

Министерство здравоохранения и социального развития РФ  
ГБОУ Уральская государственная медицинская академия

Сиденкова А. П.

# **Определение психосоциальных типов формирования деменций**

**Методические рекомендации**

Екатеринбург  
2012

УДК 616.892.3 (083.13)

Сиденкова А.П. Определение психосоциальных типов формирования деменций: методические рекомендации. - Екатеринбург: УГМА, 2012. – 32 с.

ISBN 978-5-89895-499-4

Настоящие методические рекомендации разработаны на основе результатов обсервационного клинико-динамического, психометрического, социометрического исследования 214 семей больных с поздними деменциями, проведенного на базе ОГУЗ «Свердловская областная клиническая психиатрическая больница» в 2004-2009 годах. Представлен диагностический алгоритм определения психосоциальных типов деменций. Предложены схемы комплексных медикопсихосоциальных мероприятий, направленных на профилактику и коррекцию психопатологических симптомов в структуре поздних деменций.

Рекомендуется для врачей - психиатров, геронтологов, врачей общей практики, медицинских психологов, специалистов по социальной работе.

Ответственный редактор: док. м. н., профессор О.В.Кремлева

Рецензент: док. м. н., профессор О.И.Салмина-Хвостова

ISBN 978-5-89895-499-4

© ГБОУ ВПО УГМА, 2012

© Сиденкова А.П., 2012

## СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	4
1. Психосоциальный механизм развития поздних деменций.....	4
2. Практическое значение.....	7
3. Диагностический алгоритм определения психосоциального типа деменции.....	7
3.1. Определение тяжести когнитивного расстройства.....	8
3.2. Определение психопатологической структуры синдрома деменции.....	9
3.3. Определение аффективного коммуникативного стиля взаимодействия ухаживающего с пациентом.....	9
3.4. Системная оценка клинических, микросоциально-психологических параметров как основа определения психосоциального типа деменции.....	11
4. Психосоциальные типы деменций.....	12
4.1. «Отчужденно/ажитированный» тип формирования деменции.....	12
4.2. «Зависимо/ажитированный» тип формирования деменции.....	14
4.3. «Принимающее/протекционный» тип формирования деменции.....	15
4.4. «Отчужденно/дефицитарный» тип формирования деменции.....	17
5. Принципы комплексного системного (биопсихосоциального) подхода к ведению пациентов с поздними деменциями.....	18
6. Комплексное ведение лиц с тяжелыми когнитивными расстройствами.....	18
6.1. Медикопсихосоциальные мероприятия при «Отчужденно/ажитированном» типе деменции.....	19
6.2. Медикопсихосоциальные мероприятия при «Зависимо/ажитированном» типе деменции.....	22
Приложение А.....	25
Приложение Б.....	28

## ВВЕДЕНИЕ

Демографические изменения современного общества характеризуются увеличением доли лиц пожилого и старческого возраста в популяциях и высоким распространением возраст-специфических психических расстройств среди пожилых людей. Выраженное снижение автономности и функционирования пациентов детерминирует вовлечение в проблемы их психического страдания лиц ближайшего окружения. Участие в становлении деменции биологических патогенетических факторов, таких как генетическая детерминированность, патологическое старение, церебро-васкулярная сосудистая патология, сомато- и экзогении и целого ряда социальных, микросоциальных обстоятельств, определило необходимость разработки комплексного системного био-психосоциального взгляда на проблему деменции, не только с позиций ее последствий, несомненно затрагивающих помимо больного определенное количество лиц из его окружения, но и на формирование самой деменции. Взаимное влияние микросоциальных и клинических факторов определяет необходимость учета психосоциальных типов формирования деменций при составлении индивидуальных медикопсихосоциальных программ коррекции когнитивных и психопатологических расстройств при деменциях.

Основными целями комплексных коррекционных мероприятий являются повышение уровня функционирования больного с деменцией и ухаживающего за ним лица.

Рекомендуется для интернов, врачей психиатров, геронтологов, врачей общей практики, медицинских психологов, специалистов по социальной работе, организаторов здравоохранения, научных работников, преподавателей.

### **1. ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЙ МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ ПОЗДНИХ ДЕМЕНЦИЙ**

В основе комплексного системного подхода лежит представление о человеке как о динамической рефлексирующей системе с постоянным стремлением поддержания гомеостаза как биологических, так и психосоциальных параметров собственного функционирования, что достигается посредством напряжения биологического и социального компонентов барьера адаптации. Когнитивные (то есть познавательные) функции, определяют качество чувственного познания (за счет перцептивной функции) с получением, опознаванием (декодированием) внешних мультимодальных сигналов, рационального познания с семантической и категориальной оценкой поступающей информации, ее опосредованием к прошлому опыту и собственному текущему состоянию (потребностям, социально-психологическим условиям) и формированием адекватного (по характеру и содержанию) ответа среде.

В условиях когнитивного расстройства (крайним проявлением которого является деменция) происходит нарушение процесса познания как на этапе чувственного восприятия поступающего извне информационного шума (под информационным шумом понимается недифференцированный по содержанию поток внешних раздражителей любой модальности), так и на этапе семантической переработки информации и формирования ответа.

Познавательные функции активного внимания, гнозиса (слухоречевого, зрительно-пространственного, тактильного, обонятельного и др.), связанные с ними функции речи (сенсорный и семантический компоненты) являются базисными для начальных этапов познания, они определяют значение (семантику) поступающей информации. Функции памяти, синтетическая функция мышления позволяют соотнести принятый и первоначально декодированный шумовой сигнал с актуальными потребностями индивида, консолидировав его, сформировать ответ в приемлемой для среды форме. Приемлемость ответа условиям среды обусловлена включением в процесс взаимодействия со средой личностных структур индивида.

Поддержание стабильности внешней психосоциальной среды с динамической коррекцией ее изменений за счет напряжения психосоциальных механизмов (механизмы психологической защиты, копинга, адаптации, психотические защиты и др.) свойственно любой личностной структуре. Фрустрированность личности изменениями внешней либо внутренней психологической среды требует ее коррекции включением внешних либо внутренних защитных механизмов, которые в условиях болезни могут меняться, регрессировать.

При деменциях в условиях основного для данного расстройства дефицита познавательных функций происходит нарушение дифференциации поступающих сигналов (причем как внешних, так и внутренних), потенциально значимый для больного сигнал может не дифференцироваться как значимый, восприниматься как индифферентный, не стимулирующий к ответу среде, либо может восприниматься искаженно.

Вероятно, в ряде случаев присутствуют оба нарушения: неполное дефицитарное восприятие сигнала и компенсаторное «семантическое» искажение, возникающее на основе привлечения прошлого опыта, что приводит к искажению поступающей информации и последующим ответом уже в контексте этого искажения.

