

УДК 616.89-008.442:008.454-055.2

Д-р мед. наук, доц. Л. О. ГЕРАСИМЕНКО

ПСИХОСОЦІАЛЬНА ДЕЗАДАПТАЦІЯ ОСІБ, ЯКІ ДОГЛЯДАЮТЬ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХВОРОБОЮ АЛЬЦГЕЙМЕРА

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», Полтава

Вивчено психосоціальну дезадаптацію з урахуванням індивідуально-психологічних та клініко-психопатологічних особливостей доглядачів пацієнтів із хворобою Альцгеймера. Визначено сімейний і змішаний типи соціальної дезадаптації. Основними елементами сімейної дезадаптації у доглядачів були дратівливість, незадоволення психологічним кліматом у сім'ї, стосунками із чоловіком та дітьми. Отримані дані можуть бути використані для побудови ефективної системи психотерапевтичної корекції проявів психосоціальної дезадаптації у даного контингенту.

Ключові слова: хвороба Альцгеймера, доглядачі, психосоціальна дезадаптація.

Хвороба Альцгеймера негативно впливає не лише на пацієнта, але й на всю його родину [1, 2]. В Україні значна кількість таких хворих отримує терапію у домашніх умовах, а догляд за ними здійснюють родичі (доглядачі). Тягар опіки за хворим у повному обсязі лягає на сім'ю через недостатню розвиненість у нашій країні профільних служб, що забезпечують амбулаторний догляд [3]. Догляд за тяжкохворими родичами — це не лише виснажлива життєва ситуація, а й постійне нагадування про можливість власної смерті чи хвороби [4].

Із прогресуванням хвороби необхідність у цілодобовому догляді хворого зростає, що спричиняє постійне емоційне напруження та виснаження доглядачів, порушення у них адаптаційних механізмів

на рівні організму та особистості [5]. При соціальній дезадаптації йдеться про порушення процесу соціального розвитку індивіда, коли є порушення як функціонального, так і змістовного боку соціалізації. По суті мається на увазі соціальна недостатність людини, її нездатність виконувати звичайну для власного статусу роль у суспільстві через обмеження функціональності. Це може спричинити втрату здатності до самостійного існування, встановлення соціальних зв'язків, залежність від допомоги інших осіб, порушення професійної діяльності [6, 7]. Якщо перебування в такому стані затягується на тривалий час, то виникає ризик емоційного виснаження: дратівливості, зривів, безсоння, психосоматичних захворювань (зокрема,

артеріальної гіпертензії, ішемічної хвороби серця, ожиріння) [8].

Епідеміологічні дані свідчать про значну поширеність хвороби Альцгеймера в Україні. Так, за даними Полтавської обласної клінічної психіатричної лікарні імені О. Ф. Мальцева та Полтавського психоневрологічного диспансеру, захворюваність на цей психічний розлад невинно зростає. У Полтавській області хворобу Альцгеймера діагностовано в 2014 р. у 55 осіб, у 2015 р. — у 75, у 2016 р. — у 77. Середній вік хворих становить $72,0 \pm 9,4$ року. Із них 37,4% страждають на хворобу Альцгеймера з раннім, до 65 років, початком (синоніми: хвороба Альцгеймера 2-го типу, пресенільна деменція за альцгеймерівським типом). Ця форма відповідає класичній формі і в літературі іноді визначається як «чиста» (pure) хвороба Альцгеймера. Захворювання з пізнім, тобто після 65 років, початком (синоніми: хвороба Альцгеймера 1-го типу, сенільна деменція за альцгеймерівським типом) становить 30,6% випадків.

Метою нашого дослідження було вивчення психосоціальної дезадаптації доглядачів пацієнтів із хворобою Альцгеймера з урахуванням їх індивідуально-психологічних та клініко-психопатологічних особливостей.

Проведено комплексне клініко-анамнестичне, клініко-психопатологічне, психодіагностичне та соціологічне обстеження 98 доглядачів пацієнтів із діагнозом хвороба Альцгеймера за МКХ-10. Усі доглядачі надали письмову інформовану згоду на участь у дослідженні. У його процесі ми використовували опитувальник щодо використання ресурсів при деменції (Resource utilisation in dementia (RUD)), DEMQOL (Dementia anality of life) та Шкалу психосоціальної дезадаптації [9–11].

