

## ДЕМЕНЦИИ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА КАК АКТУАЛЬНАЯ ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

А. П. Сиденкова

*Уральская государственная медицинская академия*

Несмотря на высокую научную активность в отношении многостороннего изучения деменций позднего возраста, сохраняется низкий диагностический уровень и недостаточная обеспеченность специализированной психиатрической помощью лиц пожилого и старческого возраста, страдающих деменцией, что подтвердили эпидемиологические исследования ГУ НЦПЗ РАМН (3).

Отсутствие должного объема медицинской и психосоциальной помощи на фоне прогрессивного ухудшения социального функционирования больного с деменцией увеличивает бремя болезни на близкое окружение заболевшего (4). Расширяется медико-социальное значение психического расстройства пожилого человека, оно становится мощным пролонгированным патогенным фактором, дезадаптирующим ухаживающего (5). Между тем, по данным британских геронтопсихиатров (9, 10), группа лиц, осуществляющих уход за дементными пациентами, в большинстве случаев представлена людьми пожилого возраста. У большей части ухаживающих исследователи обнаружили признаки эмоционального дистресса, хронические проблемы с соматическим здоровьем. В литературе достаточно подробно освещены аспекты социоэкономического бремени деменции (2, 3, 8, 11, 12). При этом недостаточно изучен вопрос о влиянии дементирующего процесса на психологическое и психическое состояния ухаживающих.

Изучение качества жизни психически больных играет важную роль в геронтопсихиатрической практике, так как в пожилом возрасте субъективная оценка состояния своего здоровья (физического, психического и социального) оказывает особое, неоднозначное влияние на механизмы патогенеза психических расстройств (1, 6, 7).

Однако в современной геронтопсихиатрии не получили достаточного освещения все аспекты проблемы качества жизни пожилых психически больных и лиц, осуществляющих уход за ними. Не в полной мере изучены вопросы влияния различных клиничко-анамнестических, клиничко-психопатологических и социально-семейных факторов на различные сферы жизнедеятельности лиц данных групп.

Из таких влияний складывается субъективное восприятие ими состояния своего физического, психического и социального благополучия и вытекающие из этого особенности терапевтической тактики в старшей возрастной группе как в отношении пациентов с деменцией, так и опекающих их лиц.

Высокий уровень распространенности когнитивных расстройств в старших возрастных группах, низкая обеспеченность пожилых лиц психиатрической помощью актуализируют изучение патогенного влияния комплекса биологических, социальных, психологических факторов, обусловленных деменцией на функциональное состояние больного и его микросоциальное окружение. Целью исследования является изучение динамического влияния клинических и психосоциальных аспектов деменции на психическое состояние и качество психосоциального функционирования самих пациентов и уровня социально-трудовой адаптации родственников, осуществляющих уход за больными.

### Материалы и методы исследования

С 2003 года в Свердловской области проводится открытое выборочное обсервационное исследование семей лиц старшего возраста с когнитивным снижением и коморбидными с ним другими психопатологическими расстройствами.

Основными методами исследования являются клиничко-психопатологический, клиничко-динамический, психологический, психометрический, социометрический, статистический. Основные инструменты исследования: «Карта стандартизированного описания лица с когнитивными нарушениями», разработанная в соответствии с задачами исследования, включающая общие анамнестические, структурно-динамические сведения о болезни (на основе стандартизированных шкал MMSE, GDS, NPI-X), оценку уровня функционирования (шкала BRISTOL ADL), эффективность терапии в динамике; «Карта стандартизированного описания лица, осуществляющего уход», включающая общие анамнестические сведения, социально-динамические показатели, уровень ежедневного стресса (в динамике), нагрузку каждого психопатологического феномена на ухажива-

### Группы исследования

| Вариант деменции                                     | Количество больных | Средний возраст | Средний балл MMSE | Средний балл GDS |
|------------------------------------------------------|--------------------|-----------------|-------------------|------------------|
| Деменция альцгеймеровского типа пресенильный вариант | 8,6% (6 ч.)        | 65,83±2,42      | 15,33±0,78        | 5,67±0,44        |
| Деменция альцгеймеровского типа сенильный вариант    | 35,7% (25 ч.)      | 82,32±4,45      | 12,36±4,36        | 6,32±0,6         |
| Постинсультная сосудистая деменция                   | 30% (21 ч.)        | 77,43±2,99      | 14,19±2,56        | 5,81±0,46        |
| Деменция с тельцами Леви                             | 8,6% (6 ч.)        | 73,33±1,44      | 14,0±2,33         | 6,0±0,33         |
| Комбинированная деменция                             | 17,1% (12 ч.)      | 75,58±5,18      | 13,25±2,58        | 6,25±0,83        |

вающего (на основе NPI-X), оценку психического состояния (по критериям МКБ-10), оценку качества жизни (опросник ВОЗЖ-100).

