

*Жмудь М.В.<sup>1</sup>, Кунафина Е.Р.<sup>2</sup>, Сиденкова А.П.<sup>3</sup>*

## **Инструменты оценки социального и инструментального функционирования лиц старших возрастных групп, проживающих в стационарных учреждениях соцзащиты**

1 - Свердловская областная клиническая психиатрическая больница, г. Екатеринбург; 2 - Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа; 3 - ГБОУ ВПО Уральская государственная медицинская академия Росздрава, г. Екатеринбург

*Zhmud M.V., Kunafina E.R., Sidenkova A.P.*

## **Tools of the estimation of social and tool functioning of persons of the senior age groups living in stationary establishments sotszashchity**

### **Резюме**

Применение психо- и социометрических инструментов позволяет определить индекс общего функционирования, оценить социальную компетентность. Комплексная оценка показателей социального и психического функционирования позволяет осуществлять раннюю диагностику когнитивных расстройств на доврачебном этапе.

**Ключевые слова:** психосоциометрическая оценка социального функционирования пожилых

### **Summary**

Application psycho- and socialmetric tools allows to define an index of the general functioning, to estimate social competence. The complex estimation of indicators socially and mental functioning allows to carry out early diagnostics cognitive frustration at a pre-medical stage.

**Keywords:** psychosocial an estimation of social functioning of the elderly

### **Введение**

Осознание современными авторами необходимости ранней диагностики психических расстройств у пожилых в большей степени актуализировало изучение проблемы функционирования как маркера начинающихся психических проблем, поскольку потеря способности к приспособлению к требованиям среды проявляется у пациентов на ранних этапах болезни [3,13,25].

Возведение показателей функционирования в ранг самостоятельных расстройств при ряде психических расстройств, в частности при деменции обостряет диагностические вопросы. Актуальность проблем деменций, помимо их высокой распространенности, состоит в значительных и прогрессирующих нарушениях функционирования этих больных, при этом отсутствует ранняя диагностика когнитивных проблем. Оценка функционального статуса имеет решающее значение в диагностике деменции (МКБ-10). Аспект нарушенного функционирования отграничивает деменции от иных, более легких когнитивных расстройств [2,7,11,18,24]. Результаты лонгитудинального 8-летнего исследования когнитивного функционирования пожилых людей А. Jorm, P. Korten (2001) показали, что нарушение компетентности пожи-

лых людей в решении повседневных задач и снижение успешности их приспособления к требованиям повседневной жизни может рассматриваться первым признаком начинающейся деменции [25]. С. А. Безнос (2008), В. А. Парфенов (2006), С.В. Пхиденко, Л. Ю. Гвоздик, С. Г. Гуша (1996), S. Finkel (2002), R. Friedland, T. Fritsch, K. Smyth (2005), J. Gelleard (2005), основываясь на принципах дименционального подхода, показали сложные динамические отношения между некогнитивными психопатологическими симптомами и уровнем социальной и инструментальной активности больных [1,8,9,19,21,23]. J. Cohen-Mansfield et al. (2000, 2003), D. Galasko, R. Kershaw, L. Schneider, Y. Zhu, N. Tariot (2005), S. Wharne (2005), X. Wang (2005) относили характеристики функционирования к «некогнитивным» симптомам деменции, применяли термин «проблемное поведение» в отношении нарушенного функционирования [14,15,22,33,34].

Общий уровень функционирования зависит не только от выраженности когнитивного снижения, но и от психопатологической структуры синдрома психического расстройства. Снижению социального и бытового функционирования больных способствуют гипотимия, апатия, психотические симптомы [10,16,17,31]. Такие харак-

теристика внимания и памяти, как снижение устойчивости, сосредоточенности, переключаемости, а также замедление мыслительного процесса, в особенности снижение скорости обработки информации, приводят к замедлению процессов деятельности и тем самым к снижению повседневной компетентности и качества приспособительного поведения [4].

L. Robinson et al. (2009) показали значимость функциональных нарушений, их высокую идентификацию как болезненных в сравнении с иными расстройствами психического спектра, описав достоверно возрастающую потребность в специализированной помощи и госпитализации больных, ранее не обращавшихся за медицинской помощью, пока не выросли функциональные расстройства [29].