Соціально-демографічний метод (розподіл за гендерними відмінностями, сімейним станом, рівнем освіти, професійною діяльністю, матеріально-побутовими умовами) використовували для аналізу впливу зазначених чинників на формування психологічних особливостей доглядачів. Їх вік варіював від 27 до 68 років включно. Більшість обстежених проживали у місті — 56,8%, у сільській місцевості — 43,2%. За сімейним статусом доглядачі розподілилися таким чином: перший шлюб — 45,6%, повторний шлюб — 33,6%, громадський шлюб — 11,7%, самотні (розлучені, вдови) — 9,1%. Значна частина обстежених мала середню (27,9%) та середню спеціальну (29,3%) освіту, вищу та неповну — 14,9 та 27,9% відповідно. Працюючі становили 10,2%, мали неповний робочий день (від 2 до 4 год) — 39,2%, пенсіонерами були 14,7%, безробітними — 35,9%. Установлено, що за гендерними відмінностями переважну кількість (93%) доглядачів становили жінки, які

доводилися пацієнтам доньками (61%), онучками (19%), сестрами (11%) та сусідками (2%).

У результаті опитування доглядачів пацієнтів, які страждають на хворобу Альцгеймера, сформовано їхні провідні скарги: відчуття горя і скорботи, відчаю та безпорадності, сором за поведінку хворого, дратівливість та напади гніву, почуття провини, самотність, виснажливість, втома, відсутність часу для себе та інших членів родини. Відчуття горя і скорботи, відчаю та безпорадності — доволі розповсюджений психологічний стан членів сім'ї, які дізналися про тяжку невиліковну хворобу свого найближчого родича, що трапляється у 97% випадків. Однак хвороба Альцгеймера переживається близькими пацієнта важче, оскільки поступово втрачається психологічний контакт із рідною людиною.

Більшість родичів дотримуються думки, ніби поступовому руйнуванню розумових здібностей хворого ніяк не зарадиш і потрібно просто змиритися з нещасливою долею. Доглядачі відчувають сором за поведінку хворого, його гнів, за те, що їм важко продовжувати доглядати його (88%). Сором нерідко буквально переслідує родичів пацієнтів, оскільки їм боляче за свою безпорадність перед хворобою, за те, що час від часу з'являються негативні почуття до хворого, соромно перед оточуючими за його незручні вчинки і соромно перед пацієнтом за своє збентеження. Це пов'язано з тим, що доглядачі відчувають себе самотніми і підсвідомо сприймають захворювання близької людини як покарання: «Чому саме ми?», «Чому саме у нас?». Незручність за поведінку хворого перед оточуючими людьми спочатку відчувають практично всі (98%) родичі пацієнтів із хворобою Альцгеймера.

Постійне перебування із хворим робить людину самотньою, оскільки пацієнт вже не є компаньйоном, а інші суспільні контакти втрачаються. У 72% випадків доглядачі перестають підтримувати соціальні контакти та уникають суспільного життя, переважну більшість часу проводять вдома. Самотність особливо гостро відчувається соціально активними людьми, які змушені залишити улюблену роботу і громадську діяльність, щоб доглядати родича. Організація сімейних зустрічей і дружніх вечірок також стає певною проблемою, оскільки хворі погано переносять присутність значної кількості людей.

Із прогресуванням хвороби Альцгеймера доглядачі поступово беруть на себе відповідальність за повсякденні та фінансові обов'язки хворого: сплату комунальних рахунків, домашнє господарство, приготування їжі та ін. У разі відсутності сторонньої допомоги чи допомоги інших членів сім'ї подібне зростання кількості обов'язків

Таблиця 1

Психопатологічні синдроми в осіб, які здійснюють догляд за пацієнтами із хворобою Альцгеймера

Синдроми	Кількість обстежених, n = 98, %±m %
Тривожно-депресивний	21,5±4,9
Астено-депресивний	27,1±4,1
Тривожний	21,2±2,9
Депресивний	18,1±3,7
Астено-агрипнічний	12,1±3,5

у доглядача призводить до постійного стресу та втоми. Від доглядачів часто можна почути стандартні ствердження: «Я розривався між своєю сім'єю і хворими батьками», «Я багато чого не знаю про хвороби моїх батьків», «Я не можу справитися самотужки». Наслідком хронічної втоми, стресу, порушення графіку режиму праці й відпочинку є виникнення симптомів загально-го виснаження нервової системи — дратівливості та нападів гніву.

