

ІНДИВІДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЧЛЕНІВ РОДИНИ, ЯКІ ДОГЛЯДАЮТЬ ПАЦІЄНТІВ ІЗ СУДИННОЮ ДЕМЕНЦІЄЮ

Одеський національний медичний університет

Розглянуто індивідуально-психологічні особливості родичів хворих на судинну деменцію. Проаналізовано результати дослідження за показниками астеновегетативного синдрому, психоемоційних та особистісних особливостей, поведінкових копінг-стратегій членів родини хворого. Отримані дані можуть бути використані для розробки шляхів психокорекції клініко-психологічної дезадаптації родичів хворих на судинну деменцію.

Ключові слова: індивідуально-психологічні особливості, родичі хворих на судинну деменцію, психодіагностичні обстеження, особистісні особливості, якість життя.

Деменція є однією з найактуальніших проблем сучасної неврології і психіатрії. Важливість даної проблеми обумовлена кількома факторами, зокрема, значним зростанням кількості осіб похилого та старечого віку, серед яких поширеність деменції велика [1]. Деменція — це порушення когнітивних функцій, які спричиняють дезадаптацію пацієнта в повсякденному житті, що призводить до істотного зниження його якості. Смертність серед пацієнтів із деменцією достовірно вища, ніж середньостатистичний показник серед осіб похилого віку. Важливо підкреслити, що соціально-економічний та емоційний тягар деменції лягає не тільки на самих пацієнтів, але й на їхніх родичів, найближче і більш віддалене оточення та на все суспільство в цілому [2].

В Україні основне навантаження догляду за хворим лягає на його родичів. Погіршення стану хворого призводить до погіршення психічного стану того, хто його доглядає, а в подальшому — до появи або загострення у нього хронічних соматичних захворювань [3, 4]. Проте проблема дезадаптації та загального психологічного стану родичів дементних хворих є недостатньо дослідженою [5, 6]. Більшість літературних джерел містить загальні рекомендації і результати поодиноких досліджень, без розробки науково обґрунтованих програм психологічної підтримки родичів таких хворих [7–9].

Мета нашого дослідження — визначити індивідуально-психологічні особливості членів родини, які здійснюють догляд за пацієнтами із судинною деменцією (СД).

Упродовж 2014–2015 рр. на базі КЗ «Одеський обласний медичний центр психічного здоров'я» було обстежено 179 пацієнтів із СД. Дослідження проводилось із дотриманням принципів медичної етики та деонтології.

На першому етапі з урахуванням критеріїв включення-виключення було сформовано дві групи пацієнтів зі СД (Г1 (п) та Г2 (п)). Розподіл здійснювався за рівнем розвитку когнітивних функцій хворих та ступенем їх загальної дисфункції, який визначався за даними клінічних спостережень, а також за допомогою психодіагностичних методик. Так, до Г1 (п) увійшли 76 хворих із легким ступенем когнітивних порушень, а до Г2 (п) — 87 осіб із помірним ступенем.

Кожного хворого на СД супроводжував один член родини, який був мотивований на участь у програмі дослідження та з яким укладався психотерапевтичний контракт. Таким чином, із родичів пацієнтів обох груп аналогічно було утворено Г1 (р), до якої увійшли 76 осіб, та Г2 (р), яку становили 87 обстежених. У групах родичів проводилась оцінка їх психоемоційного стану, особистісних особливостей та якості життя.

У психодіагностичному обстеженні родичів хворих на СД нами використовувся комплекс тестових методик, які дали змогу визначити особливості психоемоційного стану родичів, їх особистісні особливості, мотивацію догляду за хворим на деменцію, характер поведінки та сімейної взаємодії, а також показники якості життя родини пацієнта [10–12].

Для діагностики психоемоційних особливостей застосовували опитувальник самооцінки емоційного стану (Н. О. Марута, 2001), для дослідження спектра психоемоційних переживань — шкалу Гамільтона (HDRS), для суб'єктивної оцінки астеновегетативного синдрому — суб'єктивну шкалу оцінки астенії MFI (Multidimensional Fatigue Inventory). Особистісні особливості вивчались за допомогою Фрайбурзького особистісного опитувальника (J. Fahrenberg [et al.] 2001), поведінкові копінг-стратегії — за шкалою соціальної підтримки

(багатовимірний шкала сприйняття соціальної підтримки — MSPS) [13].