Важным аспектом когнитивных расстройств являются нейродинамические нарушения со снижением скорости психического функционирования, что особенно актуально скорости синтетических процессов, консолидации, при снижении устойчивости этих процессов, что присутствует при нарастании тяжести деменций.

Снижение нейродинамических показателей в сочетании с нарушением первоначального этапа познавательного процесса ведет к усилению

фрустрации индивида в условиях поступающей (внешней и/или внутренней информации) поскольку количество «необработанных» и «неотвеченных» сигналов растет. Семантическое непонимание интенсивно поступающей извне информации с сохраняющейся регистрацией поступления нового сигнала вновь и вновь фрустрирует, вызывая недифференцированную примитивную реакцию – растерянность тревогу, «бегство от непонятного», «сопротивление непонятному». По сути человек с грубо нарушенными когнитивными функциями оказывается каждый раз в ситуации аффективно-шоковой, реагируя на нее общебиологически («реакция мнимой смерти», «реакция двигательной бури» (по Кречмеру)). Феноменологически это проявляется симптомами аберрантного поведения, ажитации, сопротивлением попыткам ухода и помощи (что часто ухаживающими расценивается как агрессия)

Жизнедеятельность человека необходимо рассматривать в контексте его социальных взаимоотношений. В этом аспекте взаимодействуя с любым индивидом, человек оказывается вовлеченным в процесс общения, то есть взаимодействия двух (и более личностей), каждой из которых присущ свой уровень экспетаций, информационно-личностного багажа, индивидуальный спектр защитных механизмов.

Пациент, страдающий деменцией, не прекращает свое существование как личность (эта личность динамично меняется в процессе болезни, но, тем не менее, в каждый дискретный момент времени она обладает универсальными личностными характеристиками (отношений, реактивность и т.д.). Поступивший (измененный по сравнению с исходными параметрами) информационный декодированный сигнал подвергается обработке центральной нервной системы определенной личности с интерпретативно-обусловленным разнообразием ответа. Феноменологически данный механизм проявляется в виде интерпретативных по характеру болезненных идей, тревоги, подавленности и т.д.

Участие в процессе взаимодействия с пациентом неформального опекуна, члена семьи привносит в процесс их взаимодействия компонент пристрастности, эмоциональной вовлеченности, обуславливает особый уровень экспетаций, фрустрация которых является дезадаптивной для ухаживающего, не трактуящего поведение больного как болезненное, что усиливает конфликтность общения, феноменологически проявляясь в претензиях, критике по отношению к больному. Дестабилизация психического состояния ухаживающего с развитием психодезадаптационных нарушений, психических расстройств пограничного уровня обуславливает изменение аффективного реагирования, что, вероятно, можно рассматривать как механизм становления феномена «Экспрессивных («Выражаемых») Эмоций».

Феномен «Экспрессивных («Выражаемых») Эмоций» независимо от их содержания (частые критические замечания, высокий уровень враждебности, высокая тревожность ухаживающих и др.) характеризуется

высокой интенсивностью предъявления вербальной информации в единицу времени. Клинические наблюдения показывают, что для высказываний в форме «Экспрессивных («Выражаемых») Эмоций» характерно большое число дополнительных (информационно шумовых) вербальных сигналов, зашумляющих основную содержательную часть высказывания, что затрудняет для пациента с деменцией качественное декодирование информации, поступающей в процессе этого общения.

Негативная оценка ухаживающих действий пациента несет отдельное самостоятельное значение, повышая стрессогенность среды для больного.

Качество и уровень социального приспособления больного с деменцией находятся в прямой зависимости от индивидуальных биологических адаптационных возможностей и особенностей психологических, социальных условий окружающей его среды.

## **2. ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ**

Определение типов формирования деменций на основе психосоциальной модели деменции обосновывает необходимость комплексного подхода к ведению больных с деменциями на всех этапах болезненного процесса, позволяет разработать дифференцированную комплексную систему медикаментозной, психологической и социальной коррекции больных и лиц, осуществляющих уход за ними.

## **3. ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО ТИПА ДЕМЕНЦИИ**

Диагностический процесс является одной из специфических форм познания, познания феномена болезни. Системный медико-психосоциальный диагноз должен быть построен методологически правильно, иметь внутреннюю логику, динамику и соответствовать определенным принципам, а именно:

1) системного учета клинического и микросоциального контекста формирования структуры синдрома;

2) направленности - от частного к общему, от внешнего к внутреннему, от случайного к сущностному, к причинно-следственным отношениям, от познания к практике, как единственному критерию истины.

## Этапы диагностики психосоциальных типов деменций:

1. Оценка тяжести когнитивного расстройства.
2. Оценка психопатологической структуры синдрома деменции.
3. Определение аффективного коммуникативного стиля взаимодействия ухаживающего с пациентом.
4. Совокупная оценка клинических, микросоциально-психологических параметров в динамическом ракурсе с определением типа формирования деменции.

### 3.1. Определение тяжести когнитивного расстройства

Согласно рекомендациям международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10), диагноз деменции правомерен при наличии следующих когнитивных признаков:

- Нарушения памяти, которые проявляются в нарушении способности к запоминанию нового материала, а в более тяжелых случаях - также в затруднении припоминания ранее усвоенной информации. Нарушения проявляются как в вербальной, так и в невербальной модальности.
- Мнестические расстройства должны быть объективизированы с помощью нейропсихологических методов исследования (MMSE).
- Нарушение других когнитивных функций, таких как способности к выработке суждений, мышления (планирования, организации) и переработки информации. Эти нарушения должны быть объективизированы, с помощью соответствующих нейропсихологических методов (ADAS-Cog). Необходимым условием диагноза деменция является снижение когнитивных функций по сравнению с более высоким исходным мнестико-интеллектуальным уровнем (CDS).
- Нарушение когнитивных функций определяется на фоне сохранного сознания.
- Нарушение эмоционального контроля или мотиваций или изменение социального поведения - по меньшей мере, одно из следующих: эмоциональная лабильность, раздражительность, апатия, асоциальное поведение.
- Перечисленные признаки наблюдаются в течение, по меньшей мере, 6 месяцев; при более коротком наблюдении, диагноз может быть предположительным.