Роздратування та гнів виникали переважно в осіб, які тривалий час самостійно доглядали пацієнтів із помірним та тяжким ступенями хвороби Альцгеймера. Виникнення цієї симптоматики збігалось зі стадією клінічно виражених проявів хвороби (стадії помірної деменції). Цій групі пацієнтів була доступна лише нескладна хатня праця, коло їхніх інтересів вкрай обмежене, вони потребували постійної підтримки та сторонньої допомоги, зокрема у власній гігієні.

За результатами клініко-психопатологічного обстеження найбільш значущими клінічними ознаками для осіб, які доглядають пацієнтів із хворобою Альцгеймера, були: психічна втомлюваність, зниження працездатності, плаксивість, інсомнія, знижена самооцінка, парестезії, головні болі, запаморочення, коливання артеріального тиску, нудота і блювання, порушення апетиту, диспепсія, зниження лібідо, гіпергідроз, вегетосудинні пароксизми. Виявлені закономірності клініко-психопатологічних особливостей у доглядачів із ознаками психосоціальної дезадаптації були підтверджені результатами синдромального аналізу (табл. 1).

У доглядачів переважали такі симптоми астено-депресивного синдромокомплексу: зниження настрою в 93,3±3,4% випадків; психічна втомлюваність — в 93,3±1,5%; емоційна лабільність — в 82,2±2,4%; тривога — в 75,6±3,9%; занижена самооцінка — в 75,6±4,3%. У 68,9±4,6% доглядачів спостерігалася роздратованість; у 64,4±4,8% — зниження працездатності; у 82,2±3,8% — фізична

втомлюваність; у 68,7±4,3% — зниження рівня концентрації уваги; у 64,4±2,8% — ідеаторна загальмованість; у 60,0±4,9% — інсомнія.

Згідно з даними, отриманими у результаті дослідження стану психосоціальної дезадаптації за Шкалою психосоціальної дезадаптації у 49,09% осіб, які здійснюють догляд за пацієнтами з хворобою Альцгеймера, було визначено її сімейний тип. На змішаний тип соціальної дезадаптації припадало 50,91% випадків. Інформаційна, виробнича чи економічна дезадаптація у чистому вигляді не діагностовані. Основними елементами сімейної дезадаптації у доглядачів були: дратівливість, незадоволення психологічним кліматом у сім'ї, стосунками із чоловіком та дітьми, а також оцінка періоду подружнього життя як «не дуже вдалий» і «дуже невдалий».

Зрив адаптивних механізмів поведінки внаслідок психосоціальної дезадаптації припадав на сферу найбільшого напруження у преморбіді. Саме преморбідна суб'єктивна значущість і «ресурсоємність» сімейної адаптації визначали її ураження через загальне зниження адаптивних можливостей на фоні неврастенічної симптоматики. Значно рідше спостерігалось явище, коли в ситуації «зне-силення» доглядачі робили акцент на збереженні функціональності в інших, пріоритетних для себе сферах, натомість переважно свідомо «капітулюючи» перед вирішенням сімейних проблем

Таблиця 2

Структура виявлених варіантів психосоціальної дезадаптації

Варіант дезадаптації	Ступінь тяжкості						Всього	
	легкий		середній		тяжкий			
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Сімейна	15	28,7	12	37,6	4	28,6	31	31,6
Сексуальна	11	21,1	5	15,6	4	28,6	20	20,4
Економічно-майнова	13	25,0	9	28,1	2	14,3	24	24,5
Виробнича (службова)	9	17,3	4	12,5	2	14,3	15	15,3
Комунікативна	3	5,8	1	3,1	1	7,1	5	5,1
Інформаційна	1	2,1	1	3,1	1	7,1	3	3,1

і таким чином перетворюючи сімейну адаптацію на «добровільну жертву». Важливу роль для перебігу даних процесів відігравали власне допомога інших членів родини, їх підтримка та розуміння. Низька культура сімейних стосунків, відсутність емпатії і толерантності сприяли появі додаткових факторів дисгармонізації спілкування у родині, формуванню у доглядачів відчуттів провини, самотності, безвиході, що врешті-решт підштовхувало до розпаду сім'ї.

Зі свого боку, первинна сімейна дезадаптація теж була найчастішою причиною розвитку дезадаптації в інших сферах діяльності.

Результати структурного аналізу виявлених варіантів психосоціальної дезадаптації узагальнено в табл. 2.

Наведені дані можуть бути використані для побудови ефективної системи подолання проявів психосоціальної дезадаптації в осіб, які здійснюють догляд за пацієнтами з хворобою Альцгеймера.