Статистичну обробку отриманих даних виконували за допомогою програм Excel та статистичного пакета Statistica 7.0. for Windows. В усіх випадках порівнянь розходження урахувались як статистично значущі при $p < 0,05$.

Результати самооцінки власного психоемоційного стану родичів хворих на СД відображено у табл. 1.

В обох групах родичів спостерігалась менша вираженість емоцій позитивного полюса при переважанні негативних емоційних переживань. Найвищі бали в Г1 (р) було отримано за показниками: «Жалість» (2,9 бала), «Співчуття» (2,5 бала), «Досада» (2,4 бала), «Незадоволеність собою» (2,3 бала), найнижчі — за факторами «Призирство» (1,3 бала), «Образа» (1,3 бала), «Засмучення» (1,3 бала), «Злорадність» (1,4 бала), «Відчай» (1,4 бала), «Захоплення» (1,4 бала). Достовірно гірший емоційний стан відзначався в Г2 (р) порівнянню з Г1 (р). Так, достовірно більший середній бал обстежені Г2 (р) мали за шкалами: «Засмучення» (3,4 бала), «Незадоволення» (3,1 бала), «Незадоволеність собою» (2,9 бала), «Печаль», «Страх», «Досада» (2,8 бала), «Огида» (2,7 бала), найменші — за факторами «Задоволення» (1,2 бала), «Захоплення» (1,2 бала), «Розчуження» (1,2 бала), «Відчуття безпеки» (1,2 бала), «Радість» (1,3 бала), «Відчуття полегшення» (1,3 бала), «Здивування» (1,3 бала).

Отримано досить високі показники рівнів тривоги та депресії в групах Г1 (р) та Г2 (р) (табл. 2).

Достовірно більша кількість осіб Г1 (р) та Г2 (р) мали нормативні показники за рівнем тривоги, відповідно 61,84 та 54,02%. В Г2 (р) 37,93% обстежених відрізнялись високим рівнем тривоги, що було достовірно частіше, ніж у групі Г1 (р) ($p \leq 0,05$). Тривожний стан виявлявся у родичів у підвищеній схильності до переживань, вони відчували несвідомий страх, невизначену загрозу, часто сприймали нейтральні події як несприятливі та небезпечні. Особи з високим рівнем тривоги відзначали також схильність до настороженості й пригніченого настрою, у них виникали труднощі у контактах із навколишнім світом, який уявлявся їм ворожим, у них визначалися занижена самооцінка і тенденція до песимістичного ставлення до життя.

Схожі тенденції спостерігались у групах щодо депресії: її низький та середній рівні частіше траплялись у родичів пацієнтів Г1 (р) (82,89%) порівнянню з особами Г2 (р) (68,97%) ($p \leq 0,05$). У свою чергу родичі Г2 (р) удвічі частіше, ніж особи з Г1 (р), відрізнялись високим рівнем депресії (Г2 (р) — 31,03%; Г1 (р) — 17,11%). Вони збільшено мали

Таблиця 1

Показники самооцінки власного емоційного стану родичів пацієнтів із судинною деменцією (середній бал)

Шкали	Г1 (р), n = 76	Г2 (р), n = 87
Задоволення	1,9	1,2
Радість	1,8	1,3
Захоплення	1,4	1,2
Упевненість	2,1	1,6
Гордість	2,1	1,4
Довіра	2,0	1,7
Симпатія	1,9	2,1
Розчуження	1,4	1,2
Ніжність	1,8	1,4
Самовдоволення	2,1	1,5
Злорадність	1,4	1,9
Відчуття полегшення	1,5	1,3
Задоволеність собою	2,2	1,5
Відчуття безпеки	2,2	1,2
Передчуття	2,4	2,1
Цікавість	2,5	1,6
Здивування	1,6	1,3
Байдужість	1,9	2,1
Незадоволення	2,1	3,1
Печаль	1,7	2,8
Відчай	1,4	2,2
Засмучення	1,3	3,4
Тривога	1,6	2,6
Образа	1,3	2,6
Страх	2,1	2,8
Жалість	2,9	3,1
Співчуття	2,5	2,2
Досада	2,4	2,8
Гнів	1,6	2,0
Обурення	1,8	2,4
Ненависть	1,7	2,1
Неприятність	1,6	2,2
Злість	1,5	2,1
Сум	1,8	2,2
Нудьга	1,6	2,3
Сором	1,7	2,1
Презирство	1,3	1,8
Огида	2,0	2,7
Незадоволеність собою	2,3	2,9

Примітка. Розходження між групами Г1 (р) и Г2 (р) $p \leq 0,05$. Те саме в табл. 2–4.

