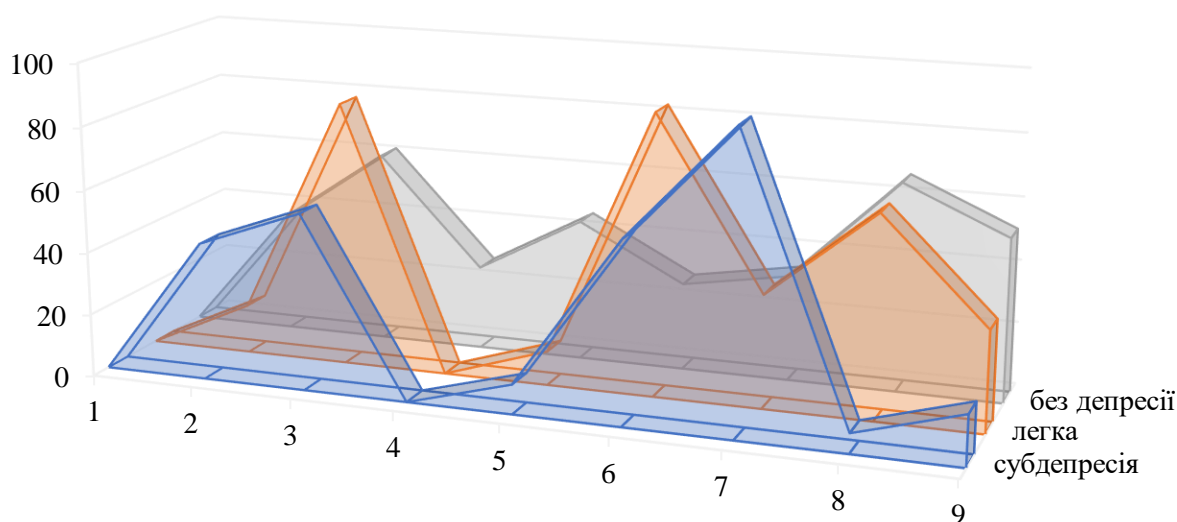
За місцем проживання в ОГ статистично значущих відмінностей за РД не виявлено ($\chi^2 = 0,141$; $p = 0,932$). Серед пацієнтів із субдепресивним станом мешканців міста було 43 (51,8 %), мешканців села – 40 (48,2 %). Легка депресія визначалася у 54 (49,1 %) міських і 56 (50,9 %) сільських жителів. Стан без депресії встановлено у 54 (50,5 %) мешканців міста та 53 (49,5 %) мешканців села (табл. 3).

Як і для РівТ, на підставі результатів оцінювання РД було сформовано особистісні психологічні профілі осіб ОГ і КГ. Їх наведено на рис. 5 і 6. Особливої уваги потребують пацієнти з легкою депресією та субдепресивним станом, оскільки саме в цих групах доцільним є залучення фахівців психотерапевтичного або психологічного профілю. Такий супровід має бути спрямований на зниження внутрішнього напруження, корекцію занепокоєння, стабілізацію емоційного стану, відновлення впевненості в собі та посилення мотивації до реабілітаційного процесу.



1	чоловіки	3	до 45 років	6	місто
2	жінки	4	46–55 років	7	село
		5	≥ 56 років		

Рис. 5. Психологічний профіль осіб ОГ за рівнями депресивних проявів.



1	чоловіки	3	до 45 років	6	місто
2	жінки	4	46–55 років	7	село
		5	≥ 56 років		

Рис. 6. Психологічний профіль осіб КГ за рівнями депресивних проявів.

Отримані результати свідчать, що хворі після перенесеного МІ мають виразніші психоемоційні порушення порівняно з особами КГ. Найбільш показовими є відмінності за РТ: в ОГ помірний і високий рівні мали 151 (50,3 %) та 124 (41,3 %) пацієнти відповідно, тоді як у КГ високий рівень РТ виявлено лише у 7 (3,5 %) осіб. Загальний рівень РТ у пацієнтів після МІ становив $42,8 \pm 6,32$ балів та був суттєво вищим, ніж у КГ – $32,53 \pm 7,53$ бали; $p < 0,001$.

Подібну закономірність виявлено і для ОТ. В ОГ помірний рівень ОТ мали 188 (62,7 %) пацієнтів, високий – 69 (23,0 %), тоді як у КГ переважали респонденти з низьким рівнем ОТ – 104 (52,0 %). Загальний рівень ОТ у хворих після МІ становив $39,60 \pm 6,23$ бали проти $33,61 \pm 8,73$ бали в КГ; $p < 0,001$.

Це вказує не лише на ситуативне емоційне напруження, а й на формування більш стійкого тривожного реагування після перенесеної судинної події.