### **3.2. Определение психопатологической структуры синдрома деменции**

Используя клинико-психопатологический либо психометрический методы исследования (например, с применением «Нейропсихиатрического опросника» (NPI)) определяют клинический тип слабоумия, отражающий психопатологическую структуру синдрома деменции:

- Простое слабоумие, представленное негативными непродуктивными симптомами;
- Психопатоподобное слабоумие с отражением утрированных черт преморбидной личности либо постморбидной личности;
- Галлюцинаторно–параноидное слабоумие, при котором расстройства восприятия и болезненные идеи тесно связаны с особенностями течения деструктивного органического процесса;
- Амнестически-парамнестическое слабоумие с нарушением фиксационного компонента, парамнезиями (псевдореминисценции, заместительные конфабуляции, экмнезии);
- Паралитическое и псевдопаралитическое слабоумие представлено нарушениями витальной аффективности и дефектом высших интеллектуальных функций;
- Асемическое слабоумие характеризуется очаговым поражением функций речи, гнозиса и праксиса
- Терминальное марантическое слабоумие с полным распадом психической деятельности, психическим маразмом, полным нивелированием черт специфичности существовавших ранее синдромов слабоумия

### **3.3. Определение аффективного коммуникативного стиля взаимодействия ухаживающего с пациентом**

Для оценки особенностей аффективных коммуникативных стилей в семьях больных с деменциями производится измерение «Выражаемых» или «Экспрессивных» эмоций со стороны лиц, релевантных для пациентов. «Выражаемые эмоции» (Expressed Emotion, EE) понимаются как выражение теплоты или враждебности в отношениях между двумя людьми, основанное на том, что один человек говорит о другом. Высокий уровень критицизма и враждебности между членами одной семьи ведет к ухудшению состояния психически больных людей. Уровень выражаемых эмоций изучается с использованием методики Кэмбервеллского семейного интервью (Camberwell Family Interview), которое является полуструктурированным интервью с родственником больного деменцией

или лицом, осуществлявшим уход за ним. Стандартизация интервью осуществляется при помощи «Анкеты для семьи» (адаптированной для применения в геронтопсихиатрии Сиденковой А.П., 2005 г.) и «Вопросника об опыте осуществления ухода» (Experience of Caregiving Inventory – ECI, 1994) (Приложение А, Б). В данное диагностическое интервью включены стандартные вопросы, нацеленные на выяснение мыслей и чувств ухаживающего в связи с болезнью пациента и её влиянием на отношения и выполнение социальной роли самого ухаживавшего. Поощряются спонтанные описания ухаживавшим лицом тех проблем, которые вызывают наибольшее беспокойство при контакте с больным.

В процессе интервью количественно учитываются следующие характеристики:

- критические замечания ухаживающего в адрес пациента;
- положительные комментарии в отношении пациента;
- проявления вербальной враждебности к пациенту со стороны ухаживающего;
- теплота и сочувствие со стороны ухаживающего к состоянию и проблемам больного;
- чрезмерная эмоциональная вовлечённость ухаживающего лица в коммуникацию с пациентом.

Критические замечания оцениваются по содержанию. К критическим замечаниям относятся утверждения со стороны ухаживающего, свидетельствующие о неприязни, неодобрении или обиде, вызванные поведением пациента. Например, «Он всё время бродит туда-сюда, и меня это раздражает». Критические замечания оцениваются по количеству (6 и больше за 30 минут интервью в соответствии с методикой подсчета . Camberwell Family Interview) или отсутствие критических замечаний («Есть», Нет»).

Проявления враждебности к пациенту со стороны лица, осуществлявшего уход, анализируются посредством регистрации утверждений, указывающих не на неприятие определённого поведения пациента, а скорее на негативное отношение к пациенту в целом. Возможный уровень враждебности, выявляемый в интервью: от ее отсутствия, когда в высказываниях ухаживающего нет враждебных в отношении пациента утверждений, обобщённо критичных с неблагоприятной оценкой пациента как человека в целом - вместо критики определённого поведения («Он не нужен ни себе, ни обществу, ни семье»), до полного отвержения больного («Он меня достал, я хочу покончить с этой ситуацией»), вплоть до открытых вопросов о возможной продолжительности жизни больного.

Параметры чрезвычайной эмоциональной вовлеченности или «повышенного эмоционального участия» (emotional over involvement) являются сложными переменными, интегрировано включают гиперопеку, самопожертвование и преувеличенные эмоциональные реакции, параметры оцениваются в ходе интервью и по описанию поведения респондента дома, при рассказе о совместном проживании с больным с деменцией.

При анализе поведения респондента во время проведения интервью учитываются высказывания ухаживающего лица о влиянии болезни дементного больного на респондента, отношение респондента к тому, что пациент становится все более зависимым от него, отсутствие объективности по отношению к пациенту и его болезни. Важным являются эмоциональные проявления, демонстрируемые ухаживающими в ходе интервью (плаксивость, вербальная и голосовая драматизация). Учитывается информация о поведении респондента дома в процессе микросоциальной коммуникации с больным. Обращается внимание на наличие преувеличенных эмоциональных реакций (расстройство и тревога о благополучии пациента, чрезмерное отождествление себя с пациентом («Когда он болен, я тоже болею»), самопожертвование - жертвование работой, общением с друзьями или другими отношениями чтобы уделять больше времени пациенту, гиперопека в форме навязчивого контроля, наблюдения, поучительство пациента. В ряде случаев один и тот же ухаживающий демонстрирует повышенную критичность и определенный уровень враждебности по отношению к пациенту.

Уровень «выражаемых эмоций» признается высоким, если присутствовали один или более критериев, из перечисленных ниже:

1. Ухаживающим в ходе интервью допущено 6 и более критичных замечаний;
2. Любое выражение враждебности в ходе интервью;
3. В процессе интервью есть факты, свидетельствующие о среднем (и выше) уровне чрезмерной эмоциональной вовлеченности.

Уровень выражаемой в семье эмоции признается высоким, если хотя бы один из её членов имеет высокий уровень «выражаемых эмоций».

### **3.4. Системная оценка клинических, микросоциально-психологических параметров как основа определения психосоциального типа деменции**

Совокупная оценка клинических, микросоциально-психологических параметров в их динамическом ракурсе позволяет выделить следующие типы формирования деменции. В условные названия заложены механизмы взаимодействия микросоциальных аспектов и клинических особенности деменций:

- «Отчужденно/ажитированный тип» формирования деменции.
- «Зависимо/ажитированный тип» формирования деменции.
- «Принимающее/протекционной тип» формирования деменции.
- «Отчужденно/дефицитарный тип» формирования деменции.

#### **4. ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ТИПЫ ДЕМЕНЦИЙ**

Характеристика типов формирования деменции основывается на обобщении особенностей состояния пациентов и ухаживающих за ними лицами с учетом взаимного длительного (период взаимного влияния равен как минимум периоду осуществления ухода) динамического влияния. В рамках психосоциального механизма становления деменций личностные, клинические особенности каждого представителя диады (ухаживающее лицо/пациент) рассматриваются как факторы, оказывающие воздействие на среду жизнедеятельности другого участника диады.

