

## Деменция: клиникопсихосоциальный аспект

Сиденкова А.П.

Уральская государственная медицинская академия, факультет повышения квалификации и профессиональной переподготовки

**Резюме.** Целью настоящего исследования является изучение влияния психопатологической структуры деменции позднего возраста на качество психосоциального функционирования лиц, осуществляющих уход за больными. Основные методы исследования: клиничко-динамический, психоэкономический, социометрический, статистический. Результаты исследования показали, что синдром деменции различной этиологии представляет собой сложное структурное образование, представленное когнитивными, аффективными, поведенческими и функциональными нарушениями. Каждое из этих нарушений неблагоприятно влияет на психосоциальный статус ухаживающих лиц.

**Ключевые слова:** деменция, бремя болезни, психосоциальные проблемы

Современные всемирные демографические процессы актуализировали медицинские, социальные и психологические явления, связанные со старением населения [1, 4]. Зачастую это драматический сплав проблем, которые разыгрываются в семье, имеющей пожилого близкого родственника, страдающего тем или иным психическим расстройством [2]. Результаты отечественных и зарубежных исследований [3, 5, 7, 8] подтверждают, что основную ношу заботы о немощных пожилых несет их семья. Особенно тяжелая нагрузка ложится на тех, кто ухаживает за пожилыми людьми с когнитивными и поведенческими нарушениями [6]. Так в медицинскую проблему одного пожилого человека с психическим расстройством оказываются вовлеченными несколько лиц из его ближайшего окружения. В связи с этим представляется целесообразным рассматривать психосоциальную нагрузку на членов семьи как один из факторов оценки влияния болезни и показатель эффективности терапии.

С 2003 года в Свердловской области проводится открытое выборочное обсервационное исследование семей лиц старшего возраста с когнитивным снижением и коморбидными с ним другими психопатологическими расстройствами. Целью исследования является изучение влияния различных психических нарушений у лиц старших возрастных групп

на качество психосоциального функционирования ухаживающих за ними.

Работа выполняется на базе курса психиатрии факультета повышения квалификации Уральской государственной медицинской академии.

В основу настоящей статьи положены результаты исследования 70 семей, имеющих в своем составе лиц старших возрастных групп, согласно возрастной периодизации ВОЗ (1963г.), с диагностированными психическими расстройствами в соответствии с критериями МКБ-10 (рубрика F 00-09). Особенностью исследования является тот факт, что информация о пожилых пациентах, имеющих вероятные интеллектуальные нарушения поступала от врачей первичного звена (терапевтов, врачей общей практики), до начала исследования лишь 11 пациентов (15,7%) имели опыт общения с психиатрической службой. Такие условия исследования позволили оценить проблемы, возникающие в семье по мере развития когнитивных и других психических расстройств у одного из ее членов. Данный дизайн исследования, на наш взгляд, позволяет провести факторный анализ такого психического расстройства как деменция, актуализировать психосоциальный контекст данного расстройства и разработать оптимальную модель помощи не только самим пациентам, но и их ближайшему окружению.

### Материалы и методы

Основные методы исследования: клиничко-

Сиденкова Алена Петровна - кандидат медицинских наук, врач-психиатр СОКПБ

Таблица 1. Группы исследования

Вариант деменции	Количество больных	Средний возраст	Средний балл MMSE	Средний балл GDS
Деменция альцгеймеровского типа пресенильный вариант	8,6% (6 ч.)	65,83±2,42	15,33±0,78	5,67±0,44
Деменция альцгеймеровского типа сенильный вариант	35,7 % (25 ч.)	82,32±4,45	12,36±4,36	6,32±0,6
Постинсультная сосудистая деменция	30 % (21 ч.)	77,43±2,99	14,19±2,56	5,81±0,46
Деменция с тельцами Леви	8,6 % (6 ч.)	73,33±1,44	14,0±2,33	6,0±0,33
Комбинированная деменция	17,1% (12 ч.)	75,58±5,18	13,25±2,58	6,25±0,83

динамический, психометрический, социометрический, статистический.

