

КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА ТРЕВОГИ О ЗДОРОВЬЕ У ПАЦИЕНТОВ,
ПЕРЕНЁСШИХ ПЕРВЫЙ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ИНСУЛЬТ

Мария Александровна Савина

Научный центр психического здоровья,
115522, г. Москва, Каширское шоссе, 34, e-mail maria_savina@mail.ru

Реферат

Избыточная обеспокоенность здоровьем — частый, но недостаточно изученный психопатологический синдром постинсультного периода.

Цель. Количественная оценка уровня обеспокоенности здоровьем с помощью индекса Уитли (Whiteley Index), а также изучение его взаимосвязи с психическими и соматическими расстройствами.

Методы. Исследование представляет собой часть проспективного наблюдения за когортой пациентов с первым церебральным инсультом. 53 пациента (средний возраст $60,2 \pm 11,8$ года, 37% женщин) заполнили опросник для вычисления индекса Уитли: в первой точке (на 14-е сутки инсульта) — 35 человек, во второй точке (через полгода после инсульта) — 32 пациента, в обеих точках — 14 пациентов. Пограничный уровень обеспокоенности здоровьем диагностировали при наличии 32–44 баллов, высокий — при превышении 44 баллов.

Результаты. Пациенты были разделены на пять групп: с низкой обеспокоенностью здоровьем ($n=19$), с пограничным уровнем обеспокоенности ($n=14$), с высокой обеспокоенностью здоровьем ($n=15$), со снижающейся ($n=3$) и с возрастающей ($n=3$) обеспокоенностью. Высокий уровень обеспокоенности отмечен у пациентов с крупным очагом инсульта, нарушением исполнительных функций, с более многочисленными привычными тревожными реакциями и большим количеством моторных, вегетативных и идеаторных симптомов в их структуре, с неконтролируемым течением артериальной гипертензии в постинсультном периоде. Высокая обеспокоенность состоянием здоровья не была связана с повышением частоты генерализованного тревожного расстройства и инсультофобии.

Вывод. Хотя обеспокоенность здоровьем — психологически понятная реакция на инсульт, в ней присутствуют и патологические составляющие: она ассоциирована с конституциональной тревожностью и повышенной вегетативной лабильностью, а также с более крупным размером очага и нарушениями исполнительных функций.

Ключевые слова: инсульт, тревога, постинсультное тревожное расстройство, обеспокоенность здоровьем, исполнительные функции.

Methods. This study is a part of prospective observational study of patients with first-ever stroke. 53 patients (mean age 60.2 ± 11.8 years, 37% female) were assessed by Whiteley Index: 35 patients in 14 day of stroke, 32 — at 6. Month of post-stroke period, 14 — in both time-points. Borderline health anxiety was diagnosed in patients with score 32–44, excessive health anxiety — with score more than 44.

Results. Patients were divided into 5 groups: with low health anxiety ($n=19$), with borderline health anxiety ($n=14$), with high health anxiety ($n=15$), with lowering score ($n=3$) and with increasing score ($n=3$). Increased health anxiety was associated with bigger stroke volume, executive dysfunction, with larger number of habitual anxiety reactions and anxiety-related motor, ideational and vegetative symptoms as well as with uncontrollable hypertension in post-stroke period. Excessive health anxiety didn't relate to increased frequency of generalized anxiety disorder and fear of stroke recurrence.

Conclusion. Although increased health anxiety is understandable psychological reaction to stroke, it has some pathological correlates: with increased habitual anxiety and vegetative lability, bigger lesion volume and executive dysfunction.

Keywords: stroke, anxiety, post-stroke anxiety disorder, health anxiety, executive dysfunction.