##### **4.1. «Отчужденно/ажитированный» тип формирования деменции**

«Отчужденно/ажитированный» тип формирования деменции характеризуется специфичностью преморбидных личностных свойств этих больных, представленных разнообразными психическими особенностями, для этих лиц в преморбиде характерна повышенная социальная активность, ответственность, часто они лидеры в семье до развития своей болезни, «семейный эпицентр», «семейным лидером», «хозяином в доме и семье», «имевший единоличное право принятия семейного решения», склонный оказывать гиперпротекцию и гиперопеку своим близким (детям, братьям, сестрам, супругам). По мере появления признаков когнитивного расстройства для семей представителей данной когорты специфично значительное изменение в ролевой структуре семьи и перераспределение семейных ролей. Центральная роль, выполняемая до болезни пациентом, перераспределяется между другими членами семьи, условная фигура пациента оказывается на периферии семьи, снижается социальная ценность больного в семье, он отчуждается другими членами семьи (в частности, ухаживающим), с выраженным его дистанцированием. Текущие социальные семейные роли, отведенные пациенту представлены маргинальными характеристиками: пациент вне активных обсуждений текущих семейных событий, прием пищи ему, как часто, организуют отдельно от других членов семьи, в любые мероприятия (прогулки, гигиенические процедуры, одевания, прием пищи и т.д.) и действия пациент вовлекается без уточнения его интересов и пожеланий, только исходя из целесообразности, по мнению основного ухаживающего лица. В семьях формируются правила запретов на любую даже полезную деятельность, в которую мог бы включаться пациент при текущем уровне состояния его когнитивных функций. Стиль семейного общения с

пациентом директивным, «воспитывающим», «указывающим», «одергивающим» с высокой изначальной готовностью критиковать практически любые действия пациента. В отдельных случаях удается проследить, что уровень враждебности ухаживающего к пациенту вторичен по отношению первичной высокой готовности к его критической оценке. Характерно, что подобное изменение отношения к пациенту демонстрирует не только основной ухаживающий, это становится общим семейным стилем взаимодействия с пациентом, который перенимается представителями младших поколений (например, внуками). Диапазон качества общения в этой когорте представлен от «устойчиво отрицательного отношения» с применением наказаний, резкой критикой до «отказа от общения» с больным. В данной когорте опекающий человек единолично принимает все решения и контролирует все сферы взаимоотношений с пациентом.

При данном типе формирования деменций характерен высокий уровень «Выражаемых Эмоций» в этих семьях. Насыщенные эмоции представлены агрессией, враждебностью ухаживающих данной когорты, с высоким уровнем экспрессии, часто звучит вопрос о прогнозе продолжительности жизни пациента.

Клинические особенности болезненного процесса у этих пациентов представлены факультативными психопродуктивными и поведенческими расстройствами. Основной удельный вес занимают болезненные идеи с высоким уровнем вербальной и физической агрессии со стороны пациента, выраженным уровнем беспокойства, неустойчивого настроения. Для этих пациентов свойственно, что болезненные идеи развиваются у них в инициальный период развития дементирующего процесса, имели персекуторный характер («параноид жилья», идеи отравления, ревности) сопровождаются трансформацией личностных качеств с нарастанием недоверчивости, подозрительности в адрес ближайшего окружения. Нарушения зрительного гнозиса присоединяются на этапе легкой/умеренной деменции, представлены нарушением идентификации живого/неживого объектов, имели яркую аффективную окраску, сопровождаются усилением тревожности, до ажитации, усилением агрессии, эпизодами психомоторного возбуждения, усиливавшегося при активных попытках ухаживающих усмирить их. Специфично, что ухаживающие этой когорты склонны физически сдерживать и ограничивать активность пациента либо активно разубеждать его в наличии расстройств восприятия на высоте психотических состояний, что приводит к усилению беспокойства и возбуждения.

По мере нарастания деменции происходит параллельное нарастание деменции, деформация семейных связей с отчуждением пациентами другими членами семьи, усиление аффективных расстройств больного, ухудшением уровня функциональной активности с ответной реакцией еще большего отчуждения ухаживающего.

#### **4.2. «Зависимо/ажитированный» тип формирования деменции**

«Зависимо/ажитированный» тип формирования деменции по преморбидным особенностям больных не имеет значимых отличий от больных, ранжированных в другие когорты. В этих семьях присутствуют тесные эмоционально насыщенные связи между пациентом и основным ухаживающим лицом, с зависимой позицией ухаживающего. Особенностью диадных отношений в этой когорте является постоянство минимальной межличностной дистанции ухаживающего и пациента. В процессе болезни семейная структура не меняется. В отдельных случаях происходит сближение в диаде в процессе осуществления ухода. При этом наибольшей уязвимости подвергается личность ухаживающего, за счет снижения его автономии. Для ухаживающих этой когорты специфична определенная инфантильность, внушаемость, зависимость от мнения пациента, как до развития его болезни, так и на период проведения ухода. Характер принятия повседневных решений в этой диаде, по оценкам ухаживающих лиц, в большинстве случаев характеризуется тем, что пациент даже будучи дементным (легко, умеренно выраженная деменция) контролирует все семейных сферы взаимоотношений. В личностных особенностях таких ухаживающих прослеживается тенденция активного или пассивного перекладывания на других большей части важных решений своей жизни. На протяжении лет совместного проживания с пациентом, еще до развития болезни последнего, потенциальным ухаживающим свойственно подчинение своих собственных потребностей потребностям других членов семьи, чрезмерная податливость их желаниям. Такие ухаживающие уже в процессе развития деменции у пациента ограничено способны предъявлять им даже разумные требования, они склонны постоянно советоваться с пациентом, как со значимым членом семьи, нуждаются в его ободрении. Основной особенностью таких ухаживающих является неуверенность в своих силах, чувство несостоятельности в жизни. По мере нарастания когнитивного расстройства значимость пациента для ухаживающего нарастает, усиливается страх быть покинутым другими членами семьи, в том числе, пациентом, страх и тревожность ухаживающих возрастают при малейшем изменении в соматическом или психическом состояниях больного.

Для ухаживающих лиц характерна чрезмерная эмоциональная вовлеченность в процесс взаимодействия с больным. Высокий уровень «Выражаемых Эмоций», регистрировавшийся у данных лиц, представлен активными критическими высказываниями, поучениями, «причитаниями» в адрес больного, с предъявлением ему высоких требований участия в жизни семьи и требованием поддержки ухаживающему, как это было на доболезненном уровне. Такие ухаживающие отличаются неоправданно завышенными ожиданиями в отношении результатов терапии (ждали «чуда», «полнейшего выздоровления»). В процессе исследования у ухаживающих этой когорты выявлялся высокий уровень психологической

и социальной фрустрированности, основным содержанием которой являлась неопределенность, неуверенность в будущем, в страх потери больного, с частым «отрицанием» фатальности его болезни, инфантильным «требованием» выздоровления. Средний уровень враждебности, отмеченный в этой когорте сопровождался субъективной обидой на больного, на судьбу, разочарованием в отсутствии кардинального улучшения. Им была свойственна низкая удовлетворенность межличностными внутрисемейными отношениями и отношениями с больным. Практически у всех ухаживающих этой когорты при заполнении «Опросника общего здоровья» зарегистрированы высокие показатели безусловной и возможной тревоги и депрессии. Выявлено, что именно ухаживающие из этой когорты наиболее часто добровольно меняли места работы, покидали места работы с целью осуществлять более полный уход за больным, в ущерб своему социальному, профессиональному статусу. Неблагоприятная динамика личных семейных отношений и статуса также присуща ухаживающим этой группы.

