

В. В. Огоренко, Є. Л. Сеславська

КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ СТАНУ ПСИХІЧНОЇ СФЕРИ РОДИЧІВ ПАЦІЄНТІВ З ДЕМЕНЦІЄЮ

V. V. Ogorenko, Ye. L. Seslavska

CLINICAL-PSYCHOPATHOLOGICAL ANALYSIS OF THE MENTAL STATUS OF THE RELATIVES OF PATIENTS WITH DEMENTIA

Ключові слова: психічна дезадаптація, розлад адаптації, родичі, деменція, тривога, депресія

Мета роботи — оцінити стан психічної сфери у родичів, що доглядають за пацієнтами з деменцією, для визначення потреби розроблення цільово-орієнтованої системи заходів терапії і реабілітації для цього контингенту осіб.

З дотриманням вимог біомедичної етики обстежено 153 родича (діти), які спільно проживали та/або доглядали за пацієнтами з деменцією. Комплексне обстеження включало клініко-психопатологічне та психометричне дослідження. Для поглибленого оцінювання стану психічної сфери обстежених використовували шкали депресії і тривоги М. Гамільтона HDRS і HARS та шкалу оцінки психопатологічної симптоматики L. Derogatis SCL-90-R.

Стан психічної сфери родичів, які доглядають пацієнтів з деменцією, відрізняється різноманітністю і включає стани психічного здоров'я (16,9 %), психічної дезадаптації (54,9 %) та клінічно окресленого розладу адаптації F43.2 (28,1 %).

Загалом, родичам пацієнтів з деменцією притаманні специфічні зміни в афективній сфері. Виразність цих змін міцно пов'язана з наявністю чинників, які впливають на стан здоров'я та порушень адаптації. У родичів без ознак психічних розладів та чинників, які впливають на здоров'я, показники виразності депресії і тривоги перебувають в межах норми, хоча й наближаються до показників легкої виразності депресивних і тривожних розладів. Натомість, у родичів, у яких виявлено чинники, що впливають на здоров'я, наявні ознаки депресивних і тривожних розладів, переважно субклінічного і легкого рівня. У родичів, які мають порушення адаптації, виявлено ознаки депресивних і тривожних розладів помірного, а у 15—20 % випадків — і важкого ступеня.

Аналіз виразності психопатологічної симптоматики у родичів хворих на деменцію виявив у них найбільш виражені прояви депресії (у осіб з ознаками порушень адаптації — підвищеного рівня, у осіб без ознак порушень адаптації та з наявними ознаками чинників, що впливають на стан здоров'я — помірного рівня), тривожності (помірного рівня, у осіб з ознаками порушень адаптації — на межі підвищеного рівня), міжособистісної сенситивності (помірного рівня), obsесивно-компульсивних розладів (у осіб без ознак порушень адаптації — низького рівня, у осіб з ознаками чинників, що впливають на стан здоров'я, та з ознаками порушень адаптації — помірного рівня), фобічної тривожності (у осіб без ознак порушень адаптації та у осіб з ознаками чинників, що впливають на стан здоров'я — низького рівня, у осіб з ознаками порушень адаптації — помірного рівня), соматизації (в усіх групах — низького рівня, у осіб з ознаками порушень адаптації — ближче до помірного рівня), низькими рівнями ворожості та без проявів паранояльної симптоматики і психотизму.

Зазначені закономірності треба брати до уваги під час планування лікувально-реабілітаційних заходів для родичів пацієнтів з деменцією.

Keywords: mental maladjustment, adjustment disorder, relatives, dementia, anxiety, depression

The purpose of the work is to assess the state of the mental sphere of relatives, who cared for patients with dementia, to determine the need to develop a goal-oriented system of therapy and rehabilitation measures for this contingent.

In compliance with the requirements of biomedical ethics, we examined 153 relatives (children) who lived together and/or cared for patients with dementia. A comprehensive examination included clinical-psychopathological and psychometric studies. M. Hamilton's HDRS and HARS depression and anxiety scales and the L. Derogatis SCL-90-R psychopathological symptomatology scale were used.

The mental health status of relatives considering care needs with dementia varied, including normal mental health status (16.9 %), mental maladjustment (54.9 %), and clinically defined adjustment disorder F43.2 (28.1 %).

In general, relatives of persons with dementia have special changes in the affective sphere. The variability of these changes is closely related to the presence of factors that affect the state of health and maladjustment. In relatives without signs of mental disorders and factors that affect health, indicators of severity of depression and anxiety are within the normal range, although they approach indicators of mild expressiveness of depressive and anxiety disorders. On the other hand, relatives who have been found to have factors affecting health have signs of depressive and anxiety disorders, mostly of a subclinical and mild level. Relatives with adjustment disorders have moderate depressive and anxiety disorders, and in 15—20 % of cases, severe symptoms.

Analysis of the expressiveness of psychopathological symptoms in relatives of patients with dementia, indicators of their most pronounced manifestations of depression (in persons with signs of impaired adaptation — high level, in persons without symptoms of impaired adaptation and with existing signs of factors that affect the state of health — moderate level), anxiety (moderate level, in persons with signs of impaired adaptation — on the border of increased level), interpersonal sensitivity (moderate level), obsessive-compulsive disorders (in persons without signs of adaptation — low level, in persons with signs of factors affecting state of health and with signs of impaired adaptation — moderate level), phobic anxiety (in persons without signs of impaired adaptation and in persons with signs of factors affecting the state of health — low level, in persons with signs of impaired adaptation — moderate level), somatization (low level in all groups, closer to a moderate level in individuals with signs of impaired adaptation), low levels of hostility, and the absence of paranoid symptoms and psychoticism.

The specified regularities must be followed when planning treatment and rehabilitation measures for relatives with dementia only.