Избыточная обеспокоенность состоянием здоровья (health anxiety) наряду с генерализованной тревогой и фобиями чрезвычайно часто встречается у пациентов, перенёсших церебральный инсульт, и, несомненно, влияет на приверженность лечению и вовлечённость в реабилитационные мероприятия. Хотя такая обеспокоенность признана отдельным синдромом [1], в постинсультной популяции она изучена недостаточно. Существенной проблемой в изучении данного состояния остаётся то обстоятельство, что клиницисты замечают лишь полярные формы нарушения отношения к болезни: повышенную тревожность расценивают как ипохондричность, отсутствие видимой обеспокоенности — как гипогнозию [2], в то время как многочисленные переходные формы не диагностируют. В связи с этим для изучения тревоги о состоянии здоровья целесообразно применение количественных методов оценки.

Целью данной работы была количественная оценка уровня обеспокоенностью состоянием здоровья с помощью индекса Уитли (WI — от англ. Whiteley Index), а также изучение взаимосвязи обеспокоенности здоровьем с психическими и соматическими расстройствами.

QUANTITATIVE ASSESSMENT OF ANXIETY
ABOUT THEIR HEALTH IN PATIENTS
WITH FIRST-EVER STROKE

Maria A. Savina

Mental Health Research Centre, 115522, Moscow,
Kashirskoe highway, 34, e-mail maria_savina@mail.ru

Abstract

Excessive health anxiety is frequent post-stroke psychopathological syndrome that remains understudied.

Aim. Quantitative assessment of health anxiety by Whiteley Index as well as its relation to psychiatric and somatic disorders.

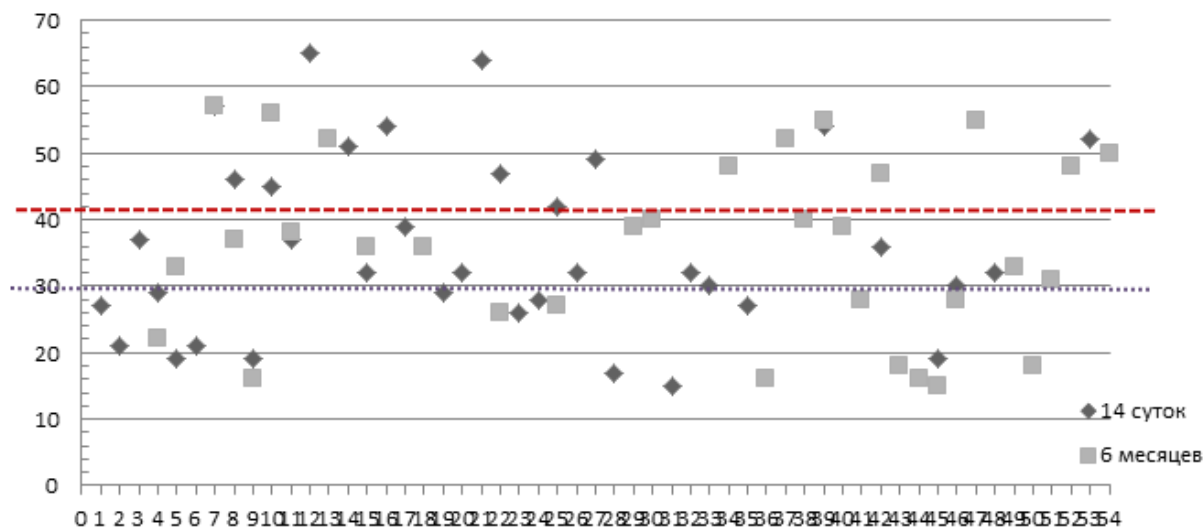


Рис. 1. Показатели индекса Уитли (ось Y) у пациентов (под номерами, ось X) в остром периоде и через 6 мес после инсульта

Исследование представляет собой часть проспективного наблюдения за когортой пациентов с первым церебральным инсультом [3]. Больных обследовали невролог и психиатр в фиксированных точках наблюдения (1–3-и, 7-е, 14-е, 21-е сутки инсульта, через 3, 6 и 12 мес после инсульта).