Применение психо- и социометрических инструментов позволило L. Berg (1992), D. Galasko et al. (2005) определить индекс общего функционирования с учетом оценки не только инструментальных функций интеллекта (памяти, ориентации, уровня суждений), но и оценки социальной компетентности, сохранности коммуникативных навыков [12,22]. Оценка по применению рабочих навыков служит исключительным прогностическим фактором в отношении степени независимости пациентов в условиях обычной жизни в сообществе [29]. Необходимость учета непсихических нарушений при деменции (мобильность, самопомощь, обычные действия, боль/дискомфорт и беспокойство) отмечал P. Kind (1996) при разработке Шкалы оценки качества жизни EuroQoL-5D [26], что явилось актуальным при расчете взвешенных преимуществ состояния здоровья моделей лет жизни с учетом ее качества (QALY), что, по мнению R. G. Logsdon et al. (2002), L. Thorgrimsen (2003, 2006), M. Schermer (2004), G. Naglie (2006) доказывает тесную связь функционирования и качества жизни пациента [27,28,30,31,32].

Таким образом, данные современных комплексных multidisciplinary подходов к изучению психических расстройств показали, что аспекты функционирования личности, находящейся в болезненной ситуации, актуальны, поскольку нарушение инструментального, бытового, социального функционирования является одним из ранних маркеров когнитивного расстройства, следовательно, оно важно для ранней диагностики психических нарушений. Показатели функционирования определяют социальную, инструментальную активность больного, оказывая влияние на качество его взаимодействия со средой.

## Материалы и методы

В рамках изучения особенностей функционирования лиц старших возрастных групп, проживающих в стационарных учреждениях министерства социальной защиты населения Свердловской области, разработан социопсихометрический инструмент комплексной оценки социального, инструментального функционирования и качества жизни респондентов исследования.

Особенности дизайна исследования, определяемые критериями включения, детерминировали разработку и

применение инструментария исследования. Критерии включения в группу исследования:

1. Факт проживания в стационарных учреждениях Министерства социальной защиты населения Свердловской области;
2. Возраст 55 лет и старше;
3. Отсутствие декомпенсаций сопутствующих сомато-неврологических заболеваний на момент обследования.

## Результаты и обсуждение

В соответствии с целями и задачами исследования разработана «Карта стандартизированного описания лица, проживающего в стационарном учреждении Министерства социальной защиты населения». Введение в данный инструмент порядковых (параметрических, ранговых) и номинальных (непараметрических, качественных) шкал позволило решать задачи исследования. «Карта стандартизированного описания лица, проживающего в стационарном учреждении Министерства социальной защиты населения» состоит из разделов, отражающих общие социально-демографические данные, медицинскую историю, оценку когнитивного функционирования, структуру психического расстройства (если есть), оценку функциональной активности респондента, субъективную оценку качества жизни респондента. Научной новизной исследования является попытка объективизации качества социального и инструментального функционирования респондента путем введения в основной инструмент исследования совокупного мнения персонала учреждений, в которых проживал респондент. К таким информантам относились психолог, сменные санитарки, социальный работник, каждый из сотрудников по роду своей профессиональной деятельности на протяжении большей части дня контактировал с респондентом в различных социальных бытовых ситуациях, что позволило сформировать мнение в задаваемых в рамках исследования вопросах.

Оценка параметров качества различных аспектов жизни респондента проводилась с посредством применения непараметрической шкалы «Качество жизни» (QOL-AD) (версии для участников исследования и ухаживающих лиц), отражающей следующие параметры социального функционирования: физическое здоровье, силы, семья, деньги, условия проживания и др.. Учет качества инструментальной деятельности производился при заполнении непараметрической шкалы CS-ADL (Cooperative Study Activities of Daily Living Inventory), позволившей оценить такие виды инструментальной повседневной деятельности как прием пищи, ходьба, способность самостоятельно пользоваться туалетом, купание, гигиенический уход, выбор одежды и самостоятельное одевание, пользование телефоном, просмотр телепередач, приготовление напитков и пищи, мытье посуды, поиск личных вещей, путешествия (способность ориентироваться, не теряться), совершение покупок, занятия хобби и др.. Психическая сфера респондента изучалась комплексно, оценивались когнитивные функции, психопатологическая симптоматика. Для оценки когнитивного функционирования

вания (степень выраженности деменции) использовалась «Краткая шкала оценки психического статуса» (Mini-Mental State Examination, MMSE). Такой инструментарий оценки когнитивных функций предназначен для нейропсихологической структуризации когнитивных нарушений и их ранжирования (Folstein M F., 1975) [20]. Детальное изучение высших мозговых функций проводилось по методике А. Р. Лурия (1973, 2002) [5,6], топографическая ориентация нарушенных высших мозговых функций оценивалась в соответствии с рекомендациями А. А. Скоромец и др. (1996) [7], нейропсихологически оценивались функции речи, гнозиса, праксиса, особенности мнестической сферы.