Статистическая обработка полученного материала проводилась с использованием статистической компьютерной программы SPSS, с помощью которой рассчитывались уравнения регрессии (стандартизованный коэффициент регрессии  $\beta$  от +1 до -1) и корреляции (коэффициент корреляции  $\lambda$  от 0 до 1). В группу исследования включено 70 семей, в составе которых имеются лица старших возрастных групп (согласно возрастной периодизации ВОЗ, 1963). Средний возраст больных составил 76,37±5,75 лет, из них 67,1% (47 чел.) женщины. Распределение больных по нозологической принадлежности представлено в таблице.

### Результаты исследования

Клинико-психопатологический анализ состояния пациентов показал, что в наибольшей степени на уровень социально-бытового функционирования (46,2±0,3 баллов по шкале BRISTOL ADL), снижая его, влияет наличие в структуре синдрома слабоумия явлений аберрантного поведения ( $\lambda=0,437$ ), тревоги ( $\lambda=0,612$ ), ажитации ( $\lambda=0,589$ ), вне зависимости от нозологической принадлежности деменции. При галлюцинаторно-параноидном варианте слабоумия, несмотря на признаки умеренно-выраженной деменции (16,7 баллов по MMSE), уровень функционирования больных составил 25,2±1,4 балла по шкале BRISTOL ADL, что свидетельствует о сохранной способности к отдельным проявлениям социально-бытовой активности пациентов (самостоятельное выполнение несложных гигиенических навыков, прием пищи, одевание).

В настоящей статье приведена часть исследования, посвященная анализу психосоциальных проблем лиц, осуществляющих уход за больными с деменцией. В группе исследования наиболее близкими помощниками для пациентов были родственники (дочери, сыновья, племянницы, сестры), супруги.

*Социально-демографическая характеристика ухаживающих лиц.* Данные исследования показывают, что в большинстве случаев за пациентом, страдающим деменцией, ухаживает пожилой человек, являющийся пенсионером по возрасту или инвалидом. Средний возраст лиц, ухаживающих за нашими пациентами, составил 63,4±4,3 года. Большая

часть из них женщины (78%). В 61% случаев уход за больными осуществляли их дети, средний возраст которых составил 57,3±2,1 лет. В 23% случаев за пациентами со слабоумием ухаживали супруги, достигшие среднего возраста 77,1±3,5 лет. 16% ухаживающих составили другие родственники. Средняя продолжительность ухода на момент включения в исследование составила 5,1±3,2 лет.

Среди ухаживающих пенсионеры по возрасту составили 44,3% (31 чел.), пенсионеры по инвалидности по причине различных соматических заболеваний 10,0% (7 чел.). Лица трудоспособного возраста в 24,3% случаев (от общего числа ухаживающих) сохранили прежний социально-трудовой статус, продолжали, несмотря на совместное проживание с больным и все тяготы ухода за ним, заниматься квалифицированным трудом. Среди ухаживающих трудоспособного возраста 47% лиц занимались низкоквалифицированным трудом или не работали. В категорию неквалифицированный труд мы включили и тех, кто был занят неполный рабочий день, что было обусловлено необходимостью находиться рядом с больным и помогать ему. В группу не работающих вошли женщины, вынужденные оставить трудовую деятельность по тем же причинам. По мере увеличения стажа ухода за дементными больными у все большего числа их родственников снижался уровень трудового статуса (рис. 1).

По мере прогрессирования ослабляющего процесса у больного члена семьи менялось качество жизни близких людей пациента. Качество жизни рассматривалось как многомерная, сложная структура, включающая восприятие индивидом своего физического и психологического состояния, сво-

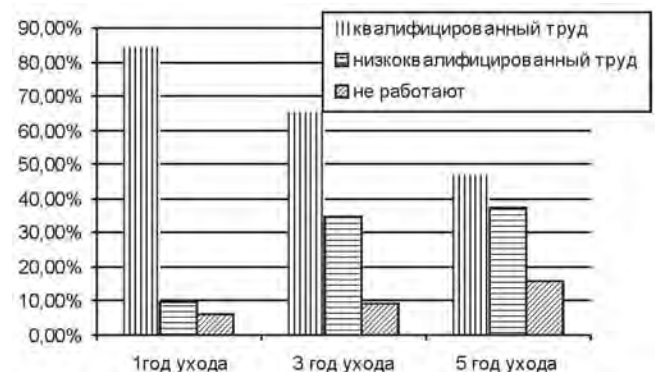


Рис. 1. Динамика социально-трудового статуса родственников больного деменцией

его уровня независимости, своих взаимоотношений с другими людьми и личных убеждений, а также своего отношения к значимым характеристикам окружающей его среды. Это соответствовало определению ВОЗ: качество жизни есть восприятие индивидами их положения в жизни в контексте культуры и систем ценностей, в которых они живут, и в соответствии с их собственными целями, ожиданиями, стандартами и заботами. С помощью опросника ВОЗКЖ-100 анализировалась субъективная оценка респондентами их здоровья и жизненных условий, осуществлялась оценка шести крупных сфер качества жизни: физические и психологические функции, уровень независимости и социальные отношения, окружающая среда и духовная сфера, измерялось восприятие респондентом своего качества жизни и здоровья в целом.