Згідно з доповіддю Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) до Міжнародного дня людей похилого віку (1 жовтня), завдяки успіхам медицини, що дають змогу більшій кількості людей жити довше, очікується, що до 2050 року кількість людей віком понад 60 років подвоїться, що потребуватиме кардинальних соціальних змін, зокрема у сфері охорони психічного здоров'я [1].

Збільшення чисельності осіб старшої групи у населенні всього світу загалом та України зокрема, неминуче тягне за собою підвищення частоти випадків захворювань, пов'язаних з віком, наприклад, деменції. Згідно з даними епідеміологічних досліджень, на деменцію страждає не менше ніж 5—8 % населення, віком понад 65 років [2]. Щороку виявляється близько 8 мільйонів нових випадків захворювання, що відповідає новому випадку кожні чотири секунди. За прогнозами, загальна кількість людей з деменцією досягне близько 76 мільйонів осіб 2030 року та 145 мільйонів — 2050 року. Таке підвищення буде відбуватися якоюсь мірою через збільшення кількості людей з деменцією в країнах з низьким і середнім рівнем доходу [3; 4].

В Україні менше ніж 10 % літніх пацієнтів з деменцією наприкінці життя отримують допомогу в медичних установах, більшість з них перебуває вдома та доглядають за ними найближчі родичі [5]. Більшість сучасних дослідників оцінюють деменцію як захворювання, яке важким тягарем лягає як на самого пацієнта, так і на його сім'ю. Констатовано, що високий рівень навантаження у доглядачів великою мірою пов'язаний з сімейними взаєминами (особливо дружини або доньки), а також проблемами самих пацієнтів з деменцією (фізична залежність від опікуна, психоневрологічні симптоми, зокрема, поведінка в нічний час і дратівливість), наявністю

мережі догляду за такими пацієнтами та країною проживання. З погіршенням стану хворого підвищується навантаження і на опікуна, що призводить до погіршення його психічного стану, а надалі — до появи або загострення хронічних соматичних захворювань. У сучасних наукових дослідженнях показано, що особи, які доглядали за хворими з деменцією, на 46 % частіше відвідували лікаря загальної практики і на 71 % більше використовували медичні препарати, ніж люди того ж віку, які не доглядали за хворими. Зокрема, наявність у родині особи, хворої на деменцію, є надзвичайно потужним хронічним психоемоційним стресом, що призводить до розвитку психічної дезадаптації у родичів та доглядачів [1; 6].

Мета роботи — оцінити стан психічної сфери у родичів, що доглядають за пацієнтами з деменцією, для визначення необхідності розроблення таргетно-орієнтованої системи заходів терапії і реабілітації для цього контингенту осіб.

З дотриманням вимог біомедичної етики обстежено 153 родича (діти), які спільно проживали та/або доглядали за пацієнтами з деменцією. Комплексне обстеження включало клініко-психопатологічне і психометричне дослідження. Для поглибленого оцінювання стану психічної сфери обстежених використовували шкали депресії і тривоги М. Гамільтона HDRS і HARS, шкалу госпітальної тривоги і депресії HADS та шкалу оцінки психопатологічної симптоматики L. Derogatis SCL-90-R.

На підставі результатів клініко-психіатричного огляду усі обстежені особи були поділені на три групи. До першої групи (Г1), чисельністю 26 осіб, були віднесені родичі, у яких не виявлено ознак психічних розладів та чинників, які впливають на стан здоров'я населення та звертання до закладів охорони здоров'я. До другої групи (Г2), чисельністю 84 особи,

віднесені родичі, у яких були наявні ознаки чинників, що впливають на стан здоров'я (коди за МКХ-10: Z63.10 «Проблеми взаємин з власними батьками або батьками дружини або чоловіка», Z63.20 «Недостатня сімейна підтримка», Z63.60 «Наявність члена сім'ї, який потребує домашнього догляду», Z63.70 «Інші стресові життєві події, що впливають на сім'ю та економічні умови», Z63.80 «Інші уточнені проблеми, пов'язані з близькими людьми (групою первинної

підтримки», Z63.90 «Проблема, пов'язана з групою первинної підтримки, неуточнена»), що ми трактували як наявність психічної дезадаптації. До третьої групи (Г3), чисельністю 43 особи, були віднесені родичі, у яких виявлено ознаки порушення адаптації (код F43.2) відповідно до критеріїв МКХ-10.

Під час дослідження виразності депресії за HDRS виявлені значущі розбіжності між групами (табл. 1, рис. 1).

Таблиця 1. Кількісні показники виразності депресії за шкалою HDRS (у балах)

Показник	Група			p		
	Г1 (n = 26)	Г2 (n = 84)	Г3 (n = 43)	1 — 2	1 — 3	2 — 3
Загальний показник депресії	7,96 ± 3,07	11,46 ± 5,21	15,21 ± 3,48	< 0,01	< 0,01	< 0,01
Адинамічна	4,92 ± 2,30	7,74 ± 3,62	9,16 ± 3,04	< 0,01	< 0,01	< 0,05
Ажитована	4,35 ± 2,02	5,55 ± 2,86	7,70 ± 1,93	< 0,05	< 0,01	< 0,01
Зі страхом	2,81 ± 1,58	3,71 ± 2,05	5,19 ± 1,55	< 0,05	< 0,01	< 0,01
Недиференційована	1,42 ± 1,50	2,65 ± 1,88	3,81 ± 1,53	< 0,01	< 0,01	< 0,01