Предварительная оценка уровня функционирования респондентов ранжирована следующим образом: 0-нет симптомов психических расстройств, высший уровень функционирования в различных видах деятельности; 1-симптомы отсутствуют или минимальны, имеет проблемы или тревоги повседневного характера, уровень функционирования хороший Во всех областях, социально эффективен, в основном удовлетворен жизнью; 2-симптомы являются проходящими и ожидаемыми реакциями на действие психосоциальных стрессоров, слабые нарушения в социальной, профессиональной или учебной деятельности, не ведущие к прерыванию данной деятельности; 3-некоторые слабые симптомы постоянно присутствуют (напряжение, тревога, дистимия, проходящие нарушения сна), или некоторые трудности в трудовой деятельности, сохранены значимые межличностные связи; 4-умеренные симптомы или умеренные трудности в социальной, профессиональной деятельности (конфликты в семье, на работе); 5-тяжелые симптомы, отвечающие критериям того или иного психического расстройства по МКБ-10 или серьезные нарушения в социальной, профессиональной деятельности (отсутствие друзей, невозможность удержаться на работе); 6-некоторые нарушения

ориентировки или коммуникации или значительные нарушения в нескольких сферах (работа, учеба, семья) (нарушения критики, мышления, настроения); 7-на поведение значительно влияют бред или галлюцинации или тяжелые нарушения коммуникации или критики или пациент не способен действовать практически во всех областях; 8- некоторая опасность повреждения самого себя или окружающих или неспособность время от времени обеспечить минимальную личную гигиену или грубые нарушения общения; 9-стойкая опасность нанесения повреждений себе или окружающим или стойкая неспособность обеспечить минимальную личную гигиену.

## Выводы

Таким образом, разработка и использование комплексного клинико-психосоциометрического инструментария при решении задачи многофакторного изучения аспектов социального и инструментального функционирования у лиц с различными когнитивными показателями позволяет привлечь к ранней диагностике когнитивных и иных психических расстройств лиц из ближайшего окружения респондента, что повышает вероятность распознавания проблем психического функционирования на ранних этапах.■

*Жмудь М.В. , врач судебно-психиатрической экспертизы, Свердловская областная клиническая психиатрическая больница, г. Екатеринбург; Кунафина Е.Р., д.м.н., кафедра психиатрии ГОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа; Сиденкова А.П., к.м.н. кафедра психиатрии факультета повышения квалификации ГОУ ВПО Уральская государственная медицинская академия, г. Екатеринбург; Автор, ответственный за переписку - Сиденкова Алена Петровна, E-mail: sidenkovs@mail.ru*