Вона має включати психокорекційні та психотерапевтичні заходи, раннє прогнозування та профілактику психосоціальної дезадаптації. Отримані знання дають можливість впливати на всі етіопатогенетичні ланки формування психосоціальної дезадаптивної поведінки і відповідно сприяти підвищенню якості діагностичних, терапевтичних та профілактичних заходів.

Список літератури

1. *Гаврилова С. И.* Болезнь Альцгеймера: современные представления о диагностике и терапии / С. И. Гаврилова.— М.: Авторская академия, 2012.— 80 с.
2. Caregiver burden associated with behavioral and psychological symptoms of dementia in elderly people

in the local community / N. Matsumoto, H. Akatsu [et al.] // *Dement. Geriatr. Cogn. Disord.*— 2007.— № 23.— P. 219–224.

3. *Fernandez M.* Behavioural symptoms in patients with Alzheimer's disease and their association with cognitive impairment / M. Fernandez, A. L. Gobartt, M. Balana // *BMC Neurol.*— 2010.— № 10.— P. 235–241.
4. Психіатрія / В. М. Козідубова, В. М. Кузнецова [та ін.].— Харків: Оберіг, 2013.— 1164 с.
5. *Дасько Т. П.* Помощь пациентам с болезнью Альцгеймера и их семьям / Т. П. Дасько, О. П. Иванова // *Медицинская сестра.*— 2000.— № 2.— С. 2–3.
6. *Скрипніков А. М.* Діагностичний процес у психіатрії / А. М. Скрипніков, Л. О. Герасименко, Р. І. Ісаков.— Полтава: АСМІ, 2012.— 128 с.
7. *Дамулин И. В.* Деменция: диагностика, лечение, уход за больными и профилактика / И. В. Дамулин, А. Г. Сонин.— СПб.: Эксмо, 2012.— 320 с.
8. *Чабан О. С.* Популярная психиатрия: ответы на наиболее часто задаваемые вопросы психиатрам / О. С. Чабан.— К.: [Б. и.], 2014.— 152 с.
9. *Dodd K.* Using the DEMQOL to measure quality of life of people with ID and dementia // *J. of Applied Research in Intellectual Disabilities.*— 2010.— № 23.— P. 408–418.
10. *Wimo A.* Resource utilisation in dementia: RUD Lite / A. Wimo, B. Winblad // *Brain Aging.*— 2003.— № 3.— P. 48–59.
11. *Герасименко Л. О.* Психосоціальна дезадаптація при невротичних розладах у жінок (клініко-психопатологічна характеристика, принципи реабілітації та профілактики): дис. на здобуття наукового ступеня д-ра мед. наук; спец. 14.01.16 «Психіатрія» / Л. О. Герасименко.— Полтава, 2016.— 372 с.

ПСИХОСОЦІАЛЬНА ДЕЗАДАПТАЦІЯ ЛИЦ, УХАЖИВАЮЩИХ ЗА ПАЦІЄНТАМИ С БОЛЕЗНЬЮ АЛЬЦГЕЙМЕРА

Л. А. ГЕРАСИМЕНКО

Изучена психосоциальная дезадаптация с учетом индивидуально-психологических и клинико-психопатологических особенностей лиц, ухаживающих за пациентами с болезнью Альцгеймера. Определены семейный и смешанный типы социальной дезадаптации. Основными элементами семейной дезадаптации у лиц, осуществляющих уход за пациентом, были раздражительность, неудовлетворенность психологическим климатом в семье, отношениями с супругом и детьми. Полученные данные могут быть использованы для построения эффективной системы психотерапевтической коррекции проявлений психосоциальной дезадаптации у данного контингента.

Ключевые слова: болезнь Альцгеймера, лица, осуществляющие уход, психосоциальная дезадаптация.

PSYCHOSOCIAL MALADJUSTMENT IN PERSONS CARING FOR PATIENTS WITH ALZHEIMER'S DISEASE

L. O. HERASYMENKO

Psychosocial maladjustment in persons caring for patients with Alzheimer's disease was investigated taking into account their individual psychological and clinical-psychopathological features. Family and mixed types of social maladjustment were distinguished. The main elements of family maladjust-

ment of the care-takers were irritability, frustration psychological climate in the family, relationship with the spouse and children. The obtained data can be used in constructing an effective system of psychotherapeutic correction of the manifestations of psychosocial maladjustment.

Key words: Alzheimer's disease, care-takers, psychosocial maladjustment.

Надійшла 28.11.2016