Таблиця 2

Розподіл родичів пацієнтів із судинною деменцією за рівнями тривоги та депресії

Рівень вираженості	Г1 (р), n = 76		Г2 (р), n = 87	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%
<i>Рівень тривоги (шкала HARS)</i>				
Низький	14	18,42	13	14,94
Середній	33	43,42	34	39,08
Високий	29	38,16	40	45,98
<i>Рівень депресії (шкала HDRS)</i>				
Низький	28	36,84	24	27,59
Середній	35	46,05	36	41,38
Високий	13	17,11	27	31,03

Таблиця 3

Показники проявів астенії у родичів пацієнтів із судинною деменцією (середній бал)

Шкала	Г1 (р), n = 76	Г2 (р), n = 87
Загальна астенія	15,7	18,2
Знижена активність	11,4	13,6
Зниження мотивації	15,8	17,3
Фізична астенія	12,2	13,8
Психічна астенія	15,3	17,1

пригнічений настрій, відзначали ангедонію, відсутність апетиту, порушення сну, психомоторне збудження або загальмованість, стомлюваність, порушення концентрації уваги, нерішучість.

Власну оцінку наявності астенічних проявів родичами хворих на СД наведено в табл. 3.

В обох групах обстежених отримано достатньо високі показники за рівнем астенії, зниження активності та мотивації. У них найпоширенішою скаргою була втомлюваність. Поряд із підвищеною стомлюваністю і виснаженням родичі відзначали такі прояви, як дратівлива слабкість, гіперестезія, вегетативні порушення, розлади сну (труднощі засинання, поверхневий сон). Клінічна типологія астенічних розладів визначалась її двома варіантами: гіперстенічною астенією, яка характеризувалася високою збудливістю сенсорного сприйняття з підвищеною сприйнятливістю нейтральних у нормі зовнішніх подразників (непереносимістю звуків, світла і т. д.), збудливістю, підвищеною роздратованістю, порушеннями сну тощо та гіпостенічною, основними елементами якої є зниження порогу збудливості і сприйнятливості до зовнішніх стимулів із млявістю, підвищеною слабкістю, денною сонливістю. Хоча обстежені й описували астенію як підвищену стомлюваність, наукове визначення астенічного стану вимагає відмежування його від

простої стомлюваності. На відміну від стомлюваності (що характеризується іноді як донозологічна астенія — фізіологічний стан, що настає за інтенсивною і тривалою мобілізацією організму, як правило, виникає швидко і зникає після відпочинку, не вимагає медичної допомоги), астенічний стан є патологією, з'являється поступово і не пов'язаний із необхідністю мобілізації організму, триває місяці й роки, не відновлюється після відпочинку і вимагає медичного втручання. Донозологічна астенія часто виникає після надмірних фізичних, психічних або розумових навантажень, при неправильному чергуванні роботи та відпочинку, систематичному недосипанні, адаптації до нових кліматичних умов та ін.

Дослідження особистісних особливостей родичів хворих наведено в табл. 4.

Загальними рисами осіб, які належали до Г1 (р) та Г2 (р), були підвищені показники за шкалами «Невротичність» (Г1 (р) — 6,3 бала; Г2 (р) — 7,8 бала), «Спонтанна агресивність» (Г1 (р) — 6,2 бала; Г2 (р) — 8,1 бала), «Роздратованість» (Г1 (р) — 6,1 бала; Г2 (р) — 8,3 бала), «Реактивна агресивність» (Г1 (р) — 6,4 бала; Г2 (р) — 8,2 бала), «Емоційна лабільність» (Г1 (р) — 6,3 бала; Г2 (р) — 7,6 бала). Достовірно більш вираженими в Г2 (р) були показники: «Спонтанна агресивність», «Роздратованість», «Реактивна агресивність» та «Емоційна лабільність», «Невротичність» ($p \leq 0,05$). Для осіб Г1 (р) більшою мірою були притаманними підвищені показники за шкалами «Врівноваженість», «Комунікабельність» та «Відкритість».