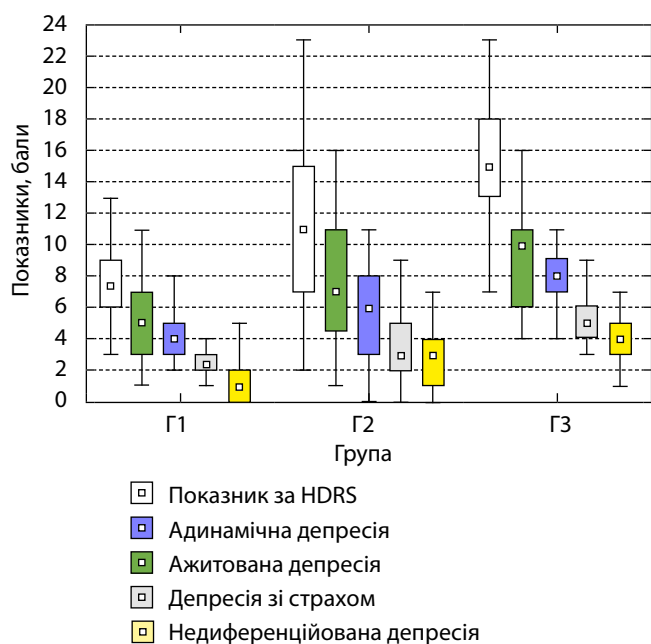


Рис. 1. Показники за шкалою HDRS (квадратом позначено медіану значень, прямокутниками — міжквартильний діапазон, горизонтальними рисками — граничні значення показників)

Зокрема, загальний показник депресії за HDRS у обстежених Г1 був найменшим з усіх досліджуваних груп і становив 7,96 ± 3,07 балів, що відповідає верхній межі норми, ближче до легкої депресії. У обстежених Г2 показник депресії був значуще ($p < 0,01$) вищим, і становив 11,46 ± 5,21 балів, що відповідає легкій депресії. У обстежених Г3 показник депресії був найвищим з усіх груп і становив 15,21 ± 3,48 балів, що відповідає депресії середньої тяжкості, ближче до легкої.

З аналізу розподілу обстежених на групи за рівнями депресії за шкалою HDRS виявлено, що більшість обстежених Г1 належали до групи з легкими проявами депресії (65,4 %), значною була також питома вага осіб без ознак депресії (30,8 %), депресія середньої важкості виявлена в одиничному випадку, а осіб з важкою депресією у цій групі не виявлено (табл. 2, рис. 2).

Натомість, у обстежених Г2 питома вага осіб з легкою депресією та депресією середньої важкості була близькою (41,7 % та 34,5 % відповідно), питома вага осіб без ознак депресії становила 20,2 %, а осіб з важкою депресією — 3,6 %. У групі Г3 важкість депресії була найбільшою: осіб без ознак депресії у цій групі не виявлено, 32,6 % обстежених мали ознаки легкої депресії, 51,2 % — депресії середньої важкості, і 16,2 % — важкої.

Таблиця 2. Розподіл обстежених осіб за рівнями депресії за HDRS

Рівень виразності депресії	Група						p		
	Г1 (n = 26)		Г2 (n = 84)		Г3 (n = 43)		1 — 2	1 — 3	2 — 3
	абс.	%	абс.	%	абс.	%			
Немає	8	30,8	17	20,2	—	—	> 0,05	< 0,01	< 0,01
Легка	17	65,4	35	41,7	14	32,6	< 0,05	< 0,01	> 0,05
Середньої важкості	1	3,8	29	34,5	22	51,2	< 0,01	< 0,01	> 0,05
Важка	—	—	3	3,6	7	16,2	> 0,05	< 0,05	< 0,05

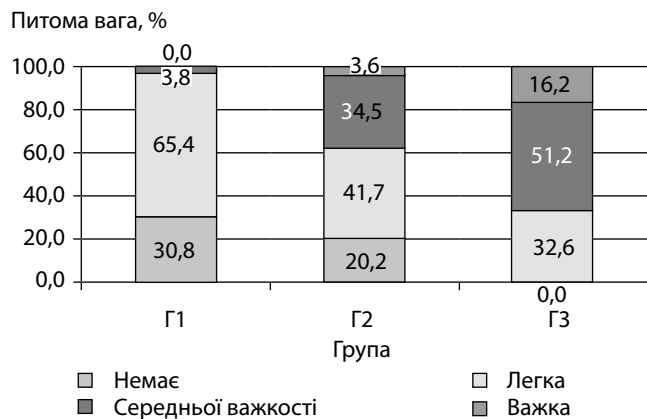


Рис. 2. Структура рівнів депресії за HDRS у обстежених родичів

У обстежених G1 виявлені також найнижчі показники, а у обстежених G3 — найвищі показники за окремими видами депресії. Зокрема, показник адинамічної депресії у обстежених G1 становив $4,92 \pm 2,30$ балів, у обстежених G2 — $7,74 \pm 3,62$ бали, а у обстежених G3 — $9,16 \pm 3,04$ бали; ажитованої депресії — відповідно $4,35 \pm 2,02$ бали, $5,55 \pm 2,86$ балів і $7,70 \pm 1,93$ бали, депресії зі страхом — відповідно $2,81 \pm 1,58$ балів, $3,71 \pm 2,05$ балів і $5,19 \pm 1,55$ балів; недиференційованої депресії — відповідно $1,42 \pm 1,50$ балів, $2,65 \pm 1,88$ балів і $3,81 \pm 1,53$ бали. Розбіжності між групами за всіма зазначеними видами депресії — статистично значущі (див. табл. 2).

Обстежені G1 продемонстрували також найнижчі рівні тривоги (табл. 3, рис. 3).

