

Сиденкова А.П.

Участие личностно-психологических факторов в развитии расстройств аффективного спектра у пожилых, оказавшихся в условии длительного семейного стресса

ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет», г.Екатеринбург

Sidenkova A.P.

Personal and psychological factors in the development of affective disorders in elderly caught in long family stress

Резюме

Социально-психологические особенности жизнедеятельности лиц пожилого возраста часто сопряжены с длительным семейным стрессом, обусловленным необходимостью осуществлять уход за тяжелобольным членом семьи. Среди лиц, ухаживающих за тяжело и длительно болеющими пациентами с деменциями уровень аффективной патологии высок. Проведено сравнительное наблюдательное исследование влияния возраст-специфических психологических свойств личности на формирование тревожных и депрессивных расстройств пожилых, ухаживающих за больными с деменциями. Выявлены психологические механизмы способствующие либо препятствующие развитию аффективной патологии в старших возрастных группах.

Ключевые слова: аффективные расстройства позднего возраста, механизмы психологической динамики пожилых, «Я-концепция пожилых»

Summary

Social and psychological characteristics of life of the elderly often involve lengthy family stress caused by the need to care for seriously ill family member. Among those who care for seriously and chronically ill patients with dementia is high level of affective pathology. A comparative observational study of the impact of age-specific psychological personality traits on the formation of anxiety and depressive disorders, the elderly, caring for people with dementia. Identified psychological mechanisms contributing to or hindering the development of affective pathology in the older age groups.

Keywords: Affective disorders in old age, the mechanisms of psychological dynamics seniors' self-concept of elderly

Введение

Актуальность проблемы аффективных нарушений у лиц старших возрастных групп определяется их высокой распространенностью в популяциях, ассоциированностью с суицидальным поведением, частым сомнительным терапевтическим эффектом.

Большинство исследователей сосредоточили свое внимание на биологической основе поздних депрессивных расстройств, указывая на эволюционно обусловленные структурные, нейрохимические изменения в головном мозге, способствующие формированию депрессивных и тревожных симптомов [1,2]. Изолированный клинко-феноменологический анализ, показал атипичность психопатологической структуры синдромов аффективных расстройств [3,4]. Последователи биопсихосоциального подхода, указав на комплекс возраст-специфических психосоциальных предпосылок, детер-

минировавших формирование аффективной патологии у пожилых, возложили ответственность за развитие депрессии на «жестокость» социального процесса в отношении старших возрастных групп: снижение их профессиональной востребованности, сформировав образ «старости как периода утрат, горя, материальных затруднений, физической немощи» [5,6,7].

Любопытно, что данные исследования игнорируют индивидуальные личностно-психологические процессы, которые детерминируют саму стрессогенность указанных биологических и социальных факторов, либо, напротив, препятствуют формированию психической болезни у пожилого человека, функционирующего в типичных потенциально стрессовых жизненных обстоятельствах. Речь идет о возраст-специфической личностно-психологической основе формирования психических расстройств у лиц старших возрастных групп

на основе понимания личности как динамического образования, находящегося в течение всей жизни человека в постоянном развитии, меняющегося конгруэнтно культурально- историческим, макро- и микросоциальным процессам, что-то теряющего, но что-то приобретающего в процессе этих изменений.

В настоящей статье представлены результаты анализа личностно-психологических особенностей лиц старших возрастных групп, осуществляющих уход за пациентами с тяжелым когнитивным расстройством. В контексте данного исследования уход за больными с деменцией рассматривается как безусловный фактор нагрузки и стресса для членов семьи, рассматривается как социальная модель потенциального развития аффективного расстройства.

В отечественных и зарубежных исследованиях подтверждено, что лица, осуществляющие уход за больными деменциями, испытывают чрезмерное напряжение, страдают депрессией, переживают длительный психологический дистресс, перегрузки, у них развивается синдром «эмоционального выгорания» [8,9,10,11]. Спектр эмоциональных переживаний лиц, осуществляющих уход, включает горе, стыд, гнев, вину, смущение, одиночество [12,13]. К факторам, коррелирующим с высоким уровнем стресса и низким уровнем благополучия опекуна, относятся отсутствие его социальной и эмоциональной поддержки, снижение самостоятельности больного, отрицательная оценка ухаживающим текущих взаимоотношений с больным, стигма болезни, осознание катастрофически менявшейся личности больного, трансформация семейных отношений [12,14].