Диагностика психических расстройств осуществлена по критериям DSM-IV (от англ. Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders — Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам 4-го издания). Тяжесть инсульта оценивали по шкале Национального института здоровья (NIH — от англ. National Institutes of Health), состояние когнитивных функций — при помощи краткой шкалы оценки психического статуса (MMSE — от англ. Mini-Mental State Examination) и теста следования по маршруту (TMT — от англ. trail making test, A, B); в статье приведена доля времени (процент) от возрастной нормы, определённой T.N. Tombaugh [4].

Данные о психических расстройствах в анамнезе регистрировали по стандартному протоколу [5]. Информацию о соматических заболеваниях получали из истории болезни. При катамнестическом обследовании с помощью полуструктурированного интервью фиксировали жалобы пациента.

На 14-е сутки и через полгода после инсульта больные заполняли опросник для вычисления WI (валидность этого инструмента в отношении беспокойности здоровьем подтверждена рядом исследований [6]). Общее число заполнивших — 53 человека (средний возраст $60,2 \pm 11,8$ года, 37% женщин). 35 пациентов заполнили опросник в первой точке, во второй — 32 пациента, при этом в обеих точках индекс был заполнен 14 больными. Пограничный уровень беспокойности здоровьем диагностировали при $WI=32-44$ балла, высокий — при $WI > 44$ баллов.

Межгрупповые различия оценивали с помощью непараметрических методов — критериев χ^2 и Манна-Уитни.

В первой точке наблюдения низкие значения WI были зафиксированы у 19 (54,2%) больных, пограничные — у 5 (14,3%) пациентов, высокие — у 11 (31,5%) человек. Во второй точке наблюдения низкий показатель WI зарегистрирован у 12 (37,5%) пациентов, средний — у 10 (31,3%), высокий — у 10 (31,3%) больных (рис. 1).

Статистический анализ (критерий Уилкоксона) динамики показателя выявил, что его значение в целом с течением времени не меняется ($p=0,624$). Лишь у 3 пациентов происходило выраженное снижение уровня беспокойности здоровьем, у 3 других — значимое повышение. По этой причине, хотя у ряда больных WI регистрировали лишь в одной точке наблюдения, для дальнейшего представления результатов пациенты были разделены на пять групп:

- 1) с низкой беспокойностью здоровьем (пациенты №1, 2, 4, 6, 9, 19, 23, 24, 28, 31, 33, 35, 36, 41, 43–46, 50, 51);
- 2) с пограничным уровнем беспокойности (№3, 11, 15, 17, 18, 20, 26, 29, 30, 32, 38, 40, 48, 49);
- 3) с высокой беспокойностью здоровьем (№7, 12–14, 16, 21, 27, 34, 37, 39, 47, 52–54);
- 4) со снижающейся беспокойностью (8, 22, 25);
- 5) с возрастающей беспокойностью (№5, 10, 42).

Демографические характеристики пациентов этих групп и особенности инсульта приведены в табл. 1.

Как видно из табл. 1, не обнаружено достоверных межгрупповых различий по возрасту, полу, семейному и рабочему статусу, хотя отмечено некоторое преобладание работающих мужчин в группах с пограничной, высокой и снижающейся беспокойностью состоянием здоровья.

При анализе параметров инсульта в разных группах было выявлено, что у пациентов с пограничным и высоким уровнем беспокойности инсульт чаще имел полушарную локализацию (при высоком WI чаще поражено левое полушарие), в этих же группах очаг инсульта был более крупным. Пограничная и высокая

Таблица 1

Демографические показатели и характеристики инсульта в группах с разным уровнем обеспокоенности здоровьем