Таблиця 3. Кількісні показники виразності тривоги за шкалою HARS (у балах)

Показник	Група			p		
	G1 (n = 26)	G2 (n = 84)	G3 (n = 43)	1 — 2	1 — 3	2 — 3
Загальний показник тривоги	$10,62 \pm 4,41$	$18,19 \pm 5,67$	$21,35 \pm 4,70$	< 0,01	< 0,01	< 0,01
Психічна тривога	$6,69 \pm 2,92$	$9,02 \pm 3,43$	$10,70 \pm 2,65$	< 0,01	< 0,01	< 0,01
Соматична тривога	$3,92 \pm 2,68$	$9,17 \pm 3,67$	$10,65 \pm 3,76$	< 0,01	< 0,01	< 0,05

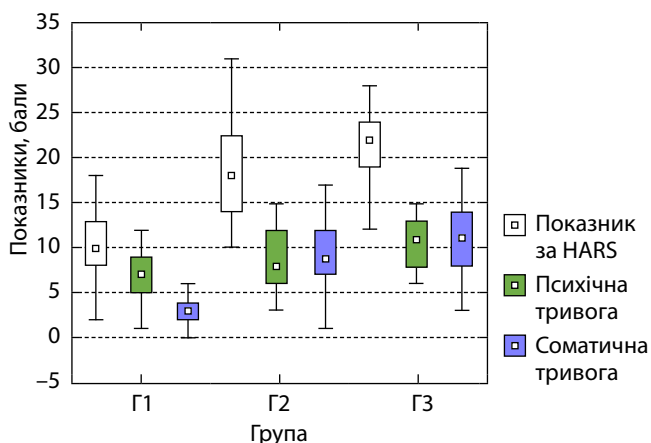


Рис. 3. Показники за шкалою HARS (тут і далі квадратом позначено медіану значень, прямокутниками — міжквартильний діапазон, горизонтальними рисками — граничні значення показників)

відповідає низькому рівню), у обстежених G2 — $18,19 \pm 5,67$ балів (показник відповідає середній виразності тривожного розладу, ближче до легкого), і у обстежених G3 — $21,35 \pm 4,70$ балів (відповідає середній виразності тривожного розладу, ближче до верхньої межі).

Аналогічні закономірності виявлені для окремих видів тривоги: психічної тривоги і соматичної тривоги. Зокрема, показник психічної тривоги у обстежених G1 становив $6,69 \pm 2,92$ бали, у обстежених G2 — $9,02 \pm 3,43$ бали, у обстежених G3 — $10,70 \pm 2,65$ балів, соматичної тривоги — відповідно $3,92 \pm 2,68$ балів, $9,17 \pm 3,67$ балів та $10,65 \pm 3,76$ балів. Розбіжності між усіма групами — статистично значущі.

Під час вивчення розподілу обстежених на групи за рівнями тривоги виявлено, що у більшості обстежених G1 наявні ознаки депресії легкого ступеня (53,6 %), понад третина (38,5 %) обстежених не мала ознак депресії, у 2 осіб (7,7 %) виявлено ознаки депресії середньої важкості (табл. 4, рис. 4).

Зокрема, загальний показник за HARS у обстежених цієї групи становив $10,62 \pm 4,41$ бали (показник

Таблиця 4. Розподіл обстежених осіб за рівнями тривоги за HARS

Рівень виразності тривоги	Група						p		
	G1 (n = 26)		G2 (n = 84)		G3 (n = 43)		1 — 2	1 — 3	2 — 3
	абс.	%	абс.	%	абс.	%			
Немає	10	38,5	19	22,6	4	9,3	> 0,05	< 0,01	> 0,05
Легка	14	53,8	21	25,0	4	9,3	< 0,01	< 0,01	< 0,05
Середньої важкості	2	7,7	28	33,3	26	60,5	< 0,05	< 0,01	< 0,01
Важка	0	0,0	16	19,1	9	20,9	< 0,05	< 0,05	> 0,05

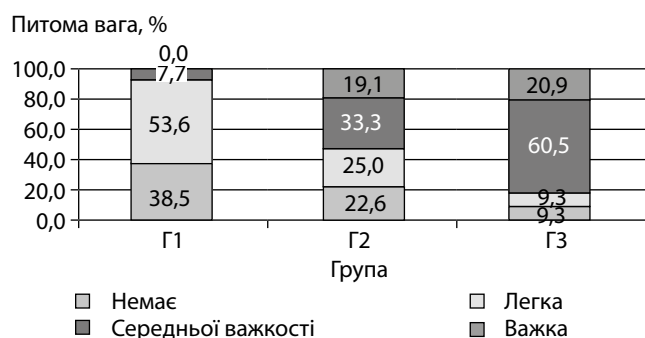


Рис. 4. Структура рівнів тривоги за HARS у обстежених родичів

Серед обстежених G2 найбільшою була питома вага осіб з тривогою середньої важкості (33,3 %), дещо меншою була питома вага осіб з легкою тривогою (25,0 %) та осіб без ознак тривоги (22,6 %), і найменшою — осіб з важкою тривогою (19,1 %).

У G3 переважали особи з тривогою середньої важкості (60,5 %), ще 20,9 % осіб мали ознаки важкої тривоги.

Дані оціночних шкал HDRS і HARS підтверджують результатами обстеження з використанням шкали HADS (табл. 5, рис. 5).

Таблиця 5. Кількісні показники виразності депресії за шкалою HADS (у балах)

Показник	Група			p		
	G1 (n = 26)	G2 (n = 84)	G3 (n = 43)	1 — 2	1 — 3	2 — 3
Тривога	7,65 ± 1,67	9,75 ± 2,05	12,07 ± 2,15	< 0,01	< 0,01	< 0,01
Депресія	7,96 ± 4,59	10,46 ± 4,45	12,14 ± 3,64	< 0,05	< 0,01	< 0,05