Основные инструменты исследования: "Карта стандартизированного описания лица с когнитивными нарушениями", разработанная в соответствии с задачами исследования, включающая общие анамнестические, структурно-динамические сведения о болезни (на основе стандартизированных шкал MMSE, GDS, NPI-X), оценку уровня функционирования (шкала BRISTOL ADL), эффективность терапии; "Карта стандартизированного описания лица, осуществляющего уход", разработанная автором исследования, позволяющая выделить проблемы, возникающие при совместном проживании и уходе за пожилым человеком с психическими нарушениями, их влияние на уровень функционирования ухаживающего лица.

Статистическая обработка полученного материала проводилась с использованием статистической компьютерной программы SPSS, с помощью которой рассчитывались уравнения регрессии (стандартизированный коэффициент регрессии  $\beta$  от +1 до -1) и корреляции (коэффициент корреляции  $\lambda$  от 0 до 1).

В настоящей статье приведено часть данного исследования, посвященная анализу болезненных нарушений в структуре когнитивного расстройства в наибольшей степени влияющих на окружение больного.

Средний возраст лиц с когнитивными нарушениями, включенных в исследование составил 76,37±5,75 лет, 47 чел. (67,1%) из них женщины. Распределение больных по нозологической принадлежности представлено в Табл. 1.

По всем представленным группам выраженность когнитивного снижения достигала деменции легкой степени выраженности у 3 пациентов (MMSE 20-24 балла), деменции умеренной степени выраженности (MMSE 11-19 баллов) у 59 пациентов, тяжелой деменции (MMSE 0-10 баллов) у 8 пациентов.

Клиническое состояние пациентов помимо когнитивного снижения было представлено

разнообразными психопатологическими нарушениями, наличие которых оценивалось с использованием "Нейропсихиатрического перечня" (Neuropsychiatric Inventory, NPI-X), позволившего составить структурный портрет клинического случая, опираясь на качественные признаки (вид домена), частоту встречаемости и степень выраженности каждого из феноменов. Применение опросника NPI-X помогло оценить нагрузку на ухаживающего со стороны каждого психопатологического нарушения.

Ниже приведены клинические особенности каждого вида деменции и в обобщенном виде представлен психосоциальный контекст развития данного расстройства.

*Психопатологические особенности деменций.* В настоящем исследовании деменция альцгеймеровского типа (сенильный и пресенильный вариант) диагностирована у 44,3 % лиц включенных в исследование. Общность патогенеза развития деменции альцгеймеровского типа при раннем (пресенильном) и позднем (сенильном) вариантах заключается в нарушении метаболизма белка предшественника амилоида, образовании  $\beta$ -амилоида, обладающего нейротоксичными свойствами, активирующего патологические реакции, результатом которых является повреждение и гибель нейронов. Развитие клинической картины деменций обоих типов постепенное, в основе синдрома слабоумия лежит амнестический синдром, протекающий в соответствии с законами Рибо, отличительной особенностью деменции при болезни Альцгеймера является поражение высших корковых функций, что проявляется афато-апракто-гностическим синдромом. Пресенильный тип деменции альцгеймеровского типа характеризуется более быстрым прогрессированием и ранним присоединением очаговых расстройств, сенильный тип деменции прогрессирует медленнее, характеризуется, главным образом, нарушениями памяти. Но клиническая картина болезни Альцгеймера представлена многослойной симптоматикой, затрагивающей все психические сферы (Табл.

Таблица 2. Психопатологическая структура сенильного варианта деменции альцгеймеровского типа

Клинический признак	Средний балл выраженности признака	Встречаемость признака		Средний балл нагрузки на ухаживающего
		Абс. число случаев	Частота встречаемости признака (%)	
Бред	7,75	8	32	3,0±0,75
Галлюцинации	3,5	4	16	3,0
Ажитация/агрессия	6,6	12	48	3,7±0,9
Тревога	6,2	9	36	4,2±1,03
Эйфория	3,1	7	28	3,0±0,28
Апатия	3,2	5	20	2,8±0,32
Расторможенность	8,8	4	16	3,75±0,37
Раздражительность/ лабильность	4,75	8	32	4,1±0,42
Аберрантное моторное поведение	8,8	11	44	4,8±0,31
Поведение в ночное время	5,1	13	52	4,4±0,57
Изменение аппетита	9,6	15	60	1,5±0,77

