

*Сиденкова А.П.*

## **Деменции позднего возраста с позиций системного подхода. Психосоциальная модель поздних деменций**

ГБОУ ВПО Уральская государственная медицинская академия Росздрава, г. Екатеринбург

*Sidenkova A.P.*

### **Dementia late age from positions of the system approach. Psychosocial model late dementia**

#### **Резюме**

Учет гетерогенности патогенетических факторов в становлении тяжелых когнитивных расстройств детерминирует необходимость комплексного системного биопсихосоциального взгляда на проблему позднего слабоумия, способствуя переводу значения деменции из одномерной медицинской плоскости в социальную, психологическую сферы.

**Ключевые слова:** деменции, системный подход, психосоциальная модель деменций

#### **Summary**

The account of heterogeneity of pathogenetic factors in formation heavy cognitive frustration determines necessity of a complex system biopsychosocial sight at a problem of late weak-mindedness, promoting value transfer dementia from an one-dimensional medical plane in social, psychological spheres.

**Keywords:** dementia, the system approach, psychosocial model dementia

#### **Введение**

Демографические изменения современного общества, со свойственными им старением популяций и увеличением доли лиц пожилого и старческого возраста, высокое распространение психических расстройств у пожилых людей [6,7,8,25], актуализируют изучение возраст-специфических особенностей нейронального, психологического, психического, социального функционирования лиц старших возрастных групп. Выраженное снижение автономности и функционирования пациентов детерминирует вовлечение в проблемы их психического страдания лиц ближайшего окружения, перевода значения деменции из одномерной медицинской плоскости в социальную, психологическую сферы. Результаты исследований отечественных геронтологов [2,4,5,6] выявили значимые статистические связи между социально-средовыми факторами, «стрессовыми жизненными ситуациями», образом и качеством жизни, семейным положением и частотой развития поздних деменций. В отдельных работах показано влияние социальных условий на становление гипотимии у больных с деменциями, связь поведенческих нарушений, страха, агрессии, возбуждения и конфронтацией ухаживающих [14], высокой потребности в госпитализации и нарушенными интерперсональными отношениями [3]. Исследования M.Leggatt (2005), H.Lester, J.Q.Tritter, H.Sorohan (2004), J.Lindesay (2005) выявили корреляции между психотическими расстройствами больного и характером ответа среды на дли-

тельный уход за ним [17,18,19]. J.Cohen-Mansfield и соавт. (2000) обозначили поведенческие симптомы при деменции как своеобразную компенсацию больного на создавшиеся условия [13]. Авторы единодушно констатируют, что клинические и функциональные аспекты деменций определяют основу «бремени деменции», опосредованно влияют на функционирование и качество жизни ухаживающих, оказывают стрессогенную, этическую, физическую, экономическую нагрузку на семью больного [2,7,8,12,16,20,21], способствуют развитию чрезмерного напряжения, депрессий, длительного психологического дистресса, формированию синдрома «эмоционального выгорания», расстройств адаптации, снижению уровня благополучия. О.В.Юсупова (2008), A.Mui (1992), G.T.Deimling, D.H.Bass, A.L.Townsend (1989) отметили неблагоприятное влияние тяжелого дементирующего процесса у одного из членов семьи на ролевую структуру семьи, распад семьи ухаживающего, потерю работы ухаживающим [10,14,22]. Стрессирующее значение фактора ухода и контакта с больными, страдающими деменцией, распространяется на профессионально ухаживающих в стационарных медицинских и социальных учреждениях, с развитием у них синдрома «выгорания», депрессивных расстройств, нарушений адаптации. Все это свидетельствует о высочайшем уровне вовлеченности ухаживающего в процесс взаимодействия с больным. Факт длительного ухода за тяжело больным, наблюдение за динамикой утраты свойств, присущих ранее близкому цело-

веку, изменения в ролевой структуре семьи, столкнувшейся с грубым нарушением автономии одного из ее членов, финансовые траты, все эти параметры включаются в совокупное понятие «бремени деменции», влияние которого на ухаживающее лицо реализуется в нарушении психического, соматического, социального функционирования человека, осуществляющего уход за больным с деменцией. Системный подход к проблеме поздних деменций обуславливает необходимость учитывать данные последствия деменции на ухаживающее лицо с позиций взаимосвязи этих последствий и детерминированных ими ответных изменений микросоциальных условий, что приводит к изменениям внешне средовых параметров пациента. 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, определяет необходимость разрабатывать комплексный системный биопсихосоциальный взгляд 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. Изучение поздних деменций с позиций системного многофакторного подхода позволило сформулировать «психосоциальную модель» (термин авторский) данного расстройства [2].

### **Психосоциальная модель 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.

В контексте данного представления, 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 категоральной 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.