Клінічно важливим є те, що в ОГ виявлено значну частку пацієнтів із легкою депресією та субдепресивним станом. Легка депресія визначалася у 110 (36,7 %) хворих, субдепресивний стан – у 83 (27,7 %). У КГ ці показники були нижчими: 48 (24,0 %) і 16 (8,0 %) відповідно. Загальний РД у пацієнтів після МІ становив $52,6 \pm 7,46$ балів, тоді як у КГ – $47,56 \pm 6,88$ бали; $p < 0,001$. Такий результат свідчить, що навіть за відсутності важкого депресивного стану значна частина постінсультних пацієнтів перебуває в зоні психологічного ризику.

Отримані дані узгоджуються з результатами сучасних міжнародних досліджень. У систематичному огляді та

метааналізі Hackett та співавт. показано, що депресія після інсульту є частим і клінічно значущим станом, який може зберігатися протягом тривалого часу після судинної події та негативно впливати на відновлення [1]. Наші результати конкретизують цю проблему в реабілітаційній вибірці: у 36,7 % пацієнтів ОГ визначено легку депресію, а у 27,7 % – субдепресивний стан.

Систематичний огляд Blake та співавт. підкреслює, що симптоматика постінсультної депресії може відрізнятись від депресії в загальній популяції, зокрема за співвідношенням емоційних, когнітивних, мотиваційних і соматичних проявів [2]. Це має значення для інтерпретації наших результатів, оскільки частина пацієнтів із легкими або маскованими депресивними проявами може не мати яскравої клінічної депресії, але водночас потребувати психологічної підтримки в межах реабілітаційного процесу.

У роботі Weaver та співавт., присвяченій нейроанатомічним аспектам постінсультної депресії, наголошено, що депресивні прояви після інсульту можуть бути пов'язані з порушенням функціонування префронтально-лімбічних і підкіркових мереж, які беруть участь у регуляції настрою, мотивації та поведінкової адаптації [3]. Це доповнює клінічне розуміння отриманих нами результатів: підвищення РТ, ОТ та РД після МІ не слід розглядати лише як психологічну реакцію на хворобу, оскільки воно може мати також нейробіологічне підґрунтя.

Дані Patel та співавт. також демонструють, що депресія, тривожність і пов'язані психоемоційні порушення після інсульту суттєво знижують якість

життя пацієнтів і можуть впливати на подальші клінічні результати [5]. У нашому дослідженні це підтверджується високою частотою помірної та високої РТ, помірної та високої ОТ, а також легкої депресії й субдепресивного стану серед хворих після МІ.

Особливе практичне значення мають вікові відмінності. У групі пацієнтів віком ≥ 56 років частіше реєстрували високий рівень РТ – 89 (71,8 %) осіб, високий рівень ОТ – 39 (56,5 %) осіб, а також субдепресивний стан – 48 (57,8 %) пацієнтів. Це дозволяє розглядати старший вік як важливий маркер підвищеної потреби в психологічному скринінгу та реабілітаційному супроводі.

Отже, результати дослідження обґрунтовують необхідність включення системного психологічного оцінювання до стандартного маршруту постінсультної реабілітації. Оцінювання РТ, ОТ та РД дає змогу не лише описати психоемоційний стан пацієнтів, а й своєчасно виділити групи підвищеного психологічного ризику. Найбільшу увагу доцільно приділяти пацієнтам із високим рівнем тривожності, легкою депресією та субдепресивним станом, особливо у старших вікових групах.

Висновки.

1. У хворих після перенесеного МІ встановлено вірогідно вищий рівень РТ порівняно з КГ: $42,8 \pm 6,32$ проти $32,53 \pm 7,53$ бали; $p < 0,001$.

2. В ОГ переважали пацієнти з помірним і високим рівнями РТ – 151 (50,3 %) та 124 (41,3 %) особи відповідно, тоді як низький рівень виявлено лише у 25 (8,3 %) пацієнтів.

3. Загальний рівень ОТ у хворих після МІ також був вірогідно вищим, ніж у КГ:

39,60 ± 6,23 проти 33,61 ± 8,73 бали; $p < 0,001$.

4. Помірний рівень ОТ виявлено у 188 (62,7 %) пацієнтів ОГ, високий – у 69 (23,0 %), що свідчить про значну поширеність стійких тривожних характеристик серед хворих після МІ.

5. Рівень депресивних проявів у пацієнтів після МІ становив 52,6 ± 7,46 балів та був вірогідно вищим, ніж у КГ – 47,56 ± 6,88 балів; $p < 0,001$.

6. У структурі депресивних проявів в основній групі легку депресію визначено у 110 (36,7 %) пацієнтів, субдепресивний стан – у 83 (27,7 %), що обґрунтовує необхідність раннього психологічного скринінгу під час постінсультної реабілітації.

7. Пацієнти віком ≥ 56 років мали більшу представленість серед осіб із високим рівнем РТ, високим рівнем ОТ та субдепресивним станом, що вказує на доцільність посиленого психологічного супроводу саме в цій віковій категорії.

8. Виявлені психоемоційні особливості підтверджують потребу в міждисциплінарному реабілітаційному підході із залученням невролога, лікаря фізичної та реабілітаційної медицини, психолога або психотерапевта.