Таблица 3. Психопатологическая структура пресенильного варианта деменции альцгеймеровского типа

Клинический признак	Средний балл выраженности признака	Встречаемость признака		Средний балл нагрузки на ухаживающего
		Абс. число случаев	Частота встречаемости признака (%)	
Ажитация/агрессия	8,0	3	50,0	4,3±0,4
Депрессия/дисфория	4,0	2	33,3	2,0
Тревога	8,5	4	66,7	4,0±1,0
Апатия	6,0	3	50,0	3,0
Аберрантное моторное поведение	9,0	2	33,3	5,0
Поведение в ночное время	4,7	3	50,0	3,0±1,3
Изменение аппетита	5,3	3	50,0	3,0±0,67

2, 3). Бредовые расстройства отличаются непродуктивностью, однообразием, преобладают идеи ущерба, воровства, переходящие идеи ревности, отравления. Бред носит интерпретативный характер и наблюдался нами у пациентов с сенильным вариантом БА при степени выраженности деменции по шкале MMSE 14,6±1,42. Зрительные галлюцинаторные расстройства выявились у пациентов со средним баллом по MMSE 10±1,5, причем у одного пациента (MMSE 8 баллов) зрительные галлюцинации составили основу делирия, развившегося вследствие соматогении (декомпенсация сахарного диабета и хронического пиелонефрита).

Независимо от возраста развития деменции альцгеймеровского типа, в клинической картине большой удельный вес занимают аффективные и поведенческие расстройства. Аффективные расстройства депрессивного

спектра наиболее часто были представлены проявлениями тревоги с яркими соматическими симптомами, усиливающейся при расставании с ухаживающим. У двух пациентов мы наблюдали реактивно спровоцированные депрессии, с осознанием нарастающей когнитивной несостоятельности. Поведенческие нарушения чаще наблюдались в случаях тяжелой деменции, проявлялись повторяющимися, бесцельными действиями пациента, блужданием, двигательным беспокойством в дневное и ночное время.

В связи с тем, что основным методом диагностики деменций, использованным в данной работе был клинико-психометрический, в исследование включены пациенты с установленным инсультным анамнезом, до этого все пациенты этой группы находились вне поля зрения психиатров, несмотря на богатую и выраженную психопатологическую симп-

Таблица 4. Психопатологическая структура постинсультной сосудистой деменции

Клинический признак	Средний балл выраженности признака	Встречаемость признака		Средний балл нагрузки на ухаживающего
		Абс. число случаев	Частота встречаемости признака (%)	
Бред	2,0	2	9,5	3,0
Ажитация/агрессия	3,5	6	28,6	4,2±0,36
Депрессия/дисфория	5,1	9	42,8	2,5±0,6
Тревога	5,2	6	28,6	3,7±1,0
Эйфория	2,5	4	19,0	1,0±1,0
Апатия	12	2	9,5	3,5±1,5
Раздражительность/ лабильность	2,4	5	23,8	2,0
Поведение в ночное время	6,0	7	33,3	3,6±0,94
Изменение аппетита	10,7	3	14,3	2,0

Таблица 5. Психопатологическая структура деменции с тельцами Леви

Клинический признак	Средний балл выраженности признака	Встречаемость признака		Средний балл нагрузки на ухаживающего
		Абс. число случаев	Частота встречаемости признака (%)	
Галлюцинации	5,6	6	100	3,2±0,64
Ажитация/агрессия	10,0	2	33,3	4,5±0,5
Депрессия/дисфория	7,0	3	50,0	2,7±0,4
Тревога	4,0	3	50,0	3,7±0,9
Аберрантное моторное поведение	10,0	2	33,3	5,0
Поведение в ночное время	8,4	5	83,3	4,6±0,48

томатику (Табл. 4). Средняя давность инсульта составила 15,8±3,13 месяцев, 76,2% (16 чел.) перенесли ОНМК в каротидном бассейне, 23,8% (5 чел.) – в вертебро-базиллярном бассейне. Средний балл по шкале Хачинского 8,6±1,2. Когнитивные расстройства у пациентов данной группы сочетались с разнообразными аффективными нарушениями, эмоциональной лабильностью, отличались внезапностью появления, ступенеобразным прогрессированием. Отличительным признаком являлось наличие очаговой неврологической симптоматики. У 3 пациентов (14,3%) с исходно сохранными когнитивными функциями темп нарастания интеллектуального снижения был катастрофическим и сопровождался выраженными корковыми расстройствами, что позволяет нам предполагать наличие у них смешанной сосудисто-атрофической деменции.