Хвороба пацієнта із СД є фактором, який негативно впливає на якість життя не тільки самого пацієнта, але й на якість життя його родини (табл. 5).

В обстежених родичів обох груп відзначалось зниження загального сприйняття якості життя (Г1 (р) — 3,5 бала; Г2 (р) — 2,9 бала). Найбільш вираженим було зниження показників соціоемоційної підтримки (Г1 (р) — 4,1 бала; Г2 (р) — 2,9 бала), громадської та службової підтримки (Г1 (р) — 3,7 бала; Г2 (р) — 2,6 бала), самореалізації (Г1 (р) — 3,0 бала; Г2 (р) — 2,1 бала) та духовної реалізації (Г1 (р) — 2,9 бала; Г2 (р) — 2,2 бала). Найменші показники було отримано у родичів пацієнтів зі СД, які входили до групи Г2 (р), порівняно з Г1 (р) ($p \leq 0,05$).

Проведене дослідження дає підстави зробити такі висновки.

1. Соціально-економічний та емоційний тягар деменції лягає не тільки на самих пацієнтів, але й на їхніх родичів, найближче і більш віддалене оточення і на все суспільство в цілому.

2. Достовірно більша кількість осіб Г1 (р) та Г2 (р) мали нормативні показники за рівнем

Таблиця 4

Особистісні особливості родичів пацієнтів із судинною деменцією (середній бал)

Шкала	Г1 (р), n = 76	Г2 (р), n = 87
Невротичність	6,3	7,8
Спонтанна агресивність	6,2	8,1
Депресивність	5,6	6,9
Роздратованість	6,1	8,3
Комунікабельність	4,8	3,5
Врівноваженість	5,2	3,6
Реактивна агресивність	6,4	8,2
Сором'язливість	3,6	5,4
Відкритість	5,4	3,7
Екстраверсія/інтроверсія	5,1	4,9
Емоційна лабільність	6,3	7,6
Маскулінність/фемінінність	5,8	5,4

тривоги, відповідно 61,84 та 54,02%. В Г2 (р) у 37,93% обстежених був високий рівень тривоги, який виявлявся в підвищеній схильності до переживань.

3. В обох групах відзначалися досить високі показники за рівнем астенії, зниження активності та мотивації. Найпоширенішою скаргою була стомленість. Поряд із підвищеною стомлюваністю і виснаженням вони відзначали такі прояви, як дратівлива слабкість, гіперестезія, вегетативні порушення, розлади сну (труднощі засинання, поверхневий сон).

4. Спільними для осіб Г1 (р) та Г2 (р) були підвищені значення за показниками: «Невротичність» (Г1 (р) — 6,3 бала; Г2 (р) — 7,8 бала), «Спонтанна агресивність» (Г1 (р) — 6,2 бала; Г2 (р) — 8,1 бала), «Роздратованість» (Г1 (р) — 6,1 бала; Г2 (р) — 8,3 бала), «Реактивна агресивність» (Г1 (р) — 6,4 бала; Г2 (р) — 8,2 бала), «Емоційна лабільність» (Г1 (р) — 6,3 бала; Г2 (р) — 7,6 бала).

5. У родичів обох груп зазначено зниження загального сприйняття якості життя (Г1 (р) — 3,5 бала; Г2 (р) — 2,9 бала).

Список літератури

1. Пинчук И. Я. В помощь семьям больных болезнью Альцгеймера: метод. рек. / И. Я. Пинчук, В. Г. Черкасов.— К.: Сфера, 2002.— С. 46.
2. Олифирович Н. И. Психология семейных кризисов / Н. И. Олифирович, Т. А. Зинкевич-Куземкина, Т. Ф. Велента.— М.: Речь, 2008.— 360 с.
3. Загуровський В. М. Психологические механизмы формирования стратегии поведения личности /

Таблиця 5

Показники якості життя родичів пацієнтів із судинною деменцією (середній бал)

Шкала якості життя	Г1 (р), n = 76	Г2 (р), n = 87
Фізичне благополуччя	5,2	4,0
Психологічне/емоційне благополуччя	4,4	3,8
Самообслуговування та незалежність у діях	4,7	4,1
Працевдатність	5,0	4,3
Міжособистісна взаємодія	4,8	3,7
Соціоемоційна підтримка	4,1	2,9
Громадська та службова підтримка	3,7	2,6
Самореалізація	3,0	2,1
Духовна реалізація	2,9	2,2
Загальне сприйняття якості життя	3,5	2,9

В. М. Загуровский // Мед. психология.— 2011.— № 4.— С. 85.