В рамках физического функционирования жизнь ухаживающего ухудшалась из-за проблем, вызываемых физической болью либо физическим дискомфортом, усталостью и недостатком энергии и сил, а также невозможностью в достаточной мере восстановиться и отдохнуть с помощью сна. Трудности в психологической сфере, отрицательно влиявшие на жизненное благополучие, проистекали из недостатка положительных или избытка отрицательных эмоций, из-за снижения самооценки или беспокойства. Социальное функционирование включало в себя близкие личные взаимоотношения индивида, возможность оказывать поддержку другим людям и получать поддержку от них. Сфера «Окружающая среда» включала внешние (материальные и иные) условия жизни индивида, в ее состав входили личная свобода, физическая безопасность и чувство защищенности в тех жизненных условиях, в которых участник исследования находился на период исследования. Другими важными субсферами «Окружающей среды» являлись жилищные условия респондента, степень его обеспеченности, наличие возможностей для получения качественной медицинской или социальной помощи, для приобретения новой информации и навыков, для отдыха, релаксации и проведения свободного времени.

В соответствии с задачами исследования проведена оценка влияния каждого из структурных болезненных феноменов на качество жизни ухаживающего лица (рис. 2).

На рис. 2 приведены данные графического анализа, показывающего психопатологические феномены, включенные в структуру синдрома деменции, оказывающие наибольшее влияние на показатели качества жизни ухаживающего лица. Так, наличие гипотимии умеренной степени выраженности у дементного больного в виде подавленности, сниженного настроения, слезливости, жалоб на упадок сил, высказываний депрессивного характера нерезко снизило показатели качества жизни, при этом социальная активность, показатели физического самочувствия, удовлетворенность собственным эмоциональным состоянием ухаживающих существенно

не изменились. Наиболее выраженное депримирующее влияние на показатели качества психического и социального функционирования ухаживающих оказало присутствие в структуре синдрома слабоумия таких психопатологических феноменов как тревога, психотическая симптоматика, абберрантная активность, нарушенное ночное поведение. Влияние вышеназванных феноменов оказалось достоверно ( $p < 0,01$ ) более выражено влияния гипотимии. Тревожные паттерны, выявленные у дементных больных, в виде потребности в удержании ухаживающего лица в поле зрения, ажитации, тревожной взбудораженности, возникающей в одиночестве, расценивались ухаживающими как чрезмерная эмоциональная нагрузка. Наличие патологической двигательной активности в форме бесцельного многочасового хождения, стереотипной (повторяющейся) деятельности определяло необходимость осуществлять постоянный контроль за больным. Абберрантное поведение в сочетании с нарушенным циркадным ритмом в форме вечерней и ночной псевдоактивности, симптома «закатного солнца» приводило к достоверному снижению качества физического функционирования ( $p < 0,05$ ) ухаживающих и коррелировало ( $\lambda = 0,731$ ) с выраженностью у них явлений психосоциальной дезадаптации. Из показателей качества жизни ухаживающих за больными с галлюцинаторно-параноидным вариантом слабоумия наиболее уязвимыми оказались параметры психического, социального функционирования, оценка удовлетворенности окружающей средой, что, как и в случае абберрантного поведения, определялось необходимостью осуществлять постоянный контроль над деятельностью пациента и усугублялось при сочетании в психическом статусе пациента психопродуктивных расстройств с агрессией.

Оценка качества жизни, осуществленная в настоящем исследовании, дополнялась анализом состояния психического здоровья лиц, осуществляющих уход за больными. Ухаживающий родственник, сохранивший в интеллектуальном отношении, оказывался в ситуации пролонгированной на многие месяцы



Рис. 2. Влияние психопатологических симптомов деменции на качество жизни ухаживающих