В настоящей работе группа пациентов с деменцией с тельцами Леви немногочисленна, что, вероятно, объясняется ограниченной исследовательской выборкой. Деменция с тельцами Леви, также как и болезнь Альцгеймера является дегенеративным заболеванием головного мозга, с клиникой

выраженных и прогрессирующих когнитивных нарушений. Согласно литературным данным [6], тельца Леви в корковых и подкорковых нейронах находят при аутопсии у 10–30% больных с деменцией. Деменция с тельцами Леви относится к группе синуклеинопатий – заболеваний, связанных с нарушением метаболизма белка  $\alpha$ -синуклеина, который наряду с убиквитином, является главным нейрохимическим субстратом телец Леви – эозинофильных внутриклеточных цитоплазматических включений, приводящих к изменениям биохимических свойств внутренней мембраны нейрона с последующей его гибелью. В процессе настоящего исследования диагностика деменции с тельцами Леви основывалась на критериях диагноза "вероятная ДТЛ" в соответствии с Решением Экспертного Международного симпозиума по ДТЛ (McKeith et al., 1996). Деменция, выявленная у лиц данной группы, характеризовалась постепенным началом в раннем сенильном возрасте и появлением уже на начальных этапах заболевания зрительных галлюцинаций, манифест которых был спровоцирован соматогенией. На момент обследования у части пациентов выявлялись

Таблица 6. Психопатологическая структура комбинированной деменции

Клинический признак	Средний балл выраженности признака	Встречаемость признака		Средний балл нагрузки на ухаживающего
		Абс. число случаев	Частота встречаемости признака (%)	
Бред	5,0	4	33,3	3,0
Галлюцинации	3,5	4	33,3	2,25±0,3
Ажитация/агрессия	4,0	2	16,7	3,5±0,5
Тревога	3,75	4	33,3	3,25±0,37
Эйфория	2,0	2	16,7	2,0
Апатия	10,0	7	58,3	2,8±0,51
Расторженность	8,0	3	25,0	3,7±0,9
Раздражительность/ лабильность	3,3	3	25,0	3,0
Поведение в ночное время	4,7	6	50,0	4,7±0,43
Изменение аппетита	12,0	4	33,3	3,0

тревожно-депрессивные расстройства, у лиц с когнитивным снижением, достигавшим степени выраженности тяжелой деменции (2 чел.) наблюдалось аберрантное моторное поведение, ажитация, у 83,3% пациентов нарушения ночного поведения с психомоторным возбуждением (Табл. 5). Данная психопатологическая картина сопровождалась ранним развитием выраженной вегетативной недостаточности (ортостатическая гипотензия, гипотензия после приема пищи). Особенностью клинического состояния этих пациентов было ундулирующая дезориентировка и волнообразность когнитивных расстройств.

Основными причинами комбинированной деменции явилось наличие в анамнезе пациента фактов тяжелой черепно-мозговой травмы и ОНМК (4 чел.); алкогольной болезни, ОНМК (5 чел.); ОНМК, тяжелой ЧМТ и алкогольной болезни (3 чел.). Основой синдрома слабоумия явилось дисмнестическое расстройство, у 6 пациентов наблюдался сформированный Корсаковский синдром. В большинстве случаев наблюдалось снижение волевой сферы, у 1/3 пациентов определялись зрительные галлюцинаторные расстройства, у 1/3 – примитивные обыденного содержания и малого размаха бредовые идеи. Характерно наличие интрасоматических нарушений с частыми пробуждениями, аногнозией сна. Когнитивные расстройства у данной группы больных нарастали исподволь, на протяжении нескольких лет, после перенесенного ОНМК прогрессивность интеллектуального снижения возросла.