Фінансування та конфлікт інтересів.

Автори заявляють про повну відсутність конфлікту інтересів.

Джерело фінансування: власні кошти авторів.

Публікаційна етика.

Пацієнти були включені в дослідження після отримання інформованої згоди. Дослідження відповідало міжнародним етичним стандартам біометричних досліджень.

Політика використання ІІІ та технологій з підтримкою ІІІ.

Інструменти ІІІ при підготовці цієї роботи не використовувались.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Liu L., Xu M., Marshall I. J. et al. Prevalence and natural history of depression after stroke: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *PLOS Medicine*. 2023. Vol. 20, issue 3. Article e1004200. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1004200>. PMID: 36976794. PMCID: PMC10047522.
2. Blake J. J., Gracey F., Whitmore S. et al. Comparing the Symptomatology of Post-stroke Depression with Depression in the General Population: A Systematic Review. *Neuropsychology Review*. 2024. Vol. 34, issue 3. P. 768–790. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11065-023-09611-5>. PMID: 37667057. PMCID: PMC11473539.
3. Krick S., Koob J. L., Latarnik S. et al. Neuroanatomy of post-stroke depression: the association between symptom clusters and lesion location. *Brain Communications*. 2023. Vol. 5, issue 5. Article fcad275. DOI: <https://doi.org/10.1093/braincomms/fcad275>
4. Агаєв Н. А. та ін. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців : метод. посіб. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с.
5. Patel U. K., Rao A., Manihani G. S. D. et al. Prevalence and Outcomes of Depression, Obstructive Sleep Apnea, and Concurrent Anxiety (DOCA) in Stroke Survivors: Insights From a Nationwide Study. *Cureus*. 2023. Vol. 15, issue 7. Article e41968. DOI: <https://doi.org/10.7759/cureus.41968>. PMID: 37588321. PMCID: PMC10427155.

REFERENCES

1. Liu L., Xu M., Marshall I. J. et al. Prevalence and natural history of depression after stroke: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *PLOS Medicine*. 2023. Vol. 20, issue 3. Article e1004200. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1004200>. PMID: 36976794; PMCID: PMC10047522.

2. Blake J. J., Gracey F., Whitmore S. et al. Comparing the Symptomatology of Post-stroke Depression with Depression in the General Population: A Systematic Review. *Neuropsychology Review*. 2024. Vol. 34, issue 3. P. 768–790. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11065-023-09611-5>. PMID: 37667057; PMCID: PMC11473539.

3. Krick S., Koob J. L., Latarnik S. et al. Neuroanatomy of post-stroke depression: the association between symptom clusters and lesion location. *Brain Communications*. 2023. Vol. 5, issue 5. Article fcad275. DOI: <https://doi.org/10.1093/braincomms/fcad275>.

4. Ahaiev N. A. та in. *Zbirnyk metodyk dlia diahnostryky nehatyvnykh psykhychnykh staniv viiskovosluzhbovtziv* [Collection of methods for diagnosing negative mental states in military personnel] : metod. posib. Kyiv : NDTs HP ZSU, 2016. 234 s. [in Ukrainian].

5. Patel U. K., Rao A., Manihani G. S. D. et al. Prevalence and Outcomes of Depression, Obstructive Sleep Apnea, and Concurrent Anxiety (DOCA) in Stroke Survivors: Insights From a Nationwide Study. *Cureus*. 2023. Vol. 15, issue 7. Article e41968. DOI: <https://doi.org/10.7759/cureus.41968>. PMID: 37588321; PMCID: PMC10427155.

Надійшла до редакції 25.12.2024

Прийнята до опублікування 23.01.2025

Інформація про авторів (Information about the authors)

Мищенко Марина Михайлівна, докторка філософії, Харківський Національний медичний університет, асистент кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я; Харків, Україна.

Mishchenko Maryna, Doctor of Philosophy, Kharkiv National Medical University. Assistant of the Department of Public Health and health care management; Kharkiv, Ukraine.

E-mail: marihy83@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-3423-9303> A, B, C, D, E, F

-
- A** – Концепція та дизайн роботи (Work concept and design)
B – Збір та аналіз даних (Data collection and analysis)
C – Відповідальність за статистичний аналіз (Responsibility for statistical analysis)
D – Написання статті (Writing the article)
E – Критичний огляд статті (Critical review)
F – Остаточне затвердження статті (Final approval of the article)
-

Відповідальний автор:

Мищенко Марина Михайлівна, докторка філософії, Харківський Національний медичний університет, асистент кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я».

✉ Україна, 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.

E-mail: marihy83@gmail.com

<p>Цитування: Мищенко М.М. Психоемоційні особливості тривожності та депресивних проявів у хворих після перенесеного мозкового інсульту. <i>Вісник медицини, психології та фармації</i>. 2025. № 1-2 (3-4). С. 16–31. doi: https://doi.org/10.20998/BMPP.2025.01.02.02</p>
--