Факультативные симптомы представлены аффективными нарушениями в виде тревоги, неустойчивости настроения, раздражительности. Болезненные идеи на этапе предеменции/легкой деменции носят ипохондрический характер, до степени нигилистического бреда. Болезненные идеи и нарушения восприятия сопровождаются ажитированным аффектом, раздражительностью, тревожностью. Тревога у этих пациентов носит специфический характер, проявлялась при расставании с ухаживающим лицом, уровень ажитации нарастает иногда до психотического, такие пациенты «требуют» практически постоянного присутствия ухаживающего в поле их зрения.

Ухаживающие этой группы в своих самоотчетах указывают на тесную связь их эмоционального состояния и состояния пациентов.

#### **4.3. «Принимающее/протекционный» тип формирования деменции**

«Принимающее/протекционный» тип формирования деменции характеризуется отсутствием статистически значимых отличий по преморбидным личностным особенностям больных. Диапазон межличностной дистанции значимо не меняется в процессе осуществления ухода за больным, не меняется сложившаяся до болезни структура семьи. Ухаживающие этой группы отличаются низким уровнем «Выражаемых Эмоций» (враждебность, критические замечания). Ухаживающие лица с сочувствием, состраданием относятся к больным, они выполняют все необходимые мероприятия по уходу, учитывая пожелания пациентов, степень комфорта. Коммуникативный стиль этих ухаживающих характеризуется наличием почти постоянной системой положительного подкрепления отношений (преданность, любовь, с практическим отсутствием раздражительности или отказа от общения). Для этих ухаживающих характерно, что они с благодарностью обращаются к

прошлому опыту, воспоминаниям совместной с пациентом жизни. В деменции своих близких наиболее тягостными моментами они отмечают чувство утраты облика прежнего любимого, знакомого человека, «уход его по частям». В «бремени деменции» основную роль для ухаживающих этой группы играет эмоциональная составляющая, в большинстве случаев – чувство душевной боли. «Принимающее/протекционное» тип формирования деменции характеризуется отсутствием статистически значимых отличий по преморбидным личностным особенностям больных. Диапазон межличностной дистанции стабилен, в процессе осуществления ухода за больным данный показатель значимо не меняется. Структура семьи, сложившаяся до болезни, сохраняется. Экспрессивные эмоции ухаживающих лиц отличаются низким уровнем враждебности и критичности. Сочувствие, сострадание при оказании помощи больному характерно для ухаживающих этой группы. При выполнении мероприятий по уходу ухаживающие учитывают пожелания больного, ориентируются на поддержание его комфорта. Коммуникативный стиль ухаживающих характеризуется положительными подкреплениями отношений (преданность, любовь, с практическим отсутствием раздражительности или отказа от общения). Ухаживающие с благодарностью обращаются к прошлому опыту, воспоминаниям совместной с пациентом жизни. В «бремени деменции» основную роль для ухаживающих этой группы играет эмоциональная составляющая, в большинстве случаев – чувство душевной боли, обусловленное утратой личностного облика любимого человека, «уход его по частям». Ежедневную помощь пациенту ухаживающие воспринимают как своеобразное служение и «дань» долга значимому человеку. Они с терпеливым паттернализмом помогают пациенту. Происходит сдвиг в семейно-ролевой структуре со сменой прежних партнерских позиций на своеобразные терпеливые родительские отношения взрослых ухаживающих детей к больным родителям. Ухаживающие принимают болезнь родственников как новое качество ранее знакомого человека. Для ухаживающих когорты «Принимающе/протекционного» типа формирования деменций специфично высокое удовлетворение отношениями, складывавшимися в семье и с пациентом.

У пациентов этой группы реже имелись включения факультативных симптомов в структуру синдрома деменции, им были свойственны самые незначительные показатели утраты функциональной активности.

Сбалансированность внешних средовых факторов («Выражаемые Эмоции») приводит к тому, что структура синдрома у пациентов этой когорты представлена «простым» типом слабоумия.



#### 4.4. «Отчужденно/дефицитарный» тип формирования деменции

«Отчужденно/дефицитарный» тип формирования деменции характеризуется отсутствием специфических преморбидных личностных особенностей пациентов этой группы. Ухаживающие этой когорты в большинстве случаев не имеют близких родственных связей с опекаемым. Особенности семейных отношений до развития потребности в уходе за больным отличаются высокой степенью дистанцированности между отдельными членами семьи. Высокая изначальная степень дистанцированности между собой всех членов семьи усугубляется по мере нарастания болезни. При этом в качественном плане общая структура семьи остается практически на доболезненном уровне, меняются количественные параметры. Ухаживающие отмечают, что им всегда (до болезни и в настоящее время) был присущ отстраненно директивный стиль коммуникаций со всеми членами семьи, в том числе с больным. В таких семьях пациент и ухаживающий характеризуются определенной автономностью при совместном проживании. В отдельные периоды жизни в этих диадах было принято сводить коммуникативную активность к нулевому уровню, происходил своеобразный «отказ от общения». При этом для ухаживающих характерен единоличный контроль всех сфер взаимоотношений, сложившийся годами в этих семьях, они склонны к единоличному принятию решений. Между представителями разных поколений семьи отмечаются достаточно ровные, без выраженного эмоционального включения отношения. Ухаживающие этой когорты склонны к проявлениям умеренной степени выраженности враждебности и критичности, что в большей степени проявлялось во внешней оценке пациента с другими лицами (медперсоналом, врачом), а не с самим больным. По мере нарастания когнитивного снижения пациент все больше выключался из диадных отношений, его повседневная ситуация характеризовалась малой мотивированностью и низкой стимулирующей активностью семейной среды по отношению к самому больному.

В клиническом плане состояние этих пациентов определяется низкой представленностью психопродуктивных, аффективных нарушений, дезадаптация пациента определяется высоким уровнем апатии/равнодушия. Клинико-психопатологически деменция в этой когорте представлена апато-абулическим либо простым типом. Для этих больных было характерно нарастание в основном дефицитарной когнитивной симптоматики.

## **5. ПРИНЦИПЫ КОМПЛЕКСНОГО СИСТЕМНОГО (БИОПСИХОСОЦИАЛЬНОГО) ПОДХОДА К ВЕДЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ПОЗДНИМИ ДЕМЕНЦИЯМИ**

*Комплекс терапевтических мероприятий формируется с учетом:*

1. Индивидуального психодинамического анализа клинико-динамических особенностей структуры синдрома деменции, выраженности когнитивных, поведенческих, аффективных и функциональных феноменов;
2. Анализа микросоциальных факторов с введением в терапевтический комплекс мероприятий, влияющих на значимое ближайшее окружение пациента с учетом типа формирования деменции, аффективных особенностей коммуникативного стиля взаимодействия человека, осуществляющего уход, и пациента с деменцией;
3. Индивидуального значения отдельных проявлений деменций для каждого ухаживающего;
4. Анализа и прогностической оценки характера комплайенса ухаживающего.