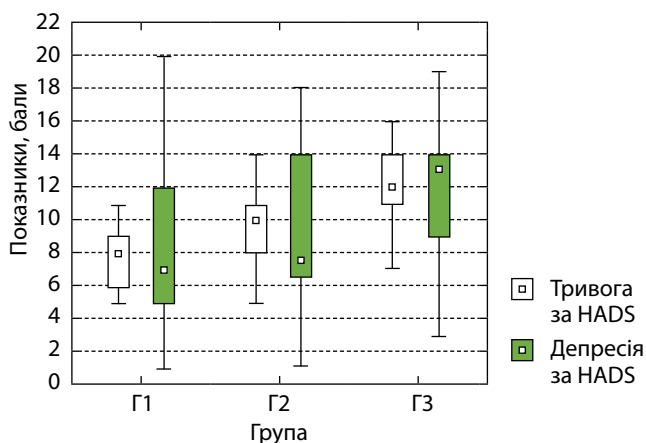


Рис. 5. Показники за шкалою HADS

Зокрема, показник за субшкалою тривоги HADS у обстежених G1 становив 7,65 ± 1,67 балів, що відповідає нормі, ближче до верхньої межі, у обстежених G2 — 9,75 ± 2,05 балів, що відповідає субклінічно вираженій тривозі, і у обстежених G3 — 12,07 ± 2,15 балів, що відповідає клінічно вираженій тривозі.

Показник за субшкалою депресії у обстежених G1 становив 7,96 ± 4,59 балів (верхня межа норми), у обстежених G2 — 10,46 ± 4,45 балів (субклінічно виражена депресія), і у обстежених G3 — 12,14 ± 3,64 балів (клінічно виражена депресія).

Особливості психопатологічної симптоматики у родичів хворих на деменцію, які були визначені з використанням опитувальника Symptom Check List-90-Revised (SCL-90-R), наведено у табл. 6.

Таблиця 6. Кількісні показники виразності клініко-психопатологічних проявів у родичів хворих на деменцію за даними SCL-90-R (у балах)

Показник	Група			p		
	G1 (n = 26)	G2 (n = 84)	G3 (n = 43)	1 — 2	1 — 3	2 — 3
Соматизація	0,85 ± 0,35	1,11 ± 0,40	1,30 ± 0,43	< 0,01	< 0,01	< 0,01
Обсесивно-компульсивні розлади	1,02 ± 0,86	1,62 ± 0,75	1,84 ± 0,74	< 0,01	< 0,01	< 0,05
Міжособистісна сенситивність	1,47 ± 0,43	1,82 ± 0,44	2,05 ± 0,35	< 0,01	< 0,01	< 0,01
Депресія	1,75 ± 0,33	2,22 ± 0,72	2,68 ± 0,54	< 0,01	< 0,01	< 0,01
Тривожність	1,75 ± 0,31	2,08 ± 0,56	2,36 ± 0,44	< 0,01	< 0,01	< 0,05
Ворожість	0,04 ± 0,10	0,15 ± 0,20	0,21 ± 0,22	< 0,05	< 0,01	> 0,05
Фобічна тривожність	0,78 ± 0,40	1,05 ± 0,44	1,43 ± 0,43	< 0,01	< 0,01	< 0,01
Паранояльні симптоми	—	0,02 ± 0,07	0,04 ± 0,08	> 0,05	< 0,05	> 0,05
Психотизм	0,07 ± 0,09	0,06 ± 0,09	0,05 ± 0,10	> 0,05	> 0,05	> 0,05
Додаткові симптоми	1,42 ± 0,45	1,54 ± 0,44	1,43 ± 0,48	> 0,05	> 0,05	> 0,05
Індекс GSI	1,00 ± 0,26	1,28 ± 0,30	1,47 ± 0,27	< 0,01	< 0,01	< 0,01
Індекс PSI	41,38 ± 8,22	46,60 ± 8,48	51,70 ± 7,32	< 0,05	< 0,01	< 0,01
Індекс PDSI	2,17 ± 0,18	2,45 ± 0,21	2,56 ± 0,19	< 0,01	< 0,01	< 0,05

Показники за шкалою соматизації, що відображують психосоматичний компонент психічних порушень, соматичні розлади внаслідок інтрапсихічних конфліктів, соматизацію афективного напруження, і представлені широким спектром соматичної симптоматики психогенного походження (тахікардія, підвищення артеріального тиску, задишка, нудота, блювота, поноси, підвищене виділення слини або сухість у роті, порушення ерекції, аноргазмія, фригідність, м'язові посмикування, тремор, пітливість тощо) у обстежених осіб Г1 відповідають низькому рівню (середнє значення показника становило $0,85 \pm 0,35$ балів), у осіб Г2 також відповідають низькому рівню, але є значуще ($p < 0,01$) вищими проти Г1 ($1,11 \pm 0,40$ балів), а у осіб Г3 наближаються до помірного рівня і є значуще ($p < 0,01$) вищими як порівняти з обстеженими перших двох груп ($1,30 \pm 0,43$ балів) (див. табл. 6, рис. 6).

Показник за шкалою обсесивно-компульсивних розладів, що виявляє психопатологічні феномени, які характеризуються багаторазовим мимовільним повторенням у свідомості хворих певних спогадів, думок або уявлень, або ж нав'язливих дій, що супроводжуються обтяжливим почуттям примусовості, з неможливістю для індивіда довільно керувати виникненням або повторенням цих явищ, виявився низьким лише у обстежених Г1 ($1,02 \pm 0,86$ балів), тоді як у обстежених Г2 і Г3 показник відповідав помірному рівню і менше відрізнявся між цими групами ($p < 0,05$), ніж від показника у Г1: $1,62 \pm 0,75$ балів та $1,84 \pm 0,74$ балів відповідно ($p < 0,01$) (див. табл. 6).

