

## КЛІНІЧНА МЕДИЦИНА

УДК 616.89-008.454-055.5/.7:159.9

Аймедов К.В., Волощук Д.А.

### ОСОБЛИВОСТІ ПОРУШЕНЬ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ У РОДИЧІВ ХВОРИХ НА СУДИННУ ДЕМЕНЦІЮ

Одеський національний медичний університет МОЗ України

*У представленій статті розкрито актуальність проблеми супроводження хворих на судинну деменцію та їх родичів. Автори наводять дані власного дослідження, де представлено особливості порушень психоемоційного стану у родичів хворих на судинну деменцію, у котрих спостерігалась менша виразність емоцій позитивного полюсу при переважанні негативних емоційних переживань. Високий рівень тривоги проявлявся в підвищеній схильності до переживань. Відмічались достатньо високі показники за рівнем астенії, зниження активності та мотивації.*

Ключові слова: судинна деменція, родичі хворих, рівень тривоги, суб'єктивна шкала астенії, особливості психоемоційного стану.

*Робота є фрагментом планової науково-дослідницької теми кафедри соціальної допомоги, загальної та медичної психології Одеського національного медичного університету «Соціально-психологічні, клінічні аспекти психічних та поведінкових розладів: діагностика, терапія, профілактика», № державної реєстрації 0113U001633.*

#### Вступ

Актуальність досліджень різноманітних аспектів судинної деменції (СД) обумовлена низкою медичних та соціальних причин. Одним із основних факторів, що привертає увагу до проблеми СД, є тенденція до неспинного зростання частки осіб похилого віку в населенні економічно розвинутих та більшості країн [1, 4]. Очікувана тривалість життя постійно збільшується майже в кожній країні світу. Всесвітня організація Охорони здоров'я підрахувала, що до 2020 року на Землі буде жити понад 1 млрд. людей старше 60 років. Відповідно до нашого сьогоdnішнього рівня знань можна припустити, що це неминуче призведе до збільшення кількості людей, що страждають деменцією.

Не дивлячись на те, що в сучасній медичній літературі багато публікацій присвячено насамперед морфологічним, терапевтичним, параклінічним аспектам СД, дуже мало уваги приділяється проблемі поєднаності СД з іншими, перш за все соматичними, хворобами [2]. СД є соматично обтяженою патологією, так як у переважачій більшості випадків розвивається на тлі патогенетичного захворювання (гіпертонічна хвороба, церебральний атеросклероз, цукровий діабет), про що свідчать численні публікації [3, 7].

Деменція є однією з найбільш актуальних проблем сучасної неврології і психіатрії. Важливість даної проблеми обумовлена декількома факторами. Насамперед, це значне зростання числа осіб похилого та старечого віку, серед яких поширеність деменції особливо велика. Деменція – це порушення когнітивних функцій, які викликають дезадаптацію пацієнта в повсякденному житті, що призводить до істотного зниження її якості [6, 8]. Смертність серед пацієнтів з деменцією достовірно вище, ніж середньостатистична смертність

серед осіб похилого віку [1, 5]. 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.

#### Мета дослідження

Метою роботи було дослідження особливостей порушень психоемоційного стану у родичів хворих на судинну деменцію.

#### Об'єкт і методи дослідження

Дослідження проводилось на базі «Одеського обласного медичного центру психічного здоров'я», у його ході було обстежено 128 хворих на судинну деменцію та 235 їх родичів.

Критеріями включення в дослідження стали такі вимоги:

Хворі:

- мали встановлений діагноз судинної деменції (F 01);
- не мали тяжких супутніх соматичних захворювань;
- входили до вікової групи 49-94 років.

Родичі:

- які дали письмову згоду на участь у дослідженні себе та хворого родича
- прочитали та усвідомлювали дані, наведені в інформованій згоді, а також розуміли та виконували інструкції використаних у дослідженні психологічних методик та тестів.

Критерії виключення з дослідження наведені нижче:

Хворі:

- мали інший супутній соматичний діагноз;
- не входили до вказаної вікової групи.

Родичі:

- які не дали письмову згоду на участь у дослідженні себе чи хворого родича.

## Актуальні проблеми сучасної медицини

Серед загальної кількості обстежених до участі у подальшій роботі було відібрано 106 хворих на судинну деменцію, які склали Гр. 1 та 163 ро-

дича – Гр. 2.

Розподіл хворих на судинну деменцію за віком та статтю наведено у таблиці 1.