Но существуют сведения, о том, что даже длительный уход за тяжелобольным, в т.ч. деменцией не является однозначно фатальным фактором, ведущим к формированию депрессии ухаживающего лица [15,16, 17]. Поскольку процесс ухода действительно длителен, происходит непрерывное изменение и приспособление во взаимоотношениях опекуна и пациента за счет включения целого ряда компенсаторно-адаптационных механизмов. Это подтверждают наблюдения исследователей о том, что переживания ухаживающих не исчерпываются отрицательными эмоциональными переживаниями. С. Fagan et al. (1991) рассматривая смысл и ценности, связанные с ответными реакциями на осуществление ухода, заявляли, что уход за больным не всегда является отрицательным опытом, существует возможность развития, если найден в этом смысл [18], поскольку становясь опекуном, человек нередко поднимает трудные личные вопросы относительно долга, ответственности. С учетом возрастных личностно-психологических особенностей и социальных задач необходимость помогать близкому человеку в период его немощи может явиться ответом на критический экзистенциальный вопрос о смысле индивидуального бытия. Наконец, использование ухаживающим лицом различных копинговых стратегий позволяет легче адаптироваться к требованиям ухода, тем самым снижая риск развития стресс-обусловленных аффективных расстройств [19].

Таким образом, проблема формирования депрессивных аффективных расстройств у лиц пожилого возраста может быть рассмотрена в многомерном поле целого ряда социально - психологических переменных, учет которых позволяет избежать ожидания однозначно неблагоприятного исхода депрессии, планировать терапевтические мероприятия, выявляя ресурсные факторы и опираясь на протективные механизмы, свойственные особенностям личностного развития лиц старших возрастных групп [20, 21, 22].

Материалы и методы

Цель исследования: выявить личностно-психологические факторы влияющие на становление аффективных расстройств в позднем возрасте.

В настоящем наблюдательном выборочном сравнительном исследовании приняло участие 79 человек, которые осуществляли неформальный (не профессиональный) уход за пациентами с поздними деменциями.

Средний возраст ухаживающих за дементными больными, принявших участие в данном разделе исследования, составил $64,5 \pm 3,3$ года. Из них 25 мужчин, 54 женщины. Большинство составили женщины пенсионного возраста. Родственные отношения с больным: 51 супруг/а, иные родственники – 9 чел., дети пациентов – 19 чел. Продолжительность совместного проживания с пациентом $22,5 \pm 14,3$ года (от 1 года до 57 лет). Продолжительность ухода $1,7 \pm 0,8$ года (от 0,5 года до 4 лет).

Всем лицам, которые осуществляли уход за пациентами, предлагалось принять участие в части исследования, касавшейся детального изучения особенностей психического и психологического здоровья лиц из ближайшего окружения больного (caregiver), посредством проведения стандартного психиатрического освидетельствования. Исследование психической сферы лиц, ухаживающих за больными поздними деменциями, проводилось после получения согласия на проведение психиатрического освидетельствования в соответствии со ст. 23 (ч. 1) Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (от 02.07.1992 г.).

Результаты и обсуждение

Исследование психического функционирования ухаживающих (рис.1) выявило, что из 79 участников признаков психических расстройств не определено у 20 (25,3 %), диагностические признаки тревожных и аффективных расстройств присутствовали у 45 (57 %), иные психические расстройства диагностированы у 14 (17,7 %) человек.