Анализ выраженности признака по всем группам расстройств показал, что наиболее выраженными в количественном отношении являются аберрантное моторное поведение, ажитация, тревога, ночное поведение. Одной из задач исследования является оценить нагрузку каждо-

го болезненного феномена на ухаживающего (Рис. 1).

Основной трудностью для ухаживающего являлось не только снижение памяти у пациента, но и наличие у него других болезненных нарушений. Проведенный регрессионный анализ подтвердил достоверное влияние аберрантного моторного поведения ( $\beta = 0,841$ ), ажитации ( $\beta = 0,797$ ), ночного поведения ( $\beta = 0,793$ ), тревоги ( $\beta = 0,789$ ) на функциональное состояние ухаживающего вне зависимости от нозологической принадлежности деменции.

*Социально-демографическая характеристика ухаживающих лиц.* Средний возраст ухаживающих 58,1±10,34 лет, из них женщины 55 лет и старше составили 47,1% (33 чел.), женщины моложе 55 лет – 34,3% (24 чел.), мужчины 60 лет и старше – 12,9% (9 чел.), мужчины моложе 60 лет – 5,7% (4 чел.). Социальный статус ухаживающих представлен на Рис. 2.

В нашей группе наблюдения наиболее близкими помощниками для пациентов были родственники (дочь, сын, племянница, сестра), супруги. Данные исследования показывают, что в большинстве случаев за пациентом, страдающим деменцией ухаживает пожилой человек, являющийся пенсионером по возрасту или инвалидом. Среди ухаживающих трудоспособного возраста 47% лиц занимались низкоквалифицированным трудом или не работали. В категорию неквалифицированный труд мы включили и тех, кто был занят неполный рабочий день, что было обусловлено необходимостью находиться рядом с больным и помогать ему. В группу неработающих вошли женщины, вынужденные оставить трудовую деятельность по тем же причинам.

*Психосоциальные проблемы ухаживающего.* С целью оценки психосоциальной и эмоциональной нагрузки болезненного состояния