Показатель	Низкий WI, n=20	Пограничный WI, n=14	Высокий WI, n=14	Снижающийся WI, n=3	Возрастающий WI, n=3
Демографические характеристики					
Возраст, годы	60,53	57,36	61,21	61,67	66,33
Доля мужчин, %	47,4	64,3	80,0	100,0	33,3
Семейный статус:					
– в браке	84,2	57,1	86,7	66,7	66,7
– вдовец/вдова	10,5	21,4	13,3	33,0	0
– в разводе	5,3	21,4	0,0	0,0	33,3
Рабочий статус:					
– работал/а	68,4	71,4	46,7	100,0	33,3
– пенсия по возрасту	15,8	14,3	40,0	0,0	67,7
– пенсия по инвалидности	15,8	14,3	13,3	0,0	0,0
Параметры инсульта и тяжесть исходного неврологического дефицита и когнитивного снижения					
Тип инсульта:					
– ишемический	89,5	84,6	100,0	100,0	100,0
– ишемический с геморрагической трансформацией	0,0	15,4	0,0	0,0	0,0
– геморрагический	10,5	0,0	0,0	0,0	0,0
Локализация:					
– левое полушарие	26,3	42,9	53,3	0,0	66,7
– правое полушарие	31,6	42,9	26,7	0,0	0,0
– ствол и мозжечок	42,1	14,3	20,0	100,0	33,3
Объём очага инсульта:					
– малый (до 1 см)	82,4	41,7	50,0	0	50,0 ¹
– средний (от 1–3 см)	11,8	16,7	16,7	100,0 ¹	50,0
– большой (более 3 см)	5,9	41,7	33,3	0	0,0
Балл NIH	5,40	8,71	7,13	6,67	7,0
Балл MMSE	28,75	29,14	27,77	29,33	30,0
ТМТ В	152	205	244*	122 (†)	126

Примечание: достоверные различия между группами по критерию χ^2 выделены тёмно-серым цветом, различия пограничной достоверности — светло-серым; сносками отмечены достоверные отличия по критерию Манна–Уитни; ¹у 1 пациента этой группы очаг не визуализировался при КТ; *достоверные отличия от группы с низким WI, $p < 0,05$; (†) отличия от группы с высоким WI пограничной достоверности, $p < 0,1$.

обеспокоенность состоянием здоровья была связана с худшим состоянием исполнительных функций (ТМТ В) в остром периоде инсульта (группа с высоким WI достоверно отличается от группы с низким WI).

Данные о психических и соматических заболеваниях, а также основных проблемах (жалобах) пациентов в постинсультном периоде приведены в табл. 2.

Как видно из табл. 2, пограничный и высокий уровни обеспокоенности здоровьем не связаны с повышенной частотой генерализованного тревожного расстройства, инсультофобией и депрессиями в остром периоде инсульта. Однако можно отметить, что у пациентов с высоким WI депрессии чаще сохраняются ко второй точке наблюдения (межгрупповые различия имеют пограничный уровень достоверности).

Анализ психических расстройств в доинсультном периоде показал, что пациенты с высоким уровнем обеспокоенности состоянием здоровья (и в меньшей степени больные с пограничным уровнем обеспокоенности) отличаются большим количеством привычных тревожных реакций и моторных, вегетативных и

идеаторных симптомов в их структуре. Хотя частота депрессий в анамнезе в группе с высокой обеспокоенностью здоровьем выше, чем в других группах, различие не достигает статистической значимости.

Анализ сопутствующих соматических расстройств показал, что у пациентов с высоким WI в половине случаев встречается хроническая сердечная недостаточность (различие пограничной степени достоверности). При анализе проблем постинсультного периода было выявлено, что в этой же группе артериальная гипертензия достоверно чаще имеет неконтролируемое течение, несколько чаще присутствует снижение опорной функции ноги (пограничная достоверность).

Высокий уровень обеспокоенности здоровьем — во многом нормальная, психологически понятная реакция на инсульт и проблемы постинсультного периода, это доказывает связь высоких показателей по WI с наличием соматических заболеваний и отсутствие связи с генерализованным тревожным расстройством и ипохондрическими фобиями (в рамках данной статьи приведены данные об инсультофобии).

КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА ТРЕВОГИ О ЗДОРОВЬЕ У ПАЦИЕНТОВ,
ПЕРЕНЁСШИХ ПЕРВЫЙ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ИНСУЛЬТ

Таблица 2

Данные о психических и соматических заболеваниях в группах с разным уровнем обеспокоенности здоровьем

Показатель	Низкий WI, n=20	Пограничный WI, n=14	Высокий WI, n=14	Снижающийся WI, n=3	Возрастающий WI, n=3
Постинсультная аффективная патология					
Балл по Шкале депрессии Гамильтона, 14-е сутки, баллы	2,90	4,11	3,89	4,33	0,50
Депрессии, острый период, %	21,1	35,7	46,7	33,3	0,0
Депрессии, 6 мес, %	5,3	21,4	40,0	0,0	33,3
Генерализованное тревожное расстройство, острый период, %	42,1	42,9	40,0	66,7	0,0
Генерализованное тревожное расстройство, 6 мес, %	5,6	21,4	20,0	0,0	33,3
Постинсультная инсультофобия	33,3	14,3	33,3	0,0	0,0
Аффективные нарушения в анамнезе					
Депрессии, %	26,3	35,7	46,7	0,0	100,0
Алкоголизм, %	15,8	0,0	26,7	0,0	0,0
Число привычных тревожных реакций	7,63	9,25	11,21 (*)	5,16	7,50
Число моторных симптомов	1,50	1,89 (†)	3,50*	1,17	2,50
Число вегетативных симптомов	5,44	5,57†	9,54*	3,17 (†)	13,0*
Число идеаторных симптомов	1,77	1,92	2,96*	1,77	4,0 (*)
Инсультофобия до инсульта, %	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Частота различных соматических расстройств					
Стенокардия напряжения, %	14,3	12,5	37,5	0,0	0,0
Мерцательная аритмия, %	14,3	22,2	37,5	0,0	0,0
Хроническая сердечная недостаточность, %	14,3	0,0	50,0	0,0	0,0
Постинфарктный кардиосклероз, %	0,0	0,0	0,0	33,3	0,0
Хронический пиелонефрит, %	14,3	11,1	0,0	0,0	0,0
Хронический бронхит, %	14,3	0,0	0,0	0,0	33,3
Хроническая дыхательная недостаточность, %	14,3	0,0	0,0	0,0	0,0
Сахарный диабет, %	14,3	0,0	0,0	0,0	0,0
Ожирение, %	8,3	30,0	20,0	0,0	0,0
Гипотиреоз, %	0,0	22,2	0,0	0,0	0,0
Окклюзия одной из внутренних сонных артерий, %	0,0	11,1	12,5	0,0	0,0
Жалобы больных в постинсультном периоде					
Головокружение, %	47,4	28,6	20,0	0	33,3
Шум в ушах, %	10,5	21,4	13,3	33,3	0,0
Неконтролируемая артериальная гипертензия, %	10,5	0,0	40,0	0,0	0,0
Головная боль, %	26,3	35,7	33,3	66,7	0,0
Нарушение опорной функции ноги, %	5,3	4,3	40,0	0,0	33,3
Шаткость при ходьбе, %	5,3	7,1	13,3	0,0	33,3
Жалобы на когнитивные нарушения, %	21,1	28,6	26,7	0,0	33,3
Быстрая утомляемость, %	31,6	42,9	60,0	33,3	33,3

Примечание: достоверные различия между группами по критерию χ^2 выделены тёмно-серым цветом, различия пограничной достоверности — светло-серым; сносками отмечены достоверные отличия по критерию Манна–Уитни; *достоверные отличия от группы с низким WI, $p < 0,05$; (*) отличия от группы с низким WI пограничной достоверности, $p < 0,1$; †достоверные отличия от группы с высоким WI, $p < 0,05$; (†) отличия от группы с высоким WI пограничной достоверности, $p < 0,1$.