У 20 ухаживающих не были выявлены оформленные психические расстройства, которые удовлетворяли бы тем или иным критериям МКБ-10 либо к которым оказалась бы чувствительной скрининговая исследовательская шкала MINI. Их средний возраст $63,1 \pm 3,4$ года. Продолжительность ухода за пациентом с деменцией $2,1 \pm 1,1$ года. Личностная predisпозиция этих ухаживающих была представлена тем или иным вариантом личностной акцентуации (15,0%), либо гармоничным

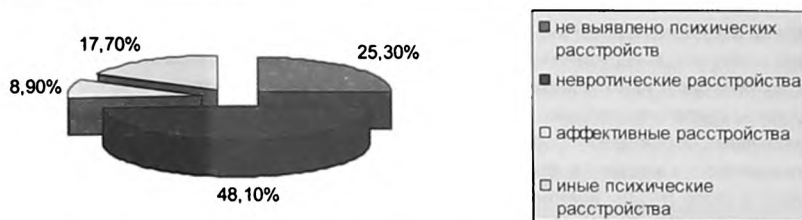


Рис.1. Психическое здоровье лиц, ухаживающих за больными деменциями

личностным складом (85,0%). Наличие личностной акцентуации определяло индивидуальную избирательную уязвимость в отношении микросоциальных воздействий, при высокой устойчивости к стрессам в иных сферах жизни. Большинство этих ухаживающих развивались как гармоничные личности в психологическом смысле, что повышало их адаптивность в жизни, способность приспособления к меняющимся жизненным ситуациям; для них были характерны «принятие себя», осознание своих потребностей, внутренняя удовлетворенность.

Тревожные и депрессивные нарушения у лиц, осуществлявших уход за больными деменциями, наблюдались в 45 случаях. Средний возраст этих лиц 61,3±2,4 года, продолжительность ухода за больным с деменцией 1,9±1,0 лет. Личностная predisпозиция ухаживающих с данными расстройствами характеризовалась чертами тех или иных личностных акцентуаций (82,2%), резидуально-органической недостаточностью ЦНС (91,1%), соматопатическими чертами (71,1%).

Большая часть этих обследованных еще до развития признаков аффективного расстройства характеризовалась своеобразной астенической конституцией с низкой толерантностью к физическим и эмоциональным нагрузкам, пониженным психическим и физическим тонусом. Основными дезадаптирующими факторами, приводящими к усугублению симптоматики, являлись необходимость осуществлять физическую помощь и непосредственно физический уход за больным и потеря эмоционального контакта с близким человеком вследствие развития у него деменции. Эти ухаживающие четко установили связь между функциональной беспомощностью больного и своим самочувствием. При усугублении аффективного расстройства оно дезадаптировало ухаживающего практически во всех сферах его жизнедеятельности, выходя за рамки микросоциальной дезадаптации, вело к нарушению макросоциального функционирования и продуктивности ухаживающего. В этих случаях стрессовый фактор поражал интегральность социальной сети ухаживающего.

В большинстве случаев на первоначальном этапе развития очерченных аффективных нарушений ухаживающие переживали пролонгированные расстройства адаптации, начинавшиеся обычно в течение месяца после изменений жизненного уклада семьи (как стрессового события); продолжительность их симптоматики составляла более 6 месяцев, до 1,5 года протекая в форме пролонгированной депрессивной реакции, обусловленной расстройством адаптации).

В качестве специфического расстройства адаптации, развившегося у лиц, осуществляющих уход за больными деменцией, выступало расстройство, обозначаемое как «упреждающее вдовство» у лиц, ухаживающих за больными поздней деменцией [15]. У 8 обследованных выявлялось расстройством адаптации, протекавшее в такой форме. Эти ухаживающие являлись супругами больных (13 женщин, 15 мужчин). Средний возраст этих лиц составил 65,1±3,4 года, средняя продолжительность болезни – 4,1±0,4 года, средняя продолжительность ухода – 2,2±0,1 года. При выраженном когнитивном снижении одного из супругов сохранившийся в интеллектуальном отношении супруг(а) оказывался в ситуации пролонгированной на многие месяцы психической травмы, содержанием которой был комплекс специфических внешних обстоятельств и внутренних переживаний, связанных с прогрессирующей потерей интеллекта больным.