психической травмы, содержанием которой является целый комплекс специфических внешних обстоятельств и внутренних переживаний, связанных с прогрессирующей потерей интеллекта больным. У 87,1% (61 чел.) ухаживающих были обнаружены признаки эмоционального дистресса, представленные в форме дистимических и невротических нарушений. У 45,7% (32 чел.) ухаживающих выявилось специфическое психическое расстройство невротического уровня, развившееся в ответ на информацию о выявлении деменции у их близкого, в литературе такие феномены встречаются под названием реакций «преждевременного траура» или «упреждающего вдовства» (2), эти лица перенесли выраженное, но непродолжительное (на протяжении нескольких дней) психическое расстройство, ретроспективно расцененное нами, как острая реакция на стресс. В роли мощного стрессирующего травматического события выступала информация о диагностике деменции у супруга/и, что однозначно интерпретировалось исследуемым как смерть личности заболевшего. Для некоторых из них, психотравмой оказалась информация о диагнозе, для других – столкновение с поведенческими расстройствами и выраженной интеллектуальной несостоятельностью больного. Психологическое значение данного расстройства специфично, поскольку это не что иное, как реакция горя на потерю близкого человека, которая опережает, упреждает его физическую кончину. На момент проведения настоящего исследования психологическое состояние ухаживающих характеризовалось нарастающим эмоциональным истощением, снижением синтонности, душевной близости и вовлеченности в проблемы больного, отстраненностью от реальности, все большей ориентированностью на формальные режимные моменты по уходу. У этих ухаживающих развивалось чувство одиночества, эмоциональной опустошенности, безразличия к будущему как собственному, так и к будущему больного. В их высказываниях звучал мотив безысход-

ности, ожидания смерти пациента, которая рассматривалась как избавление от многолетних тягот и страданий всей семьи, связанных с болезнью. Наибольшее стрессовое значение для этих ухаживающих имели не проявления собственно слабоумия, а нарушения социального функционирования больных, их разрушительное поведение и нарастающие признаки регресса личности.

Выявлено наличие корреляционных связей между формированием состояния «упреждающего вдовства» и продолжительностью потребности в уходе ( $\lambda < 1,0$ ).

### Обсуждение

Таким образом, результаты исследования подтверждают, что деменция позднего возраста, являющаяся тяжелым психическим расстройством, которое представляет собой актуальную медико-психосоциальную проблему, вовлекающую окружение пациента, и выступает как мощный фактор психосоциальной и трудовой дезадаптации для лиц, осуществляющих длительный уход за больными. Выявлено, что для ухаживающих дистресс при деменции связан со следующими аспектами ситуации оказания помощи:

- 1) бременем ежедневного практического ухода за пожилым человеком, в том числе обеспечения его личной гигиены (уровень функционирования оценивался по шкале BRISTOL ADL). Статистически достоверное влияние уровня функционирования дементного больного на уровень повседневного стресса ухаживающего подтверждено результатами корреляционного анализа ( $\lambda < 1,0$ );
- 2) выраженностью поведенческих, аффективных нарушений, расстройств сна у больного деменцией;
- 3) утратой близких доверительных отношений в результате углубления деменции;
- 4) изменением микросоциальных отношений, социально-трудового статуса ухаживающего.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Авербух Е.С. Расстройства психической деятельности в позднем возрасте. – Л.: Медицина, 1969.
2. Гаврилова С.И. Фармакотерапия болезни Альцгеймера. – М.: Изд-во «Пулс», 2003.
3. Калын Я.Б. Психическое здоровье населения пожилого и старческого возраста (клинико-эпидемиологическое исследование). Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. – 1999.
4. Хойфт Г., Крузе А., Радебольд Г. Геронтопсихосоматика и возрастная психотерапия. – М.: Изд-во «Академия», 2003.
5. Черносивов Е.В. Социальная медицина. – М.: Изд-во «Академический проект», 2003.
6. Штернберг Э.Я. Клиника деменций пресенильного возраста. – М.: Медицина, 1967.
7. Arie T. Day care in geriatric psychiatry // Gerontologia Clinica. – 1975. – Vol. 17. – P. 31–39.
8. Hux M.J. Allgemeine Psychopathologie. – Berlin, 1998.
9. Jacoby R. Psychiatry in the elderly. – Oxford: Oxford University Press, 1997.
10. Levin E., Sinclair I., Gobach P. Families, services and confusion in old age. – London: HMSO, 1989.
11. Lowin A. Mental disorders in later life. – London, 2001.
12. Sinclair I., Parker R., Leat D., Williams J. The kaleidoscope of care: a review of research on welfare provision for elderly people. – London: HMSO, 1990.

## DEMENTIA IN OLD AGE AS AN IMPORTANT PSYCHOSOCIAL PROBLEM

A. P. Sidenkova

Objective: investigation of continuous influence of clinical and psychosocial dementia aspects on mental condition and quality of functioning of patients, and the level of social and labour adjustment of care providers. Methods: clinical-dynamic, psychometric, sociometric and statistical ones.

Results of the investigation show that old-age dementia is a severe mental disorder and an important medico-social problem, which happens to be a powerful negative psychosocial factor and causes labour maladjustment in persons providing long-term care for demented persons at home.