Определение типа формирования деменции в соответствии с разработанной классификацией, представленной в настоящих методических рекомендациях, позволяет решить вопрос о необходимом в каждом индивидуальном случае объеме терапевтической и психосоциальной помощи пациенту и членам их семей.

Подчиняясь общей конечной цели – снижение выраженности дезадаптации пациента и ухаживающего за ним лица, ресоциализация участников терапевтического процесса, для каждой когорты с учетом этапа терапии выделены задачи-мишени, направленные на реализацию основной цели комплексной помощи лицам с поздними деменциями.

## **6. КОМПЛЕКСНОЕ ВЕДЕНИЕ ЛИЦ С ТЯЖЕЛЫМИ КОГНИТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

Разработан комплекс мероприятий по оказанию медико-психосоциальной помощи при наименее благоприятных типах формирования деменции «Отчужденно/ажитированного» и «Зависимо/ажитированного» типов.

## 6.1. Медикопсихосоциальные мероприятия при «Отчужденно/ажитированном» типе деменции

С учетом выявленных в процессе настоящего исследования особенностей, свойственных ухаживающим этой когорты в виде: значительной выраженности «Выражаемых Эмоций», высокого уровня отвержения пациента, низкой первичной идентификации болезненных проблем пациента, высокого уровня стрессовой нагрузки для ухаживающего каждого отдельного феномена деменции.

С учетом особенностей клинико-динамической структуры синдрома деменции, свойственной больным этой когорты в виде: высокого удельного веса интерпретативных персекуторных болезненных идей, ажитации и агрессии, тревожности и раздражительности, а также низкой функциональной активности по типу «избегания» потенциально неодобряемой деятельности сформулирован алгоритм терапевтических мероприятий (Схема 1). Данный алгоритм предполагает диадное воздействие на пациента и ухаживающее лицо.

<b>1-й Этап – Снижение стрессогенности среды</b>			
Мероприятия, направленные на пациента		Мероприятия, направленные на ухаживающего	
Коррекция аффективных, психотических, поведенческих расстройств		Выявление психологических проблем, связанных с процессом ухода и совместного проживания с пациентом	
Психофармакологические Средства: СИОЗС Антипсихотики			Индивидуальное психологическое консультирование
Коррекция нейротрансмиттерного дефицита с учетом тяжести деменции		Психообразование для ухаживающих с целью прояснения болезненной либо защитно-психологической сущности симптомов болезни	
Противодементные Средства: Ингибиторы АцХЭ Акатинол-мемантин			Когнитивно-поведенческая терапия Концепция «Стресс-уязвимости» возникновения болезненных симптомов

<b>2-й Этап – выработка нового аффективного коммуникативного стиля в диаде/семье</b>			
Сдерживание прогрессивности дementирующего процесса/коррекция нейротрансмиттерного дефицита		Формирование навыков совместного проживания с больным Формирование «принимающего» коммуникативного стиля взаимодействия с пациентом	
Базовая противодementная терапия: Ингибиторы АцХЭ Акатинол-мемантин			Тренинг эмпатийного участия Навыки самопомощи для коррекции собственных ВЭ, тревоги
Выработка эмпатийного аффективного коммуникативного стиля		Формирование навыков решения социально-бытовых проблем, связанных с деменцией родственника	
Тренинг эмоциональной эмпатии			Навыки организации среды, безопасной и терапевтирующей пациента
Повышение уровня функциональной активности пациента		Формирование навыков обращения за помощью	
Нейропсихологический тренинг исполнительских функций, произвольного внимания			Расширение социальной сети ухаживающего

**Схема 1.** Алгоритм комплексной помощи при «Отчужденно/ажитированном» типе деменции.

Задачами первого этапа является снижение стрессогенности среды. В отношении пациента при решении данной задачи необходима коррекция симптомов, которые в большей степени поддерживают высокую стрессогенность среды, дезадаптируют пациента и ухаживающего, это купирование аффективных (гипо-, дистимических симптомов,

неустойчивого аффекта, раздражительности), психотических (болезненных идей, нарушений восприятия), поведенческих (ажитация, агрессия, двигательное беспокойство). С патогенетически ориентированных позиций для решения этих задач уместно использовать антидепрессанты из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина, малые дозы инцизивных антипсихотиков, либо атипичные антипсихотики. На этом же этапе начинается подбор (если это не произошло ранее) базовой противодементной терапии, направленной на коррекцию нейротрансмиттерного дефицита, посредством назначения у пациентов с легкой-легко/умеренной деменции ингибиторов ацетилхолинэстеразы, пациентам с умеренно/тяжелой-тяжелой деменцией – акатинола-мемантина. На данном этапе задачи по снижению стрессогенности среды актуальны в отношении ухаживающего лица. С позиций проблемного анализа в процессе индивидуального психологического либо психотерапевтического консультирования выявляются психологические проблемы, связанные с процессом ухода и совместного проживания с пациентом. Ухаживающий включается в работу групп психообразования, целью которых является раскрытие психодинамической, психосоциальной природы факультативных симптомов деменции (конечной целью в отношении воздействия на ухаживающего является снижение уровня выражаемых эмоций в адрес больного, которые поддерживают интенсивность факультативных симптомов).

Задачами второго этапа является формирование в диаде ухаживающий/пациент нового аффективного коммуникативного стиля. В отношении пациента эта задача решается двумя одновременными направлениями: сдерживание темпов прогрессивности деменции (поскольку утяжеление деменции является стрессирующим моментом для ухаживающего), стимуляции функциональной активности пациента и выработка, эмпатийного коммуникативного стиля взаимодействия больного с близким ему окружением. Данная задача решается посредством групповых занятий пациентов с психологом. Основная задача этого этапа для ухаживающего лица решается посредством формирования навыков совместного проживания с больным, формирования «принимающего» коммуникативного стиля взаимодействия с пациентом через тренинг эмпатийного участия, создание навыка самопомощи для коррекции собственных экспрессивных эмоций, тревоги, агрессии. Формирование навыков обращения за помощью, решения социально-бытовых проблем, связанных с деменцией родственника, умение сформулировать проблему, связанную с деменцией родственника.

Комплексная помощь включает наличие сети социальной поддержки за счет групп самопомощи, общественных организаций, групп волонтеров, вовлечения в процесс ухода иных родственников, социальных работников, патронажных сестер.

