

*Д. А. Волощук*  
**ІНДИВІДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЧЛЕНІВ РОДИНИ,  
 ЯКІ ЗДІЙСНЮЮТЬ ДОГЛЯД ЗА ПАЦІЄНТАМИ З СУДИННОЮ ДЕМЕНЦІЄЮ**

*Д. А. Волощук*  
**Индивидуально-психологические особенности членов семьи,  
 осуществляющих уход за пациентами с сосудистой деменцией**

*D. A. Voloshchuk*

**Individual psychological peculiarities of caregivers-family members of patients with vascular dementia**

У статті розглядається актуальне питання вивчення індивідуально-психологічних особливостей родичів хворих на судинну деменцію. Наведено аналіз результатів дослідження за показниками астеновегетативного синдрому, психоемоційних особливостей, особистісних особливостей, поведінкових копінг-стратегій членів родини, які здійснюють догляд за пацієнтами з судинною деменцією. Для психодіагностичного обстеження цієї категорії було використано комплекс тестових методик, які дозволили визначити особливості психоемоційного стану родичів, їхні особистісні особливості, мотивацію догляду за хворим на деменцію, особливості поведінки та сімейної взаємодії, а також показники якості життя родини хворого.

**Ключові слова:** індивідуально-психологічні особливості, родичі хворих на судинну деменцію, мотивація догляду, психодіагностичні обстеження, особистісні особливості, показники якості життя

В статье рассматривается актуальный вопрос изучения индивидуально-психологических особенностей родственников больных сосудистой деменцией. Приведен анализ результатов исследования по показателям астеновегетативного синдрома, психоэмоциональных, личностных особенностей, поведенческих копинг-стратегий членов семьи, осуществляющих уход за пациентами с сосудистой деменцией. Для психодиагностического обследования данной категории был использован комплекс тестовых методик, которые позволили определить особенности психоэмоционального состояния родственников, их личностные особенности, мотивацию ухода за больным деменцией, особенности поведения и семейного взаимодействия, а также показатели качества жизни семьи больного.

**Ключевые слова:** индивидуально-психологические особенности, родственники больных сосудистой деменцией, мотивация ухода, психодиагностические обследования, личностные особенности, показатели качества жизни

In the present article the actual questions of studying individual psychological characteristics of relatives of patients with vascular dementia. The analysis of the survey results in terms of astenovegetative syndrome, psycho-emotional characteristics, personal characteristics, behavioral coping strategies for family members who take care of patients with vascular dementia. For this category psychodiagnostic survey used a set of test methods that allowed to define the features emotional state relatives, their personal characteristics, motivation care for patients with dementia, behavior and family interaction, and family quality of life of the patient.

**Key words:** individual psychological characteristics, relatives of patients with vascular dementia, motivation care, psycho examination, personal characteristics, quality of life

В Україні основне навантаження по догляду за хворим несуть його родичі. З погіршенням стану хворого збільшується навантаження і на опікуна, що призводить до погіршення психічного стану того, хто доглядає, а в подальшому — до появи або загострення хронічних соматичних захворювань [2, 5]. Проте, при проведенні теоретичного дослідження нами було виявлено, що проблема дезадаптації та загального психологічного стану родичів дементних хворих є мало дослідженою [4]. В більшості випадків результати огляду літературних джерел зводилися до загальних рекомендацій і поодиноких досліджень, без розроблення науково обґрунтованих програм психологічної підтримки родичів хворого на судинну деменцію [7, 10].

Деменція є однією з найактуальніших проблем сучасної неврології і психіатрії. Важливість цієї проблеми обумовлена кількома чинниками. Насамперед, це значне збільшення кількості осіб похилого та старечого віку, серед яких поширеність деменції особливо велика [8]. Деменція — це порушення когнітивних функцій, які спричиняють дезадаптацію пацієнта в повсякденному житті, що призводить до істотного зниження її якості. Смертність серед пацієнтів з деменцією достовірно вище, ніж середньостатистична смертність серед осіб похилого віку [9]. 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 і на все суспільство в цілому.