4. Мищенко Т. С. Взаємозв'язок запальних та проти-запальних маркерів у хворих в гострому періоді мозкових інсультів / Т. С. Мищенко, В. І. Дарій, К. В. Баранова // Укр. вісн. психоневрології.— 2014.— Т. 22, вип. 2 (79).— С. 16–18.
5. Медична психологія: підруч. / С. Д. Максименко, І. А. Коваль, К. С. Максименко, М. В. Папуча; за ред. С. Д. Максименка.— Вінниця: Нова книга, 2008.— 520 с.
6. Huckle P. L. Families And Dementia / P. L. Huckle // International J. of Geriatric Psychiatry.— 1994.— № 9.— P. 735–741.
7. Організація суспільно орієнтованої психіатричної допомоги дорослому населенню України: збірка типових положень та інструкцій; за ред. Н. О. Марути, В. А. Демченко, В. В. Домбровської.— К.; Х., 2012.— 136 с.
8. Решетова Т. В. Психологическая помощь пациенту с деменцией и его семье / Т. В. Решетова // «Актуальные проблемы геронтологии и гериатрии»: сб. тр. науч.-практ. конф.; под ред. А. Л. Арьева.— СПб., 2011.— С. 227–230.
9. Day care for dementia patients from a family caregiver's point of view: A questionnaire study on expected quality and predictors of utilization / C. Donath, A. Winkler, E. Graessel, K. Luttenberger // BMC Health Services Research.— 2011.— № 11.— 76 p.
10. Григорьева В. Н. Особенности эмоционально-когнитивной оценки ощущений у больных с неврологическими заболеваниями / В. Н. Григорьева, А. Ш. Тхостов // Журн. неврологии и психиатрии.— 2009.— №. 3.— С. 15–23.



11. *Ильницкая Т.* Рекомендации по ведению пациентов с деменцией / Т. Ильницкая // *НейроNews*.— 2014.— № 5.— С. 35–38.
12. *Brodaty H.* Meta-analysis of psychosocial interventions for caregivers of people with dementia / H. Brodaty // *J. of the American Geriatric Society*.— 2007.— Vol. 33.— P. 657–664.
13. *Райгородский Д. Я.* Практическая психодиагностика. Методики и тесты: учеб. пособ. / Д. Я. Райгородский.— Самара: Бахрах — М, 2002.— 672 с.

**ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЧЛЕНОВ СЕМЬИ,
УХАЖИВАЮЩИХ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С СОСУДИСТОЙ ДЕМЕНЦИЕЙ**

Д. А. ВОЛОЩУК

Рассмотрены индивидуально-психологические особенности родственников больных сосудистой деменцией. Проанализированы результаты исследования по показателям астеновегетативного синдрома, психоэмоциональных и личностных особенностей, поведенческих копинг-стратегий членов семьи больного. Полученные данные могут быть использованы для разработки путей психокоррекции клинко-психологической дезадаптации родственников больных сосудистой деменцией.

Ключевые слова: индивидуально-психологические особенности, родственники больных сосудистой деменцией, психодиагностическое обследование, личностные особенности, качество жизни.

**INDIVIDUAL PSYCHOLOGICAL FEATURES OF THE FAMILY MEMBERS CARING
FOR THE PATIENTS WITH VASCULAR DEMENTIA**

D. A. VOLOSHCHUK

Individual psychological characteristics of relatives of patients with vascular dementia are featured. The findings of the survey were analyzed in terms of astenovegetative syndrome, psycho-emotional characteristics, personal characteristics, behavioral coping strategies of the family members. The obtained findings can be used to work out the methods of psychocorrection of their clinical psychological deadaptation.

Key words: individual psychological characteristics, relatives of patients with vascular dementia, psychodiagnostic examination, personal characteristics, quality of life.

Надійшла 02.03.2016