## 6.2. Медикопсихосоциальные мероприятия при «Зависимо/ажитированном» типе деменции

С учетом выявленных в процессе настоящего исследования особенностей, свойственных ухаживающим этой когорты в виде: высокой интенсивности «Выражаемых Эмоций», эмоциональной тревожной экспансии в коммуникациях с пациентом, высокого уровня экспетаций с последующей фрустрированностью, умеренно-низкого уровня идентификации болезненных расстройств, зависимых психологических черт личности; особенностей клинико-динамической структуры синдрома деменции, свойственной больным этой когорты в виде: высокого уровня тревожной ажитации, демонстративности, ипохондричности, снижения функциональной активности разработан алгоритм терапевтических мероприятий (Схема 2).

<b>1-й Этап – снижение аффективной заряженности микросоциальной среды</b>			
Мероприятия, направленные на пациента		Мероприятия, направленные на ухаживающее лицо	
Снижение тревоги, ажитации		Коррекция выраженной актуальной тревоги у лица, осуществляющего уход	
СИОЗС			КПТ, Анксиолитики, Антидепрессанты
Коррекция нейротрансмиттерного дефицита с учетом тяжести деменции		Психообразование для ухаживающих с целью повышения уровня идентификации болезненных феноменов	
Противодементные средства: Ингибиторы АцХЭ, Акатинол-мемантин			

<b>2-й Этап – выработка нового аффективного коммуникативного стиля в диаде/семье</b>			
Сдерживание прогрессивности дементирующего процесса/коррекция нейротрансмиттерного дефицита		Формирование навыков совместного проживания с пациентом	
Базовая противодементная терапия: Ингибиторы АцХЭ, Акатинол-мемантин			Тренинг навыков самостоятельного совладания с тревогой, фрустрацией
		Повышение автономности личности ухаживающего	
			Тренинги личностного роста
Выработка эмпатийного аффективного коммуникативного стиля		Формирование навыков самостоятельного решения социально-бытовых проблем, связанных с деменцией	
Тренинг эмоциональной эмпатии			Навыки организации среды, безопасной и терапевтирующей пациента
Повышение уровня функциональной активности пациента		Повышение коммуникативной активности ухаживающего	
Нейропсихологический тренинг исполнительских функций, произвольного внимания			

**Схема 2.** Алгоритм комплексной помощи при «Зависимо/ажитированном» типе деменции.

Задачами первого этапа является снижение аффективной заряженности микросоциальной среды. Мероприятия, направленные на пациента, обусловлены высоким уровнем тревоги, ажитации, свойственных этим больным. Патогенетически оправданным является назначение антидепрессантов серотонинового ряда- ингибиторов обратного захвата серотонина, подбор базовой противодементной терапии

с предпочтительным назначением у пациентов с легкой-легко/умеренной степенью выраженности деменции ингибиторов ацетилхолинэстеразы, при выражено/умеренной-тяжелой деменции – актинола-мемантина. Мероприятия, направленные на ухаживающее лицо призваны купировать уровень их чрезмерной тревоги (которая является дезадаптирующей для больного), в зависимости от ее уровня показано применение психотерапевтических методов, назначение короткими курсами анксиолитиков (ситуационно), традиционными по продолжительности курсов антидепрессантов. Родственникам пациентов на этом этапе предлагается включаться в групповые психообразовательные программы с целью повышения уровня идентификации болезненных феноменов у пациентов с деменциями.

Задачами второго этапа является формирование в диаде ухаживающий/пациент нового аффективного коммуникативного стиля. В отношении пациента эта задача решается двумя одновременными направлениями: снижение степени прогрессивности деменции, усиление функциональной активности пациента и выработка эмпатийного коммуникативного стиля взаимодействия больного с окружением. Данная задача решается посредством групповых занятий пациентов с психологом. Продолжение коррекции исполнительских функций, произвольного внимания (как функции социального контроля) в процессе нейропсихологического тренинга. Основная задача этого этапа для ухаживающего лица решается посредством формирования навыков совладания с собственной тревогой, опосредованной диадными взаимодействиями, повышение автономности личности ухаживающего, формирование навыков самостоятельного решения социально-бытовых проблем, связанных с деменцией. На индивидуальных и/или групповых занятиях с психологом или психотерапевтом формирование у родственника навыков организации среды, безопасной и терапевтирующей пациента. Повышение коммуникативной активности ухаживающего, его ресоциализация.

При организации работы по принципу бригадного полипрофессионального решения проблем данные задачи выполняются эффективнее.



**Анкета для семьи**

ФИО пациента, возраст \_\_\_\_\_

ФИО родственника/лица, осуществляющего уход \_\_\_\_\_

Мы заинтересованы в том, чтобы выяснить какие проблемы у Вас возникают (если возникают) дома с Вашим родственником. Мы хотим выяснить, насколько большой стресс вызывают эти проблемы, и насколько, как Вам кажется, Вам удастся справиться с этими проблемами. Мы надеемся, что эта информация поможет наладить нашу с Вами совместную работу, помогающую более успешно справляться с трудностями, которые Вы переживаете.

Пожалуйста, прочитайте следующие утверждения, описывающие типы поведения, которые могут встречаться и у Вашего родственника.

Рядом с каждым из утверждений, если такое поведение не наблюдалось, обведите в кружок цифру «1» в первой колонке, что означает, что такое поведение никогда не случилось; в таком случае в других двух колонках ничего пометать не надо.

Если такое поведение наблюдалось, пожалуйста, укажите, как часто. Затем таким же образом укажите в двух других колонках, насколько такое поведение беспокоит Вас и насколько хорошо Вам удастся справиться с этим дома.

		<b>Частота Как часто наблюдается такое поведение?</b> 1- никогда 2- редко 3- иногда 4- часто 5- постоянно					<b>Беспокойство Насколько сильно это поведение беспокоит /удручает /раздражает Вас?</b> 1-нисколько 2-немного 3- в умеренной степени 4-достаточно сильно 5-очень сильно					<b>Преодоление Насколько хорошо вы справляетесь с таким поведением Вашего родственника?</b> 1-очень хорошо 2-достаточно хорошо 3- в умеренной степени 4- достаточно плохо 5- совсем не справляюсь				
1	Беспокойно себя ведет, например, ходит по комнате и др.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2	Жалуется на головную боль	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
3	Непредсказуем и импульсивен	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

4	Оскорбляет окружающих	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
5	Бьет (пытается ударить) окружающих	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6	Поднимает шум или много кричит	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
7	Подозрителен, обвиняет членов семьи	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
8	Необычайно суетлив	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
9	Капризен и привередлив	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
10	Не интересуется друзьями и родственниками	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
11	Доверчив к посторонним	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
12	Теряет вещи	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
13	Все делает медленно	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
14	Пытается уйти из дома	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
15	Говорит, что близкие настроены против него	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
16	Плохо спит ночами	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
17	Не узнает ранее знакомых ему людей	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
18	Испытывает недостаток концентрации и внимания (быстро отвлекается)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
19	Забывает текущие события	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
20	Сидит, или лежит, ничего не делая	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
21	Живет «прошлой жизнью»	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
22	Обвиняет близких в кражах	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
23	Дремлет днем	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
24	Разговаривает сам с собой или с тем, кого нет сейчас рядом	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
25	Не заканчивает начатых дел	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
26	Ведет себя сексуально неподобающим образом	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
27	Раздражается и легко огорчается	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
28	Нечистоплотен и неопрятен	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