## Литература:

1. Безнос С.А. Оценка влияния различных патогенных факторов на уровень социального функционирования и качества жизни психически больных людей позднего возраста / Автореферат на соиск.уч.ст.к.м.н.М.2008.
2. Войтенко Р.М. Социальная психиатрия и экспертная психология. Екатеринбург, 2006. 367с.
3. Иллариошкин С.Н. Ранние (додементные) формы когнитивных расстройств // Consilium medicum. - 2007. - u2. - С.107-111.
4. Кузнецова Т.А., Шустова Г.П. Психодиагностический подход к оценке когнитивной сферы и ее влияния на качество жизни пациентов геронтрического стационара // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М.Бехтерева. 2004. Т.01. u3.
5. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. - М.:Изд.МГУ, 1973.-376с.
6. Лурия А.Р. Письмо и речь: Нейролингвистические исследования. - М.: ИД «Академия», 2002.-352 с.
7. Скоромец А.А., Скоромец Т.А. Топическая диагностика заболеваний нервной системы: Руководство для врачей. - 2-е изд. - СПб.: Политехника, 1996. - 320 с.
8. Первомайский В. Б., Карагодина Е. Г., Илейко В. Р., Козерацкая Е. А. Категории болезней, здоровья, нормы, патологии в психиатрии: концепции и критерии разграничения // Вестник психиатрии та психофармакотерапии. — 2003. — u 1. — С. 14–27.
9. Пхиденко С. В., Гвоздик Л. Ю., Гуца С. Г. Характеристика социального функционирования у больных затяжными сосудистыми психозами // История Сабуровой дачи. Успехи психиатрии, неврологии, нейрохирургии и наркологии: Сборник научных работ Украинского НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии и Харьковской городской клинической психиатрической больницы u 15 (Сабуровой дачи) / Под общ. ред. И. И. Кутько, П. Т. Петрюка. — Харьков, 1996. — Т. 3. — С. 312–314.
10. Сердюк М.А., Полищук Ю.И., Гурвич В.Б., Летникова З.В. Опыт психотерапевтической и психокоррекционной работы с пациентами позднего возраста в социальных домах / 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.251-252.
11. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. – Washington: American Psychiatric Association, 1994.
  12. Berchtold N., Cotman C. Evolution in the conceptualization of dementia and Alzheimer's disease: Greco-Roman period to the 1960s // *Neurobiol. Aging*. 1998. 19 (3): 173–89.
  13. Byrne P. Psychiatric stigma // *British Journal of Psychiatry*. 2001. 178, 281–284.
  14. Cohen-Mansfield J. Use of patient characteristics to determine non-pharmacologic interventions for behavioural and psychological symptoms of dementia // *International Psychogeriatrics*. 2000. 12 (suppl. 1), 373–380.
  15. Cohen C. The Utility of Mandatory Depression Screening of Dementia Patients in Nursing Homes // *American Journal of Psychiatry* 2003; 160: 2012–201.
  16. Cummings J. Neuropsychiatric assessment and intervention in Alzheimer's disease // *Int Psychogeriatr*. 1996. 8:25–30.
  17. Cummings J. The Neuropsychiatric Inventory: assessing psychopathology in dementia patients // *Neurology*. 1997. 48(Suppl 6): S10–16.
  18. Dubois B, Feldman H., Jacova C. Research criteria for the diagnosis of Alzheimer's disease: revising the NINCDS-ADRDA criteria // *Lancet Neurol*. 2007. 6 (8): 734–46.
  19. Finkel S. New focus on behavioral and psychological signs and symptoms of dementia // *Int Psychogeriat*. 2002. 8:215–216.
  20. Folstein M F, Folstein S E, McHugh P R Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. // *J Psychiatr Res*. 1975. 12: 189–198.
  21. Friedland R., Fritsch T., Smyth, K. Patients with Alzheimer's disease have reduced activities in midlife compared with healthy control-group members // *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*. 2005. 98, 3440–3445.
  22. Galasko D., Kershaw R., Schneider L., Zhu Y., Tariot N. Galantamine maintains ability to perform activities of daily living in patients with Alzheimer's Disease // *J. Am. Geriatrics Soc*. 2005. 53 (7): 1090–109.
  23. Gelleard J. Living with dementia. London- Sydney. 2005.
  24. Janca A, Kastrup M, Katschnig H, Lopez-Ibor JJ, Mezzich JE, Sartorius N: The ICD-10 multiaxial system for use in adult psychiatry: structure and application. *J Nerv Ment Dis* 1996, 184: 191-192.
  25. Jorm A., Korten P., Henderson A. Memory complaints as a precursor of memory impairment in older people: a longitudinal analysis over 7–8 years // *Psychological Medicine*. 2001; 31, 441–449.
  26. Kind P. The EuroQol instrument: an index of health-related quality of life in older adults with cognitive impairment. In: Spilker B, editor. *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*. 1996. Philadelphia: Lippincott-Raven.
  27. Logsdon RG, Gibbons LE, McCurry SM, Teri L. Assessing quality of life in older adults with cognitive impairment. *Psychosomatic Medicine*. 2002. 64:510–519.
  28. Naglie G., Tomlinson G., Tansey C., Irvine J., Ritvo P., Black S.E., Freedman M., Silberfeld M., Krahn M. Utility-based quality of life measures in Alzheimer's disease // *Qual Life Res*. 2006. 15:631–643.
  29. Robinson L, Iliffe S, Brayne C, Goodman C, Rait G, Manthorpe J, Ashley P. Primary care and dementia: 1. diagnosis, screening and disclosure // *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2009. Vol 24 P. 333 – 334.
  30. Schermer M. In search of «the good life» for demented elderly // *Medicine, Health Care and Philosophy* 2004; 23: 35–44.
  31. Thorgrimsen L, Selwood A., Spector A., Royan L, Lopez M.M., Woods R.T., Orrell M. Whose quality of life is it anyway? The validity and reliability of the quality of life-Alzheimer's disease (QoL-AD) Scale // *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2003. 17:201–208.
  32. Thorgrimsen L, Selwood A., Spector A., Royan L, Lopez M.M., Woods R.T., Orrell M. Whose quality of life is it anyway? The validity and reliability of the quality of life-Alzheimer's disease (QoL-AD) Scale // *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2006. 17:201–208.
  33. Wang X., Karp A., Winblad B. Late-life engagement in social and leisure activities is associated with a decreased risk of dementia: a longitudinal study from the impairment and dementia // *Cochrane Library*, issue 4. Oxford: Update Software. 2005.
  34. Wharne S. Assertive outreach teams: their roles and functions. // *Journal of Interprofessional Care*. 2005, 19, 326–337.