На протязі 2014—2017 рр. на базі КУ «Одеський обласний медичний центр психічного здоров'я» було обстежено

179 пацієнтів з судинною деменцією (СД). Дослідження проводили з дотриманням принципів медичної етики та деонтології.

Для психодіагностичного обстеження родичів пацієнтів, хворих на судинну деменцію використовували комплекс тестових методик, які дозволили визначити особливості психоемоційного стану родичів, їхні особистісні особливості, мотивацію догляду за хворим на деменцію, особливості поведінки та сімейної взаємодії, а також показники якості життя родини пацієнта [1, 3].

Для діагностики психоемоційних особливостей використовували такі методики: опитувальник самооцінки емоційного стану (Н. О. Марута, 2001) для дослідження спектра психоемоційних переживань, шкала Гамільтона (HDRS) для оцінки депресії та шкала HARS для оцінки тривоги. Для суб'єктивної оцінки астеновегетативного синдрому використовували суб'єктивну шкалу оцінки астенії MFI-20 — Multidimensional Fatigue Inventory (Smets E. M., 1995). Особистісні особливості вивчали за допомогою Фрайбурзького особистісного опитувальника (J. Fahrenberg, H. Selg, R. Hampel, 2001).

Статистичне оброблення отриманих даних виконували за допомогою програм Excel та статистичного пакету Statistica 7.0. for Windows. В усіх випадках порівнянь визначали ймовірність різниць «р». Різниці враховували як статистично значущі при  $p < 0,05$ .

Результати, отримані за методикою «Самооцінка емоційного стану» в групах родичів пацієнтів, хворих на судинну деменцію, — Г1 (р) та Г2 (р) наведено в табл. 1.

Таблиця 1. Самооцінка власного емоційного стану родичами пацієнтів з СД (середній бал)

Емоції	Г1 (p) (n = 76)	Г2 (p) (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
Розчулення	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. Тут і далі: \* — різниця між групами є достовірною,  $p \leq 0,05$

За даними таблиці, в обох групах дослідження спостерігалась менша виразність емоцій позитивного полюса при переважанні негативних емоційних переживань. Найвищі бали в Г1 (р) було отримано за показниками «жалість» (2,9 бали), «співчуття» (2,5 бали), «досада» (2,4 бали), «незадоволеність собою» (2,3 бали); найнижчі показники відмічались за чинниками «презирство» (1,3 бали), «образа» (1,3 бали), «засмучення» (1,3 бали), «злорадність» (1,4 бали), «відчай» (1,4 бали), «захоплення» (1,4 бали). Достовірно гірший емоційний стан був у Г2 (р) порівняно з Г1 (р). Так, достовірно більший середній бал досліджувані Г2 (р) мали за такими показниками: «засмучення» (3,4 бали), «незадоволення» (3,1 бали), «незадоволеність собою» (2,9 бали), «печаль» (2,8 бали), «страх» (2,8 бали), «досада» (2,8 бали), «огида» (2,7 бали); найменші показники відмічались за чинниками «задоволення» (1,2 бали), «захоплення» (1,2 бали), «розчулення» (1,2 бали), «відчуття безпеки» (1,2 бали), «радість» (1,3 бали), «відчуття полегшення» (1,3 бали), «здивування» (1,3 бали).

Далі вивчали рівень тривоги та депресії в групах родичів пацієнтів, хворих на СД (табл. 2).

Таблиця 2. Розподіл родичів пацієнтів з СД за рівнями тривоги та депресії

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

За даними таблиці 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 % досліджених відрізнялись високим рівнем тривоги, що було достовірно частіше, ніж в групі Г1 (р) ( $p \leq 0,05$ ). Високий рівень тривоги проявлявся у родичів пацієнтів з СД в підвищеній схильності до переживань. Досліджені відчували стан несвідомого страху, невизначене відчуття загрози, часто сприймали нейтральні події як несприятливі і небезпечні. Також особи з високим рівнем тривоги відмічали схильність до настороженості і пригніченого настрою, у них виникали труднощі у контактах з навколишнім світом, який уявлявся їм лякаючим і ворожим, була заниженою самооцінка і спостерігалася тенденція до песимістичного ставлення до життя.