Ретроспективный анализ обнаружил, что ухаживающие данной группы в ответ на «осознание» диагноза деменции у их близкого перенесли выраженное, но непродолжительное (на протяжении нескольких дней) психическое расстройство, расцененное как острая реакция на стресс. В роли мощного стрессорирующего травматического события выступала информация о диагностике деменции у супруга(и), что однозначно интерпретировалось как смерть личности заболевшего. У части лиц психотравмирующей оказалась информация о диагнозе, у других – столкновение с поведенческими расстройствами и выраженной интеллектуальной несостоятельностью больного. Психологическое значение данного расстройства специфично, поскольку это не что иное, как реакция горя, потери близкого человека, которая опережала, упреждала его физическую кончину. На момент проведения исследования состояние ухаживающих характеризовалось нарастающим эмоциональным истощением, снижением эмоциональной близости и вовлеченности в проблемы больного, отстраненностью от текущей реальности, все большей ориентированностью на формальные режимные моменты по уходу. У ухаживающего развивалось чувство одиночества, эмоциональной опустошенности, безразличия к будущему, как собственному, так и к будущему больного. В высказываниях зачастую звучал мотив безысходности, ожидания смерти пациента, которая рассматривалась как избавление от многолетних тягот и страданий всей семьи, связанных с болезнью.

Применение психометрического метода исследования с использованием адаптированных к целям исследования инструментов выявило, что наибольшее

стрессовое значение для ухаживающего имели не проявления собственно слабоумия, а нарушения социального функционирования больных и их разрушительное поведение. Использование статистического метода показало наличие корреляционных связей между формированием состояния «упреждающего вдовства» и продолжительность потребности в уходе ($r < 1,0$). Значимых корреляций между ожидаемыми в начале исследования типом преморбидных семейных отношений и формированием «упреждающего вдовства» не выявлено. Примером данного пролонгированного адаптационного расстройства служат деменции позднего возраста как мощный фактор дезадаптации для лиц, осуществляющих длительный уход за больным, способствующий развитию различных расстройств адаптации, в том числе состояний «упреждающего вдовства».

Особым интересом данного исследования является сравнительный анализ личностно-психологических свойств ухаживающих лиц пожилого возраста с сформировавшимися аффективными нарушениями и без таковых.

Применение статистического анализа выявило, что у пожилых ухаживающих с аффективными расстройствами ведущим стилем адаптации является «безучастный» (избегающее поведение, чаще связанное со стрессом и депрессией ухаживающего) ($\lambda = 0,817$), при этом у пожилых ухаживающих без признаков аффективного расстройства в достоверно чаще выявлялся «активно вовлеченный» стиль адаптации ($\lambda = 0,781$) с применением методов преодоления стресса по типу «управления событиями».

Принимая во внимание общие закономерности психологического функционирования пожилых людей, мы исследовали удовлетворенность основных возраст-специфических потребностей. Выявлено, что у пожилых caregivers с депрессивными переживаниями достоверно чаще ($p > 0,005$) фрустрирована потребность в избегании страдания. Ограничения их социальной активности трактовалось в контексте стремления избегать новых, неожиданных ситуаций и контактов. Удовлетворение этой потребности было однобоким, оно было конфликтным в сравнении с удовлетворением других групп потребностей, свойственных гармоническому старению. У лиц с тревожными переживаниями наиболее фрустрированной оказывалась потребность в постоянстве, так как любое изменение в состоянии своего подопечного, больного с деменцией, они склонны трактовать как нарушение константности среды. Пожилые ухаживающие без аффективной патологии наиболее часто ($p > 0,001$) адекватно удовлетворяли потребность в автономии. Они указывали, что факт ухода позволяет им ощущать себя самостоятельными, сильными, ответственными за распорядок дня, обеспечения безопасности, целостности больного. В рамках этой же потребности они ощущали ответственность за собственное здоровье, часто субъективно оценивая его состояние выше, чем в действительности.

Анализ уровня социальной компетенции выявил, что она выше в группе лиц свободных от аффективных расстройств ($\lambda = 0,613$), причем уровень социальной компетенции тесно коррелировал с уровнем идентификации

психопатологических проявлений деменции ($\lambda = 0,695$), т.е. социально-компетентный ухаживающий «узнает» проявления деменции как болезни и в ответ на поведенческие нарушения дементного формирует принимающее протекционистское отношение к нему.