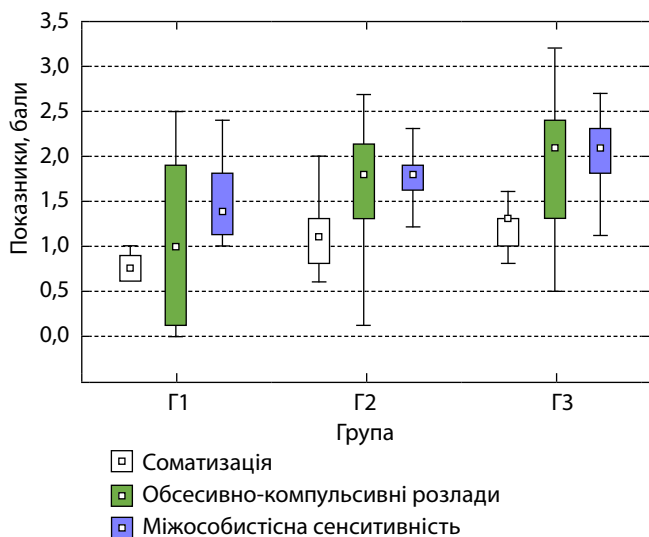


Рис. 6. Показники за шкалами соматизації, обсесивно-компульсивних розладів, міжособистісної сенситивності (SCL-90-R)

Міжособистісна сенситивність, що проявляється почуттями особистісної неповноцінності та неадекватності, насамперед у ситуації порівняння індивідом себе з іншими людьми, з почуттями неспокою і психологічного дискомфорту під час міжособистісної взаємодії, негативним очікуванням від комунікації з іншими людьми, сором'язливості та нерішучості,

відчуттям недоброзичливості до себе з боку оточення, відсутності симпатії та співчуття, у обстежених Г1 відповідав межі низького і помірного рівня ($1,47 \pm 0,43$ балів), у обстежених Г2 відповідав помірному рівню ($1,82 \pm 0,44$ балів), а у обстежених Г3 наближався до підвищеного рівня ($2,05 \pm 0,35$ балів). Розбіжності у показниках між групами — статистично значущі ($p < 0,01$) (див. рис. 6).

Показники депресії і тривожності, одержані з використанням опитувальника психопатологічної симптоматики SCL-90-R, узгоджуються з результатами, отриманими за допомогою шкал HDRS, HARS і HADS.

Зокрема, показник за шкалою депресії (що виявляє афективний стан, який характеризується негативним емоційним тлом, змінами у мотиваційній, вольовій та когнітивній сфері, загальним зниженням активності, порушенням звичної поведінки, суб'єктивно неприємними емоціями і переживаннями — тугою, пригніченістю, відчаєм, почуттям провини за реальні та уявні помилки, що поєднується з почуттям безвихідності та песимізму, у обстежених Г1 становив $1,75 \pm 0,33$ балів, що відповідає помірному рівню, у обстежених Г2 наближався до підвищеного рівня ($2,22 \pm 0,72$ балів), а у обстежених Г3 відповідав підвищеному рівню ($2,68 \pm 0,54$ балів) (рис. 7).

Аналогічно, показник тривожності, що виявляє афекти передчуття невизначеної небезпеки, несприятливого розвитку подій, стан цілеспрямованого підготовчого підвищення сенсорної уваги та моторної напруги в ситуації можливої небезпеки, суб'єктивний прояв особистісного неблагополуччя, у обстежених Г1 відповідав помірному рівню ($1,75 \pm 0,31$ балів), у обстежених Г2 був значуще ($p < 0,01$) вищим ($2,08 \pm 0,56$ балів), а у обстежених Г3 — найвищим ($2,36 \pm 0,44$ балів) (див. рис. 7).

Ворожість (почуття, думки або дії, що виражаються проявами негативного афекту злості і відображують певні властивості, як-от агресія, гнів та роздратування), у обстежених осіб виявилася низькою: у обстежених Г1 $0,04 \pm 0,10$ балів, у обстежених Г2 — $0,15 \pm 0,20$ бали, у обстежених Г3 — $0,21 \pm 0,22$ балів (див. рис. 7). Розбіжності статистично значущі як порівняти обстежених Г1 і Г2 ($p < 0,05$) та Г1 і Г3 ($p < 0,01$).

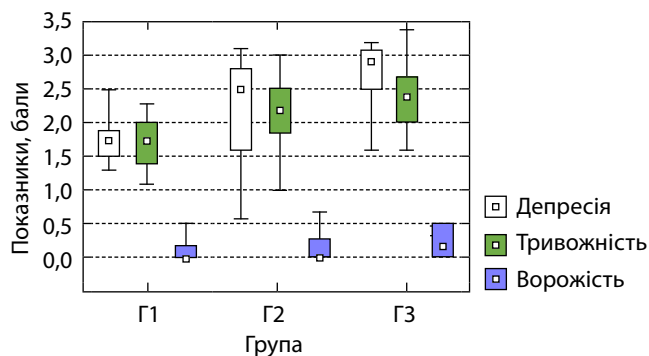


Рис. 7. Показники за шкалами депресії, тривожності та ворожості

Показники за шкалою фобічної тривожності, що відображує наявність стійкої реакції страху на певні обставини, людей, місця, об'єкти або ситуації, що може бути визначена як ірраціональна та неадекватна щодо стимулу, і спонукає до поведінки уникання, відповідали у осіб Г1 — низькому рівню ($0,78 \pm 0,40$ балів), у осіб Г2 були значуще ($p < 0,01$) вищими і також відповідали низькому рівню ($1,05 \pm 0,44$ балів), а у осіб Г3 — помірному рівню ($1,43 \pm 0,43$ балів) (рис. 8).

Паранояльна симптоматика, що відображує порушення мислення за паранояльним типом з проєкцією думок, підозрілістю, переоцінкою власного «Я», маяченням стосунку, надцінними ідеями, ригідністю суджень та схильністю до інтерпретативного маячення, обстеженим особам не була притаманна, і характеризувалася дуже низькими значеннями: у обстежених Г1 — не виявлена, Г2 — $0,02 \pm 0,07$ балів, Г3 — $0,04 \pm 0,08$ балів (див. рис. 8).