Схожі тенденції спостерігались в групах щодо рівня депресії: низький та середній рівні депресії частіше спостерігались у родичів пацієнтів Г1 (р) (82,89 %) у порівнянні з дослідженими Г2 (р) (68,97 %), різниця між групами була достовірною,  $p \leq 0,05$ . У свою чергу, досліджені Г2 (р) вдвічі частіше у порівнянні з Г1 (р) відрізнялись високим рівнем депресії (Г2 (р) — 31,03 %; Г1 (р) — 17,11 %). Досліджені, які відрізнялись високим рівнем депресії, більшість часу мали пригнічений настрій, відмічали ангедонію, відсутність апетиту, порушення сну, психомоторне збудження або загальмованість, стомлюваність, порушення концентрації уваги, нерішучість.

Власна оцінка родичами хворих на судинну деменцію наявності астеничних проявів наведена в таблиці 3.

Таблиця 3. Ступінь проявів астенії у родичів пацієнтів з СД за MFI-20 (середній бал)

Шкали	Г1 (p) (n = 76)	Г2 (p) (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

В обох групах досліджених відмічались достатньо високі показники за рівнем астенії, зниження активності та мотивації. У досліджених найпоширенішою скаргою була втомленість. Поряд з підвищеною стомлюваністю і виснаженням вони відмічали такі прояви, як дратівлива слабкість, гіперестезія, вегетативні порушення, розлади сну (труднощі засинання, поверхневий сон). Клінічна типологія астеничних розладів визначалась її двома варіантами: гіперстенічною астеною, яка характеризувалась високою збудливістю сенсорного сприйняття з підвищеною сприйнятливістю нейтральних в нормі

зовнішніх подразників (непереносимість звуків, світла тощо), збудливість, підвищеною роздратованістю, порушеннями сну та ін.; та гіпостенічною астеною, основними елементами якої є зниження порога збудливості і сприйнятливості до зовнішніх стимулів з млявістю, підвищеною слабкістю, денною сонливістю. Хоча хворі й описували астеною як підвищену стомлюваність, наукове визначення астеничного стану вимагає відмежування його від простої стомлюваності. На відміну від стомлюваності (що відмічається іноді як донозологічна астенія — фізіологічний стан, що настає за інтенсивної і тривалою мобілізацією організму, як правило, виникає швидко і зникає після відпочинку, не вимагає медичної допомоги), астеничний стан — це патологія, з'являється поступово і не пов'язаний з 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.

Органічна астенія, частка якої в усіх астеничних станах оцінюється в 45 %, розвивається на тлі хронічних, часто прогресуючих органічних (неврологічних), психічних і соматичних захворювань. До них належать інфекційні, ендокринні, гематологічні, неопластичні, гепатологічні, неврологічні, психічні (насамперед шизофренія, зловживання психоактивними речовинами) та інші хвороби. На відміну від органічної, функціональна (реактивна) астенія складає 55 % у загальній структурі астеної, характеризується насамперед принциповою оборотністю, тому що виникає слідом або як компонент обмежених у часі або курабельних патологічних станів.

Дослідження особистісних особливостей родичів хворих наведено в табл. 4.

Таблиця 4. Особистісні особливості родичів пацієнтів з СД (середній бал)

Шкали	Г1 (p) (n = 76)	Г2 (p) (n = 87)
I Невротичність	6,3	7,8
II Спонтанна агресивність	6,2	8,1
III Депресивність	5,6	6,9
IV Роздратованість	6,1	8,3
V Комунікбельність	4,8	3,5
VI Врівноваженість	5,2	3,6
VII Реактивна агресивність	6,4	8,2
VIII Сором'язливість	3,6	5,4
IX Відкритість	5,4	3,7
X Екстраверсія/інтроверсія	5,1	4,9
XI Емоційна лабільність	6,3	7,6
XII Маскулінність/фемінінність	5,8	5,4