Однако у высокой обеспокоенности здоровьем есть несколько патологических составляющих. Во-первых, она связана с конституциональной тревожностью и повышенной вегетативной лабильностью. Во-вторых, высокая обеспокоенность ассоциирована с затяжными депрессивными расстройствами в постинсультном периоде, а также с более крупным размером очага и наличием нарушения исполнительных функций. Возможно, взаимосвязь с депрессией обусловлена тем, что депрессии препятствуют обратному развитию тревоги о здоровье (или наоборот). Однако представляется вероятным, что и депрессия, и обеспокоенность здоровьем связаны прежде всего с органическими факторами (большим очагом и когнитивными нарушениями). Возможно, что при повышенной тревоге о здоровье когнитивная дисфункция может препятствовать применению стратегий самоуспокоения и получению психологической помощи от окружающих, как, вероятно, это происходит при депрессии (Савина М.А., 2016).

Ограничение этого исследования — небольшое количество больных и малая доля случаев, в которых оценки показателей были повторными. В последующих исследованиях следует сопоставить психометрические оценки с психопатологическим исследованием тревоги.

ВЫВОДЫ

1. Повышенная обеспокоенность состоянием здоровья связана с текущими соматическими заболеваниями и не ассоциирована с другими тревожными расстройствами (генерализованной тревогой и фобиями).

2. В то же время избыточную обеспокоенность здоровьем нельзя в полной мере считать нормальной

реакцией на инсульт, поскольку есть взаимосвязь повышенной обеспокоенности с нарушением исполнительных функций, более крупным очагом инсульта и затяжными депрессиями.

ЛИТЕРАТУРА

1. Murphy K.M., McGuire A.P., Erickson T.M., Mezulis A.H. Somatic symptoms mediate the relationship between health anxiety and health-related quality of life over eight weeks stress health. *Stress Health*. 2017; 33 (3): 244–252. DOI: 10.1002/smi.2694.
2. Савина М.А. *Постинсультные депрессии*. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М.: Научный центр психического здоровья РАМН. 2006; 23 с. [Savina M.A. *Post-stroke depression*. Avtoreferat dissertatsii na soiskanie uchenoy stepeni kandidata meditsinskikh nauk. M.: Nauchnyy tsentr psikhicheskogo zdorov'ya RAMN. 2006; 23 p.]
3. Савина М.А. *Постинсультные психические нарушения: клинко-статистические, клинические, клинко-патогенетические, прогностические аспекты*. Дисс. ... докт. мед. наук. М. 2016; 420 с. [Savina M.A. *Post-stroke psychic disorders: clinic-statistical, clinical, clinico-pathogenetic, prognostic aspects*. Dissertatsiya na soiskanie uchenoy stepeni doktora meditsinskikh nauk. M. 2016; 420 p.]
4. Tombaugh T.N. Trail Making Test A and B: Normative data stratified by age and education. *Arch. Clin. Neuropsychol*. 2004; 19: 203–214. DOI: 10.1016/S0887-6177(03)00039-8.
5. Савина М.А., Серпуховитина И.А. Повышение риска малых постинсультных депрессий при поражении подкорковых структур правого полушария. *Психич. здоровье*. 2019; (11) (в печати). [Savina M.A., Serpukhovitina I.A. Lesion in right subcortical nuclei increases the risk of minor post-stroke depression. *Psikhicheskoe zdorov'ye*. 2019; (11) (in press). (In Russ.)]
6. Hedman E., Ljótsson B., Andersson E. et al. Psychometric properties of Internet-administered measures of health anxiety: an investigation of the Health Anxiety Inventory, the Illness Attitude Scales, and the Whiteley Index. *J. Anxiety Disord*. 2015; 31: 32–37. DOI: 10.1016/j.janxdis.2015.01.008.

Поступила 14.10.2019; принята в печать 22.10.2019.