29	Много времени проводит в одиночестве	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
30	Имеет явные проблемы с памятью	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
31	Испытывает необычный страх	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
32	Необычайно весел или возбужден	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
33	Смеется сам с собой	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
34	Не отвечает, когда с ним разговаривают	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
35	Растрчивает деньги неразумно	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
36	Плохо засыпает	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
37	Слишком разговорчив	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
38	Нет аппетита, не хочет есть	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
39	Ведет себя странным образом	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
40	Использует предметы не по назначению	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
41	Плохо понимает обращенную к нему речь	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
42	Переживает приступы паники или тревоги	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
43	Скандалит или ссорится	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
44	Говорит невнятно	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
45	Слишком беспокоится о многом	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
46	Говорит ерунду, когда к нему обращаются	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
47	Отказывается принимать лекарства	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
48	Требует к себе постоянного повышенного внимания	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
49	Высказывает мысли о нежелании жить	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
50	Часто жалуется на здоровье	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
51	Равнодушен к собственному здоровью	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
52	Чувствует себя несчастным	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
53	Другие проблемы (пожалуйста, уточните)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

**Вопросник об опыте осуществления ухода**  
(Experience of Caregiving Inventory – ECI )

Как часто за последний месяц Вы думали о том, (что):

0 –никогда
1- редко
2- иногда
3- часто
4- практически постоянно

1	Вы скрываете болезнь Вашего родственника от окружающих	0	1	2	3	4
2	Вы не можете никому рассказать о его болезни	0	1	2	3	4
3	Ему трудно смотреть за своими деньгами	0	1	2	3	4
4	Вам приходится помогать ему	0	1	2	3	4
5	Какая бы у него могла быть жизнь	0	1	2	3	4
6	Он может совершить самоубийство	0	1	2	3	4
7	Вы многое узнали о себе	0	1	2	3	4
8	Вы помогли другим лучше понять болезнь	0	1	2	3	4
9	Вы не можете заниматься тем, чем Вам хотелось	0	1	2	3	4
10	Специалисты здравоохранения не принимают Вас и Вашего больного родственника всерьез	0	1	2	3	4
11	Он зависит от вас	0	1	2	3	4
12	Вы помогаете заполнить ему день	0	1	2	3	4
13	Вы помогаете ему поддержать хорошее самочувствие	0	1	2	3	4
14	Он во многом помогает по дому	0	1	2	3	4
15	Как сказывается его болезнь на вашем финансовом состоянии	0	1	2	3	4
16	Как взаимодействовать с психиатрами, неврологами	0	1	2	3	4
17	Он постоянно присутствует у вас в мыслях	0	1	2	3	4
18	Не Ваша ли вина в том, что он заболел	0	1	2	3	4
19	Он проявил сильные стороны в том, как он справляется со своей болезнью	0	1	2	3	4
20	Вы стали более уверены в себе при общении с окружающими после его болезни	0	1	2	3	4
21	Члены семьи не понимают вашего положения	0	1	2	3	4
22	С ним вам хорошо	0	1	2	3	4
23	Вы стали с большим пониманием относиться к проблемам других	0	1	2	3	4
24	Он много думает о смерти	0	1	2	3	4
25	Он упустил возможности	0	1	2	3	4
26	Как взаимодействовать со специалистами психиатрической службы и соцзащиты	0	1	2	3	4
27	Вы не можете принимать гостей дома	0	1	2	3	4
28	Как он общается с другими членами семьи	0	1	2	3	4

29	Вы поддерживаете его финансово	0	1	2	3	4
30	У других членов вашей семьи нет понимания его болезни	0	1	2	3	4
31	Он пытается намеренно причинить себе вред	0	1	2	3	4
32	Ухаживая за ним, вы стали ближе к кому-то из членов своей семьи	0	1	2	3	4
33	Ухаживая за ним, вы стали ближе к своим друзьям	0	1	2	3	4
34	У Вас с ним есть некоторые общие интересы	0	1	2	3	4
35	Вы чувствуете себя нужным человеком в отношениях с ним	0	1	2	3	4
36	Специалисты здравоохранения не понимают вашей ситуации	0	1	2	3	4
37	Поправится ли он когда-либо	0	1	2	3	4
38	Вы чувствуете на себе клеймо из-за того, что у вас психически больной родственник	0	1	2	3	4
39	Как объяснить его болезнь окружающим	0	1	2	3	4
40	Члены семьи уезжают из дома из-за влияния его болезни	0	1	2	3	4
41	Вы помогаете ему в быту	0	1	2	3	4
42	Как подать жалобу на предоставляемый ему уход/лечение	0	1	2	3	4
43	Вы встретились с людьми, которые вам помогли	0	1	2	3	4
44	Вы открыли в себе сильные стороны	0	1	2	3	4
45	Вы не можете оставлять его дома одного	0	1	2	3	4
4	Какое влияние оказывает его болезнь на детей в семье	0	1	2	3	4
6						
47	Его болезнь вызывает распад семьи	0	1	2	3	4
49	Его болезнь влияет на проведение особых семейных мероприятий	0	1	2	3	4
50	Надо выяснить как работают больницы и службы психиатрической и социальной помощи	0	1	2	3	4
51	Насколько врачи осведомлены о проблемах семей, ухаживающих за такими больными	0	1	2	3	4
52	Как трудно найти информацию о болезни вашего родственника	0	1	2	3	4
	Как часто за последний месяц Вы думали о том, что он:					
53	Переменчив в настроении	0	1	2	3	4
54	Непредсказуем	0	1	2	3	4
55	Ушел в себя	0	1	2	3	4
56	Необщителен	0	1	2	3	4
57	Не заинтересован	0	1	2	3	4
58	Медленно все выполняет	0	1	2	3	4
59	На него нельзя положиться	0	1	2	3	4
60	Нерешителен	0	1	2	3	4
61	Раздражителен	0	1	2	3	4
62	Невнимателен к другим	0	1	2	3	4
63	Ведет себя безрассудно, нелепо	0	1	2	3	4
64	Подозревает окружающих	0	1	2	3	4
65	Смущает людей своим внешним видом	0	1	2	3	4
66	Ведет себя странно	0	1	2	3	4

**Для заметок**

**Для заметок**

Сиденкова Алена Петровна

**Определение психосоциальных типов  
формирования деменций**

Методические рекомендации

Рекомендовано к изданию Ученым Советом факультета  
усовершенствования УГМА (Протокол № 1 от 08.09.2010)  
по плану выпуска 2012 года.

Редактор В.В.Кривонищенко