Загальними рисами осіб, які належали до Г1 (p) та Г2 (p), були підвищення значень за показниками «невротичність» (Г1 (p) — 6,3 бали; Г2 (p) — 7,8 бали), «спонтанна агресивність» (Г1 (p) — 6,2 бали; Г2 (p) — 8,1 бали), «роздратованість» (Г1 (p) — 6,1 бали; Г2 (p) — 8,3 бали), «реактивна агресивність» (Г1 (p) — 6,4 бали; Г2 (p) — 8,2 бали), «емоційна лабільність» (Г1 (p) — 6,3 бали; Г2 (p) — 7,6 бали). Достовірно більш виразними в Г2 (p) були показники за «спонтанною агресивністю», «роздратованістю», «реактивною агресивністю» та «емоційною лабільністю», «невротичністю» ( $p \leq 0,05$ ). Для осіб Г1 (p) в більшому ступені ніж для досліджуваних Г2 (p) були притаманними «врівноваженість», «комунікбельність» та «відкритість».

Результати проведених досліджень дозволяють 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 (p) та Г2 (p) мали нормативні показники за рівнем тривоги, відповідно 61,84 % та 54,02 %. В Г2 (p) 37,93 % досліджених відрізнялись високим рівнем тривоги, що було достовірно частіше, ніж в групі Г1 (p) ( $p \leq 0,05$ ). Високий рівень тривоги проявлявся у родичів пацієнтів з СД в підвищеній схильності до переживань.

3. В обох групах досліджених відмічались достатньо високі показники за рівнем астеної, зниження активності та мотивації. У досліджених найпоширенішою скаргною була втомленість. Поряд з підвищеною стомлюваністю і виснаженням вони відмічали такі прояви, як дратівлива слабкість, гіперестезія, вегетативні порушення, розлади сну (труднощі засинання, поверхневий сон).

4. Загальними рисами осіб, які належали до Г1 (p) та Г2 (p), були підвищення значень за показниками «невротичність» (Г1 (p) — 6,3 бали; Г2 (p) — 7,8 бали), «спонтанна агресивність» (Г1 (p) — 6,2 бали; Г2 (p) — 8,1 бали), «роздратованість» (Г1 (p) — 6,1 бали; Г2 (p) — 8,3 бали), «реактивна агресивність» (Г1 (p) — 6,4 бали; Г2 (p) — 8,2 бали), «емоційна лабільність» (Г1 (p) — 6,3 бали; Г2 (p) — 7,6 бали).

#### Список літератури

1. Григорьева В. Н. Особенности эмоционально-когнитивной оценки ощущений у больных с неврологическими заболеваниями / В. Н. Григорьева, А. Ш. Тхостов // Журнал неврологии и психиатрии. — 2009. — № 3. — С. 15—23.
2. Загуровський В. М. Психологические механизмы формирования стратегии поведения личности / В. М. Загуровский // Медицинская психология. — 2011. — № 4. — С. 85.
3. Ильницкая Т. Рекомендации по ведению пациентов с деменцией / Т. Ильницкая // Нейро News. — 2014. — № 5. — С. 35—38.
4. Олифирович Н. И. Психология семейных кризисов / Н. И. Олифирович, Т. А. Зинкевич-Куземкина, Т. Ф. Велента. — М.: Речь, 2008. — 360 с.
5. Пинчук И. Я. В помощь семьям больных болезнью Альцгеймера : метод. рекомендации / И. Я. Пинчук, В. Г. Черкасов. — М., 2007. — С. 45—62.
6. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты : учебное пособие / Д. Я. Райгородский. — Самара : Бахрах-М, 2002. — 672 с.
7. Решетова Т. В. Психологическая помощь пациенту с деменцией и его семье / Т. В. Решетова // Сб. тр. науч.-практ. конф. «Актуальные проблемы геронтологии и гериатрии» / под ред. проф. Арьева А. Л. — СПб., 2011. — С. 227—230.
8. 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.
9. Donath C. 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. Huckle P. L. Families And Dementia / P. L. Huckle // International Journal of Geriatric Psychiatry. — 1994. — № 9. — P. 735—741.

Надійшла до редакції 05.05.2016 р.

**ВОЛОШУК Діана Анатоліївна**, асистент кафедри психіатрії, наркології, психології та соціальної допомоги Одеського національного медичного університету, м. Одеса, Україна

**VOLOSHCHUK Diana**, MD, Assistant of Department of Psychiatry, Narcology, Psychology and social aid of the Odesa National Medical University, Odesa, Ukraine