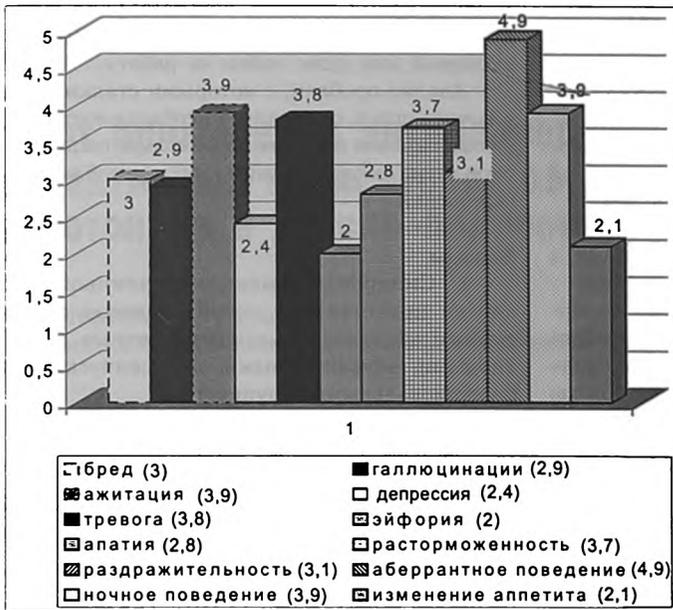


Рисунок 1. Нагрузка на ухаживающего отдельных проявлений болезни

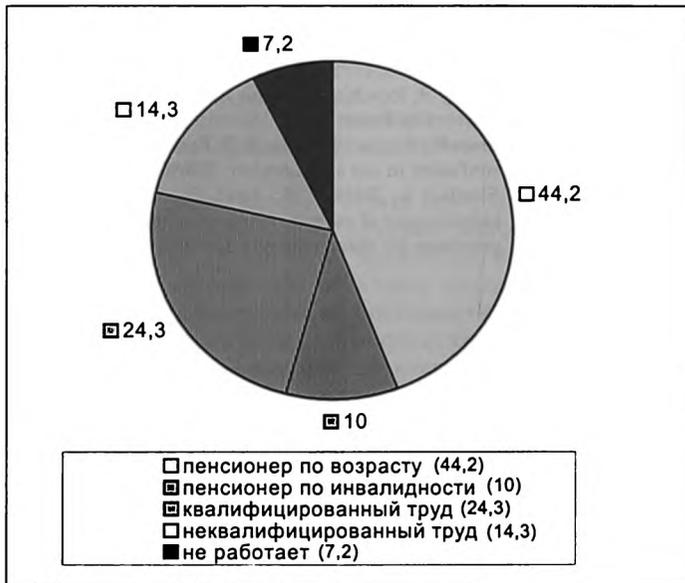


Рисунок 2. Социальный статус ухаживающего

пожилого человека, страдающего деменцией, на его семью нами адаптирован к задачам исследования "Вопросник об опыте осуществления ухода" (Experience of Caregiving Inventory - ECI), "Анкета для наблюдения за стрессом" и разработана "Анкета для семьи".

У 87,1% ухаживающих обнаружены признаки эмоционального дистресса. Дистресс оказался связан со следующими аспектами ситуации оказания помощи:

- бременем ежедневного практического

ухода за пожилым человеком, в том числе обеспечения его личной гигиены (уровень функционирования оценивался по шкале BRISTOL ADL). Статистически достоверное влияние уровня функционирования дементного больного на уровень повседневного стресса ухаживающего подтверждено результатами корреляционного анализа ( $\lambda < 1,0$ ).

- поведенческими, аффективными нарушениями, расстройствами сна у больного деменцией;

- утратой близких доверительных отношений в результате углубления деменции;  
- влиянием ухода на собственную семью ухаживающего, на его работу, социальную деятельность.

Таким образом, можно выделить четыре группы стрессоров, воздействующих на ухаживающего за пациентом с деменцией:

- 1). Практические - оказание людям позднего возраста постоянной помощи, в том числе в выполнении работ по дому и ухода за ними.
- 2). Поведенческие, обусловленные недержанием физиологических отправления, повторяющимися вопросами, агрессией, бродяжничеством, опасными действиями, беспокойством по ночам больных.
- 3). Межличностные - снижение настроения ухаживающего вследствие болезненных изменений, произошедших с родным человеком, вспышки раздражения при общении с ним, напряжение внутри семьи.
- 4). Социальные - ограниченные возможности

даже на время оставить больного, увидеться с другими родными и друзьями, устроить себе выходной или даже пойти на работу.

Анализ проблем, с которыми сталкивается ухаживающий, определяет необходимость профессиональной поддержки не только пациентов, страдающих деменцией, но и их близкого окружения.

#### Выводы

1. Синдромы деменции различной этиологии представляет собой сложные структурные образования представленные когнитивными, аффективными, поведенческими и функциональными нарушениями.
2. Каждое из этих нарушений особо влияет на ухаживающих лиц, семью, независимо от нозологической принадлежности деменции.
3. Деменция имеет неблагоприятное влияние на психосоциальное положение ухаживающего лица.

#### Литература

1. Гаврилова С.И. Фармакотерапия болезни Альцгеймера. М: Изд-во "Пульс"; 2003.
2. Хойфт Г., Крузе А., Радебольд Г. Геронтопсихосоматика и возрастная психотерапия. М: Изд-во "Академия"; 2003.
3. Штернберг Э.Я. Клиника деменций пресенильного возраста. М: Медицина; 1967.
4. Яцемирская Р.С., Беленькая И.Г. Социальная геронтология. М: "Гуманитарный издательский центр ВЛАДОС"; 2003.
5. Arie T. Day care in geriatric psychiatry. *Gerontologia Clinica*. 1975; 17: 31-9.
6. Jacoby R. *Psychiatry in the Elderly*. Oxford: Oxford University Press; 1997.
7. Levin E., Sinclair I., Gobach P. *Families, services and confusion in old age*. London: HMSO; 1989.
8. Sinclair I., Parker R., Leat D., Williams J. *The kaleidoscope of care: a review of research on welfare provision for elderly people*. London: HMSO; 1990.