Таблиця 1  
Розподіл досліджених з Гр1 за віком та статтю

Вік хворих (%)*	
похилий вік (61-75)	43 (40,56)
старечий вік (76-90)	57 (53,77)
довгожителі (91 та більше)	6 (5,66)
Стать хворих (%)	
Чоловіча	45 (42,45)
Жіноча	61 (57,55)

Примітка:\* – розподіл здійснено за віковою класифікацією ВООЗ від 2012 р.

За даними, наведеними у таблиці 1, основна кількість досліджених Гр.1 входили до похилої та старечої вікових груп, відповідно 39,62% та 53,77%. Один хворий увійшов до групи середнього віку та 5,66% склали довгожителі.

Як вже зазначалося Гр.2 склали родичі хворих. Серед них у дослідженні прийняли участь чоловіки або жінки хворих, та їх діти.

Методи дослідження були наступні: соціально-демографічний – був використаний для вивчення наступних характеристик обстежених: вік, стать, рівень освіти, сімейний стан, рівень матеріального достатку, професійна належність; клініко-анамнестичний включав збір анамнезу, клінічне інтерв'ю з хворим та його близькими, спостере-

ження; в групі хворих на судинну деменцію було проведено скринінг легких когнітивних проявів за допомогою Монреальської шкали когнітивної оцінки (МОСО).

Для визначення психоемоційних особливостей родичів хворих на судинну деменцію було застосовано низку психодіагностичних методик: Самооцінка емоційного стану (Н. О. Марута, 2001), шкала Гамільтона (HDRS) для оцінки депресії, суб'єктивна шкала оцінки астенії (MFI-20),

### Результати досліджень та їх обговорення

Результати, отримані за методикою «Самооцінка емоційного стану», наведено в табл. 2.

Таблиця 2.  
Самооцінка емоційного стану

Емоції	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	2,5*	1,7
Симпатія	2,4	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

Продовження таблиці 2

Сором	1,7	2,1
Презирство	1,3	1,8
Огида	2,0	2,7*
Незадоволеність собою	2,3	2,9

Примітка: \* – різниця між групами є достовірною,  $p \leq 0,05$ .

За даними таблиці 2, в обох групах дослідження спостерігалась менша виразність емоцій позитивного полюсу при переважанні негативних емоційних переживань. При цьому, достовірно гірший емоційний стан відмічався в Г2 (р) у порівнянні з Г1 (р). Так достовірно більший середній

бал досліджувані Г2 (р) мали за наступними показниками: «незадоволення», «печаль», «засмучення», «тривога», «образ», «неприятель», «злість» та «огида» ( $p \leq 0,05$ ).

Далі вивчали рівень тривоги та депресії в групах Г1 (р) та Г2 (р) (табл. 3).

Таблиця 3.  
Шкала Гамільтона для оцінки тривоги та депресії (HARS, HDRS)

Рівень вираженості показника	Г1 (р) (n=76)		Г2 (р) (n=87)	
	абс.	%	абс.	%
Рівень тривоги (шкала HARS)				
Низький	20	26,32	9	10,34*
Середній	49	64,47	45	51,73
Високий	7	9,21	33	37,93*
Рівень депресії (шкала HDRS)				
Низький	29	38,16*	25	28,74
Середній	44	57,89	55	63,21
Високий	3	3,95	7	8,05

Примітка: \* – різниця між групами є достовірною,  $p \leq 0,05$ .

За даними таблиці 3, достовірно більша кількість осіб Г1 (р) мали нормативні показники за рівнем тривоги 90,79%. 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 проявляється в підвищеній схильності до переживань. Досліджені відчували стан несвідомого страху, невизначене відчуттям 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 представлявся їм лякаючим і ворожим, розвивалась занижена самооцінка і тенденція до песимістичного ставлення до життя.

Схожі тенденції спостерігались в групах щодо рівня депресії: низький рівень депресії достовірно частіше зустрічався у родичів пацієнтів Г1 ( $p \leq 0,05$ ). Переважна більшість осіб Г2 (р) достовірно частіше, у порівнянні з Г1 (р) ( $p \leq 0,05$ ), мали високий або середній рівень депресії (71,26%). 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 астенічних проявів наведена в таблиці 4.

Таблиця 4  
Суб'єктивна шкала оцінки астенії (MFI-20)

Шкали	Г1 (р) (n=76)	Г2 (р) (n=87)
	середній бал	середній бал
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

Примітка: \* – різниця між групами є достовірною,  $p \leq 0,05$ .