Показники за шкалою психотизму, що відображують відхилення від психічної норми і виявляють унікаючий, ізольований шизоїдний стиль поведінки, а також деякі психотичні симптоми, у обстежених осіб також були дуже низькими: у Г1 — $0,07 \pm 0,09$ балів, у Г2 — $0,06 \pm 0,09$ балів, у Г3 — $0,05 \pm 0,10$ балів (див. рис. 8).

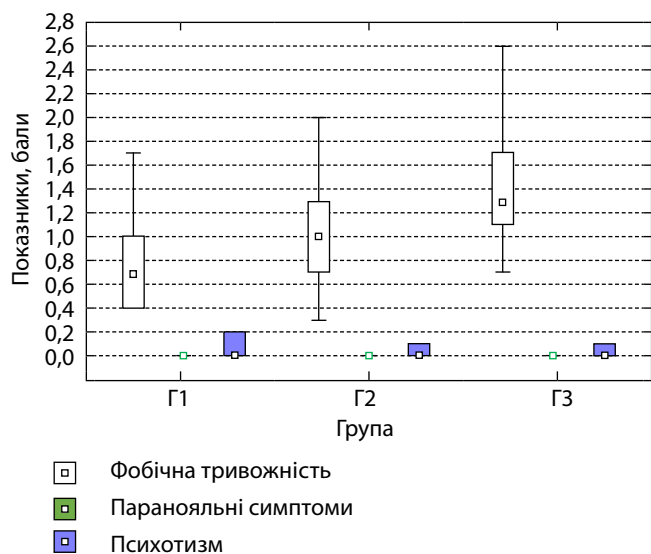


Рис. 8. Показники за шкалами фобічної тривожності, паранояльної симптоматики та психотизму

Індекс загальної виразності симптоматики GSI (General Symptom Index) у обстежених Г1 був найнижчим ($1,00 \pm 0,26$ балів), у обстежених Г2 — значуще ($p < 0,01$) вищим ($1,28 \pm 0,30$ балів), і у обстежених Г3 — найвищим ($1,47 \pm 0,27$ балів) (рис. 9).

Аналогічно, індекс виразності дистресу PDSI (Positive Symptom Distress Index) у осіб Г1 був найнижчим ($2,17 \pm 0,18$ балів), у Г2 — значуще ($p < 0,01$) вищим ($2,45 \pm 0,21$ балів), і у осіб Г3 — найвищим ($2,56 \pm 0,19$ балів) (див. рис. 9).

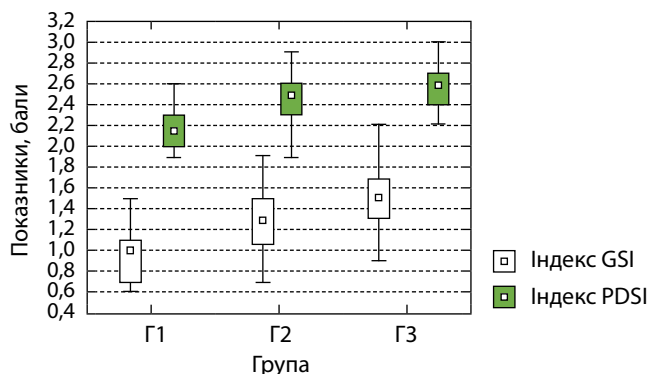


Рис. 9. Показники індексів GSI та PDSI

Індекс прояву симптоматики PSI (Positive Symptom Index) найбільш суттєво відрізнявся якщо порівняти Г1 ($41,38 \pm 8,22$ балів) з Г2 ($46,60 \pm 8,48$ балів) і з Г3 ($51,70 \pm 7,32$ балів) ($p < 0,01$), і меншою мірою різнився як порівняти Г2 і Г3 ($p < 0,05$) (рис. 10).

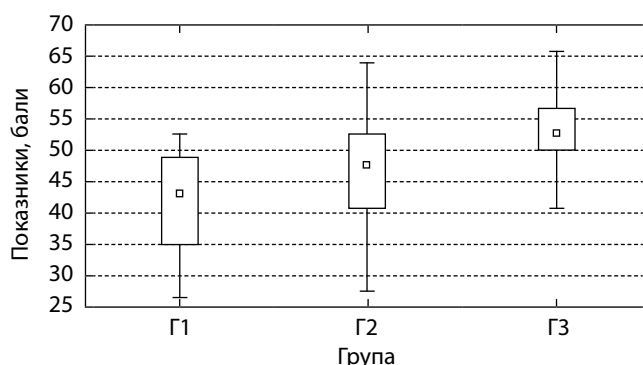


Рис. 10. Показники індексу PSI

Результати проведеного дослідження дали змогу дійти таких висновків.

Стан психічної сфери родичів, які доглядають пацієнтів з деменцією, відрізняється різноманіттям і включає стани психічного здоров'я (16,9 %), психічної дезадаптації (54,9 %) та клінічно окресленого розладу адаптації F43.2 (28,1 %).

Загалом, родичам пацієнтів з деменцією притаманні специфічні зміни в афективній сфері. Виразність цих змін міцно пов'язана з наявністю чинників, які впливають на стан здоров'я та порушень адаптації. У родичів без ознак психічних розладів та чинників, які впливають на здоров'я, показники виразності депресії і тривоги перебувають в межах норми, хоча й наближаються до показників легкої виразності депресивних і тривожних розладів. Натомість, у родичів, у яких виявлено чинники, що впливають на здоров'я, наявні ознаки депресивних і тривожних розладів, переважно субклінічного і легкого рівня. У родичів, які мають порушення адаптації, виявлено ознаки депресивних і тривожних розладів помірного, а у 15—20 % випадків — і важкого ступеня.