Сравнение «Я-концепции» пожилых ухаживающих с аффективными и без аффективных расстройств показало, что «Я-концепция» депрессивных и тревожных личностей более негативна с заниженной самооценкой, они не удовлетворены своей жизнью.

Для «Я-концепции» пожилых ухаживающих с аффективными переживаниями были свойственны специфические проблемно-зависимые самооценки (т.е. самооценки в каждой конкретной ситуации были дискретны и отрицательны). Такие пожилые были ориентированы не на целостное восприятие своей жизни, а ее отдельных периодов, например, «счастливая молодость» и «несчастная старость». Наблюдалась фрустрация ожидания «чудесного исцеления» при столкновении с текущим плохим состоянием больного деменцией. Субъектам с тревогой свойственна стратегия «выживания», постоянной борьбы с каждой отдельной трудностью текущего дня, отсутствие интегрированного восприятия всей жизни. В целом для пожилых лиц с аффективными расстройствами характерны жалобы на одиночество, даже в присутствии родственников.

При сопоставимых условиях ухода пожилые без аффективной патологии имеют позитивный образ «Я», они склонны выделять у себя меньше недостатков, имеют более высокое самоодобрение. Факторами компенсации, поддерживающих стабильность «Я-концепции» являлись:

- 1) высокие позиции самооценки по шкалам «характер» ($\lambda = 0,589$), «отношение с людьми» ($\lambda = 0,803$), «участие в труде» (уход за больным с деменцией рассматривался как труд) ($\lambda = 0,653$);
- 2) фиксация на позитивных чертах своего характера (пожилые люди чаще приписывают себе позитивные качества и реже указывают на свои недостатки) ($\lambda = 0,593$);
- 3) реалистичный уровень ожиданий в отношении результатов лечения больного члена семьи ($\lambda = 0,597$);
- 4) ретроспективный характер самооценки ($\lambda = 0,893$). Они склонны были обращать свою самооценку в прошлое, вспоминать совместные с больным достижения прожитых лет, интегрировать отдельные эпизоды жизни в единое целое.

Заключение

Таким образом, анализ психологических особенностей пожилых лиц с аффективной патологией показал существование личностных образований с протективным либо патогенным влиянием на формирование тревожно-депрессивных расстройств. Рассматривая данную тему на примере лиц, осуществляющих уход за болеющими родственниками, мы выявили, что даже в условиях тяжелого и продолжительного стресса существуют личностные возраст-специфические особенности, позволяющие защищать ухаживающих от формирования у них психи-

ческих расстройств. Эти особенности являются базовыми свойствами личности, отражают ее возрастное развитие. Учет выше названных особенностей позволяет расширять рамки терапевтических мероприятий при аффективных нарушениях в позднем возрасте за счет психологической помощи. ■

Сиденкова Алена Петровна, доктор медицинских наук, доцент кафедры психиатрии факультет повышения квалификации и профессиональной переподготовки ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет», г. Екатеринбург; адрес для переписки - E-mail: sidenkovs@mail.ru

Литература:

1. Вельтищев Д.Ю., Ковалевская О.Б., Серавина О.Ф. Стресс и модус предрасположения в патогенезе расстройств депрессивного спектра// Псих. расстройств в общей медицине. 2008. №2. .
2. Иванова С.А. Психонейромодуляция в клинике и терапии невротических и аффективных расстройств. Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук / Научно-исследовательский институт психического здоровья СО РАМН. Томск, 2000
3. Никитина В.Б., Ветлугина Т.П., Аксенов М.М., Епанчинцева Е.М. Вторичная иммунная недостаточность как фактор развития затяжного течения невротических, связанных со стрессом расстройств// Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2008. № 1. С. 43-47.
4. Рудницкий В.А., Семке В.Я. Основные экологические факторы и психическое здоровье// Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2008. № 1. С. 128-130.
5. Антохин Е.Ю., Будза В.Г., Друзь В.Ф., Чалая Е.Б. Неврозы и невротоподобные состояния в позднем возрасте/ Интеграция медицины и психологии в XXI веке / под ред. С.И. Блохиной, Е.Т. Соколовой, Л.Т. Баранской. - Екатеринбург: «СВ-96», 2007. - С.196-207.
6. Калын Я.Б. «Жизненные события» и распространенность аффективных расстройств в населении старших возрастов (клинико-эпидемиологическое исследование)// Болезнь Альцгеймера и старение: от нейробиологии к терапии: Материалы Второй Российской конференции 18-20 октября 1999 г., Москва. — М., 1999. — С. 148-149
7. Иванова С.А., Гуткевич Е.В., Семке В.Я., Рядовая Л.А., Ракитина Н.М., Перчаткина О.Э., Епанчинцева Е.М. Методологические подходы к оценке биологических факторов психической дезадаптации (на примере невротических расстройств). Методические рекомендации / Томск, 2006.
8. Вебер В.Р., Рубанова М.П., Сухенко И.А. Синдром эмоционального выгорания // Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости. - 2006. - №4. - с.69-71.
9. Водопьянова Н., Старченко Е. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. 2-е изд. - СПб.: Питер, 2008. 336 с.
10. Гуткевич Е.В., Павлова О.А., Лебедева В.Ф. Семья геронтопсихиатрического пациента (исследование востребованности семейно-генетической превенции) / Онтогенетические аспекты психического здоровья населения: тезисы докладов научно-практической конференции (Омск 19-20 апреля 2010 г.) / под ред. В.Я. Семке. - Томск: Из-во «Иван Федоров», 2010. - С.52-56.
11. Друзь В.Ф., Олейникова И.Н., Захарченко Д.В. Социально-психологический подход в психокоррекционной работе с опекунами одиноко проживающих психически больных позднего возраста / Материалы общероссийской конференции Реализация подпрограммы «Психические расстройства» Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально-значимыми заболеваниями (2007-2011)». Москва 28-30 октября 2008 г. - С.247-248.
12. Hope T, Oppenheimer C. Ethics and the psychiatry of old age. In Psychiatry in the Elderly, 2nd edn, Jacoby R, Oppenheimer C (eds). Oxford University Press: Oxford. 1997. 709-735.
13. Schneider J, Murray J, Banerjee S, Mann A. 1999. Eurocare: a cross-national study of co-resident spouse carers for people with Alzheimer's disease: I—factors associated with carer burden. Int J Geriatr Psychiatry 14: 651-661.
14. Полищук Ю.И. Актуальные вопросы пограничной геронтопсихиатрии// Соц и клиническая психиатрия. 2006. Т.16. Вып.3. С.12-17.
15. Сиденкова А.П. Психосоциальная модель поздних деменций. Автореф. дисс. д.м.н. Томск, 2010. 45с.
16. Hughes J.C., Hope T., Savulescu J. Carers, ethics and dementia: a survey and review of the literature// International Journal of Geriatric Psychiatry. 2002; 17: 35-40.
17. Parfit D: Reasons and Persons// Health Care and Philosophy 2001; 4:153-159 .
18. Farran C., Keane-Hagerty E., Salloway S., Kupferer S., Wilken C. Finding meaning: an alternative paradigm for Alzheimer's disease family caregivers // Gerontologist . 1991. 31: 483-489.
19. Епанчинцева Е.М., Семке В.Я., Гарганеева Н.П. К оценке психогенных факторов в генезе посттравматических стрессовых расстройств// Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2000. № 1. С. 14-16.
20. Михайлова Н.М. Психические расстройства у пациентов геронтопсихиатрического кабинета общесоциальной поликлиники (клинико-статистический и лечебно-организационный аспекты): Автореф. дисс. д.м.н.М., 2000. 43с.
21. Семке В.Я., Бохан Н.А., Мандель А.И. Персоналогический анализ в контексте систематики аддитивных состояний// Наркология. 2006. Т. 5. № 1. С. 60-65.
22. Салмина-Хвостова О.И. Факторы риска развития метаболического синдрома и психологическая готовность больных к проведению профилактики// Российский медицинский журнал № 4.-2013. С22-25