В обох групах досліджених відмічались достатньо високі показники за рівнем астенії, зниження активності та мотивації. При цьому, середній бал за шкалами: «загальна астенія» та «знижена активність» був достовірно вищим у осіб Г2 (р) у порівнянні з дослідженими Г1 (р). 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 астенічних розладів визначалась її двома варіантами: гіперстенічною

астенією, яка характеризувалась високою збудливістю сенсорного сприйняття з підвищеною сприйнятливістю нейтральних в нормі зовнішніх подразників (непереносимістю звуків, світла і т. д.), збудливістю, підвищеною роздратованістю, порушеннями сну та ін.; та гіпостенічною астенією, основними елементами якої є зниження порогу збудливості і сприйнятливості до зовнішніх стимулів з млявістю, підвищеною слабкістю, денною сонливістю.

Сам симптомокомплекс астенічного стану як патологічного виснаження після нормальної активності, зниження енергії при вирішенні завдань,

що вимагають зусилля і уваги, або генералізованого зниження здатності до дії, складається з трьох складових:

- Прояви власне астенії;
- Розлади, зумовлені лежачим в основі астенії патологічним станом;
- Порушення, викликані реакцією особистості на хворобу.

Друга складова астенічного розладу, а саме патологічні стани, які лежать в її основі, і є тією головною ознакою, з урахуванням якої пропонується сучасна класифікація астенічних станів. Органічна астенія, частка якої у всіх астенічних станах оцінюється в 45%, розвивається на тлі хронічних, часто прогресуючих органічних (неврологічних), психічних і соматичних захворювань. До них відносяться інфекційні, ендокринні, гематологічні, неопластичні, гепатологічні, неврологічні, психічні (насамперед шизофренія, зловживання психоактивними речовинами) та інші хвороби. На відміну від органічної, функціональна (реактивна) астенія, складова 55% у загальній структурі астенії, характеризується насамперед принциповою оборотністю, так як виникає слідом або в якості компонента обмежених у часі або курабельних патологічних станів. До їх числа відносяться гостра астенія, що виникає як реакція на гострий стрес або значні перевантаження на роботі; хронічна астенія, що з'являється після пологів (післяпологова астенія), перенесених інфекцій (постінфекційна астенія) або в структурі синдрому відміни, кахексії та ін.

### Висновки

1. В ході представленої роботи було досліджено особливості порушень психоемоційного стану у родичів хворих на судинну деменцію. Розглядаючи критерії самооцінки сімейного стану, в обох групах дослідження спостерігалась менша виразність емоцій позитивного полюсу при переважанні негативних емоційних переживань, достовірно більший середній бал досліджувани Г2 (р) мали за наступними показниками: «незадоволення», «печаль», «засмучення», «тривога», «образа», «неприятність», «злість» та «огида» ( $p \leq 0,05$ ).

2. За даними, отриманими під час дослідження рівню тривоги та депресії, достовірно більша кількість осіб Г1 (р) мали нормативні показники за рівнем тривоги 90,79%. 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 проявляється в підвищеній схильності до переживань.

3. Оцінка суб'єктивної шкали астенії показала, що в обох групах досліджених відмічались достатньо високі показники за рівнем астенії, зниження активності та мотивації. При цьому, середній бал за шкалами: «загальна астенія» та «знижена активність» був достовірно вищим у осіб Г2 (р) у порівнянні з дослідженими Г1 (р).

### Перспективи подальших досліджень

В подальшому планується на основі системного підходу вивчити закономірності формування дезадаптації у родичів хворих на судинну деменцію та розробити комплексну систему її психокорекції шляхом формування адекватної мотивації догляду за хворим судинною деменцією та впровадити згадану систему у клінічну практику.