Аналіз виразності психопатологічної симптоматики у родичів хворих на деменцію виявив у них найбільш виражені прояви депресії (у осіб з ознаками

порушень адаптації — підвищеного рівня, у осіб без ознак порушень адаптації та з наявними ознаками чинників, що впливають на стан здоров'я — помірного рівня), тривожності (помірного рівня, у осіб з ознаками порушень адаптації — на межі підвищеного рівня), міжособистісної сенситивності (помірного рівня), обсесивно-компульсивних розладів (у осіб без ознак порушень адаптації — низького рівня, у осіб з ознаками чинників, що впливають на стан здоров'я та з ознаками порушень адаптації — помірного рівня), фобічної тривожності (у осіб без ознак порушень адаптації та у осіб з ознаками чинників, що впливають на стан здоров'я — низького рівня, у осіб з ознаками порушень адаптації — помірного рівня), соматизації (в усіх групах — низького рівня, у осіб з ознаками порушень адаптації — ближче до помірного рівня), низькими рівнями ворожості, та відсутністю проявів паранояльної симптоматики і психотизму.

Зазначені закономірності треба брати до уваги під час планування лікувально-реабілітаційних заходів для родичів пацієнтів з деменцією.

Список літератури

1. Огоренко В. В., Шустерман Т. Й., Сеславська Є. Л. Психічна дезадаптація у родичів хворих на деменцію альцгеймерівського типу // Вісник морської медицини. 2023. № 1 (98). С. 192—200. DOI: <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7796118>.

2. Марута Н. О., Мудренко І. Г., Каленська Г. Ю., Денисенко М. М. Суїцидальна поведінка у хворих із деменціями // Український вісник психоневрології. 2020. Т. 28, вип. 4 (105). С. 4—12. DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V28-is4-2020-1>.

3. GBD 2019 Dementia Forecasting Collaborators. Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2019 // *Lancet Public Health*. 2022. Vol. 7, no. 2. e105-e125. DOI: [10.1016/S2468-2667\(21\)00249-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00249-8).

4. Global status report on the public health response to dementia. WHO, 2021. URL: <https://iris.who.int/handle/10665/344701>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

5. Герасименко Л. О. Психосоціальна дезадаптація осіб, які доглядають пацієнтів із хворобою Альцгеймера // Медична психологія. 2017. № 1. С. 9—13. URL: <https://repository.pdmu.edu.ua/handle/123456789/5247>.

6. Family Dynamics and the Alzheimer's Disease Experience / Esandi N., Nolan M., Canga-Armayor N. [et al.] // *J Fam Nurs*. 2021. Vol. 27, no. 2. P. 124—135. DOI: [10.1177/1074840720986611](https://doi.org/10.1177/1074840720986611).

References

1. Ohorenko V. V., Shusterman T. Y., Seslavskaya Ye. L. Psykhichna dezadaptatsiia u rodychiv khvorykh na dementsiiu alzheimerovskoho typu [Mental maladjustment in relatives of Alzheimer's type dementia patients]. *Visnyk morskoi medytsyny [Journal of marine medicine]*. 2023. No. 1 (98). P. 192—200. DOI: <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7796118>. (In Ukrainian).

2. Maruta N. O., Mudrenko I. H., Kalenska H. Yu., Denysenko M. M. Suitsydalna povedinka u khvorykh iz dementsiiauy. [Suicidal behavior in patients with dementia]. *Ukrainskyi visnyk psykhonevrolohii [Ukrainian Bulletin of Psychoneurology]*. 2020: 4(105);4-12. doi: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V28-is4-2020-1>. (In Ukrainian).

3. GBD 2019 Dementia Forecasting Collaborators. Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Public Health*. 2022 Feb;7(2):e105-e125. doi: [10.1016/S2468-2667\(21\)00249-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00249-8). Epub 2022 Jan 6. PMID: 34998485; PMCID: PMC8810394.

4. World Health Organization. (2021). *Global status report on the public health response to dementia*. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/344701>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

5. Herasymenko L. O. Psykhosotsialna dezadaptatsiia osib, yaki dohliadaiut patsientiv iz khvoroboiu Altsheimera [Psychosocial maladjustment in caregivers of patients with Alzheimer's disease]. *Medychna psykholohiia [Medical psychology]*. 2017. No. 1. P. 9-13. URL: <https://repository.pdmu.edu.ua/handle/123456789/5247>. (In Ukrainian).

6. Esandi N, Nolan M, Canga-Armayor N, Pardavila-Belio MI, Canga-Armayor A. Family Dynamics and the Alzheimer's Disease Experience. *J Fam Nurs*. 2021 May;27(2):124-135. doi: [10.1177/1074840720986611](https://doi.org/10.1177/1074840720986611). Epub 2021 Feb 9. PMID: 33563068.

Надійшла до редакції 17.06.2024

Відомості про авторів:

ОГОРЕНКО Вікторія Вікторівна, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри*; <https://orcid.org/0000-0003-0549-4292>; e-mail: ogorenkov@gmail.com

СЕСЛАВСЬКА Євгенія Леонідівна, аспірант кафедри*; лікар-психіатр Центру психіатричної допомоги дитячому та дорослому населенню Комунального некомерційного підприємства «Клінічна лікарня швидкої медичної допомоги Дніпровської міської ради», м. Дніпро, Україна; <https://orcid.org/0000-0003-2732-8340>

* — кафедра психіатрії, наркології та медичної психології Дніпровського державного медичного університету, м. Дніпро, Україна

Information about the authors:

OGORENKO Viktoriia, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of Department**; <https://orcid.org/0000-0003-0549-4292>; e-mail: ogorenkov@gmail.com

SESLAVSKA Yevgeniya, Postgraduate Student of the Department**; Physician-psychiatrist at the Center for Psychiatric Assistance to Children and Adults of the Communal Non-Profit enterprise "Clinical Emergency Medical Hospital of the Dnipro City Council", Dnipro, Ukraine; <https://orcid.org/0000-0003-2732-8340>

** — Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology of Dnipro State Medical University, Dnipro, Ukraine