### Література

1. Аймедов К.В. Роль екзогенних факторів у структурі ендогенних депресій / К.В. Аймедов // Науково-практичний журнал «Архів психіатрії». – 2015. – Т. 21, № 1 (80). – С. 124-126.
2. Власенко А. Г. Нейровизуализация в дифференциальной диагностике деменций / А. Г. Власенко, С. Н. Иллариошкин // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2012. – № 6, Т. 112. – С. 86-90.
3. Медична психологія: навч. посіб. / Н. Г. Пшук, М. В. Маркова, А. І. Кондратюк, Л. В. Стукан. – Вінниця, 2010. – 135 с.
4. Пинчук И.Я. В помощь семьям больных болезнью Альцгеймера: метод. рекомендации / И.Я. Пинчук, В. Г. Черкасов. – М., 2007. – С. 45-62.
5. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие / Д. Я. Райгородский. – Самара : «Бахрах-М», 2002. – 672 с.
6. Решетова Т.В. Психологическая помощь пациенту с деменцией и его семье / Т.В. Решетова // Сборник трудов научно-практической конф. «Актуальные проблемы геронтологии и гериатрии» / Под ред. проф. Арьева А.Л. – СПб., 2011. – С.227-230.
7. De Luca J. Confabulation in dementia: Constantly compensating memory systems. / J. De Luca // Neuro-Psychoanalysis. – 2007. – № 19. – P. 25-27.
8. Skoog I. Clinical trials for primary prevention in dementia / I. Skoog, D. Gustafson // Dementia therapeutic research / K. Rockwood, S. Gauthier. – London, New York : Taylor a Francis, 2006. – P. 189-212.

### References

1. Ajmedov K.V. Rol' ekzogennih faktoriv u strukturni endogennih depresij / K.V. Ajmedov // Naukovo-praktichnij zhurnal «Arhiv psichiatrii». – 2015. – Т. 21, № 1 (80). – С. 124-126.
2. Vlasenko A. G. Neirovizualizacija v differencial'noj diagnostike demencij / A. G. Vlasenko, S. N. Illarioshkin // Zhurnal nevrologii i psichiatrii im. S. S. Korsakova. – 2012. – № 6, Т. 112. – С. 86-90.
3. Medichna psihologija: navch. posib. / N. G. Pshuk, M. V. Markova, A. I. Kondratjuk, L. V. Stukan. – Vinnicja, 2010. – 135 s.
4. Pinchuk I.Ja. V pomoshh' sem'jam bol'nyh boleznu Al'cgejmjera: metod. rekomendacii / I.Ja. Pinchuk, V. G. Cherkasov. – M., 2007. – С. 45-62.
5. Rajgorodskij D. Ja. Prakticheskaja psihodiagnostika. Metodiki i testy. Uchebnoe posobie / D. Ja. Rajgorodskij. – Samara : «Bahrah-M», 2002. – 672 s.
6. Reshetova T.V. Psihologicheskaja pomoshh' pacijentu s demenciej i ego sem'e / T.V. Reshetova // Sbornik trudov nauchno-prakticheskoi. konf. «Aktual'nye problemy gerontologii i geriatrii» / Pod red. prof. Ar'eva A.L. – SPb., 2011. – S.227-230.
7. De Luca J. Confabulation in dementia: Constantly compensating memory systems. / J. De Luca // Neuro-Psychoanalysis. – 2007. – № 19. – R. 25-27.
8. Skoog I. Clinical trials for primary prevention in dementia / I. Skoog, D. Gustafson // Dementia therapeutic research / K. Rockwood, S. Gauthier. – London, New York : Taylor a Francis, 2006. – P. 189-212.

### **Реферат**

ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ У РОДСТВЕННИКОВ БОЛЬНЫХ СОСУДИСТОЙ ДЕМЕНЦИЕЙ

Аймедов К.В., Волощук Д.А.

Ключевые слова: сосудистая деменция, родственники больных, уровень тревоги, субъективная шкала астении, особенности психоэмоционального состояния.

В представленной статье раскрыта актуальность проблемы сопровождения больных сосудистой деменцией и их родственников. Авторы приводят данные собственного исследования, где представлены особенности нарушений психоэмоционального состояния у родственников больных сосудистой деменцией, у которых наблюдалась меньшая выраженность эмоций положительного полюса при преобладании негативных эмоциональных переживаний. Высокий уровень тревоги проявлялся в повышенной склонности к переживаниям. Отмечались достаточно высокие показатели по уровню астении, снижение активности и мотивации.

### **Summary**

CHARACTERISTICS OF PSYCHO-EMOTIONAL DISORDERS IN RELATIVES OF PATIENTS WITH VASCULAR DEMENTIA

Aymedov K. V., Voloshchuk D. A.

Key words: vascular dementia, patients' relatives, anxiety level, subjective fatigue scale, psycho-emotional state.

This article throws light upon the necessity to provide the support to patients with vascular dementia and their relatives. The authors present their own findings regarding the psycho-emotional state of the patients' relatives, who demonstrated prevalence of negative emotions over positive ones. Increased anxiety was manifested by increased tendency to worrying. Rather high rates on asthenia decrease in the activity and motivations were observed as well.