С позиций психосоциальной модели познавательные функции активного внимания, гнозиса (слухо-

речевого, зрительно-пространственного, тактильного, обонятельного и др.), связанные с ними функции речи (сенсорный и сематический компоненты) являются базисными для начальных этапов познания, они определяют значение (семантику) поступающей информации [2]. 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 непонятого», «сопротивление непонятному». Человек с грубо нарушенными когнитивными функциями оказывается каждый раз в ситуации аффективно-шоковой, реагируя на нее общебиологически («реакция мнимой смерти», «реакция двигательной бури» (по Кремеру)). Феноменологически это проявляется симптомами

аберрантного поведения, агитации, 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 трактующего 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 по механизмам, описанным В.Я.Семке (1999) [9], Ю.А.Александровским (2007) [1], 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 ухаживающим 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. Системный подход к пониманию деменций позволяет сформулировать принципы ведения больных данной категорией.

### **Принципы комплексного системного (био психосоциального) подхода к ведению пациентов с поздними деменциями**

В основу комплекса терапевтических мероприятий положены следующие принципы [2]:

1. Поздние деменции рассматриваются с био психосоциальных позиций, то есть с учетом индивидуальных клинико-динамических особенностей каждого отдельного случая болезни, структуры синдрома деменции, выраженности когнитивных, поведенческих, аффективных и функциональных феноменов с психодинамическим анализом возникновения каждого из них.

2. Учитывая важное и прогностическое значение микросоциального контекста на развитие структуры когнитивного расстройства и степени функциональной активности пациента, в комплекс терапевтических мероприятий необходимо вводить компонент коррекции на значимое ближайшее окружение пациента с учетом аффективных особенностей коммуникативного стиля взаимодействия человека, осуществляющего уход, и пациента с деменцией.

3. Учитывая гетерогенность структуры бремени поздних деменций на ухаживающих лиц комплексный терапевтический подход должен учитывать индивидуальное значение отдельных проявлений деменций для каждого отдельного caregiver.

4. Нацеленность на длительный (в большинстве случаев пожизненный) характер противодементной базовой терапии требует анализа и прогностической оценки характера комплайенса ухаживающего.

Системный подход к проблеме тяжелых когнитивных расстройств позднего возраста позволяет разработать и реализовать комплексный план мероприятий помощи, направленных на снижение выраженности дезадаптации пациента и ухаживающего за ним лица, ресоциализация участников терапевтического процесса. ■

*Сиденкова А.П., к.м.н., факультет повышения квалификации и профессиональной переподготовки, курс психиатрии, наркологии и психотерапии ГОУ ВПО Уральская государственная медицинская академия, г. Екатеринбург; Адрес для переписки - E-mail sidenkovs@mail.ru*

### **Литература:**

1. Александровский Ю.А. Диагностика и терапия психических расстройств у больных первичного звена

медицинской помощи// Актуальные вопросы кардиологии, неврологии и психиатрии: XIII Российский

- национальный конгресс «Человек и лекарство» -М., 2007. -С.9-25.
2. Сиденкова А.П. Психосоциальная модель поздних деменций. Автореф. дис....докт. мед. наук. Томск, 2010
  3. Зозуля Т.В. Эпидемиологическое исследование психически больных пожилого и старческого возраста и вопросы организации медико-социальной помощи/ Дисс....доктора мед.наук. 1998.
  4. 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.
  5. Калын Я.Б. Личностная значимость пережитых жизненных событий для лиц пожилого и старческого возраста (по данным клинико-эпидемиологического исследования населения старших возрастов, проживающего на ограниченной территории Москвы)//Социальная и клиническая психиатрия. — 1997, — Т. 7, цз. —С. 15-20.
  6. Калын Я.Б. Психическое здоровье населения пожилого и старческого возраста (клинико-эпидемиологическое исследование) / Автореф. на соиск.учст.д.м.н.М., 2001.
  7. Калын Я.Б. Фармакоэкономика болезни Альцгеймера/ Фармакотерапия болезни Альцгеймера.С.И.Гаврилова. «Пульсар», 2003.
  8. 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.
  9. Семке В.Я. Превентивная психиатрия.-Томск:из-во Том.ун-та, 1999.-403 с.
  10. Юсупова О.В. Пожилые в семье: типичные конфликтные ситуации и возможности их урегулирования. Сб.тезисов Актуальные аспекты медикосоциальной помощи. Екатеринбург. 2008.
  11. Bloch S. Supportive Psychotherapy Caregivers. Oxford. 2006. 120 p.
  12. Burland J. Family-to-family: a trauma and recovery model of family, education. New Directions for Mental Health Services 1998; 77:33-41.
  13. 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.
  14. Deimling G. T., Bass D. H., Townsend A. L. Care related stress: a comparison of spouse and adult-child caregivers in shared and separate households // Journal of Aging and Health. 1989, 1, 67-82.
  15. Erickson D.H., Beiser M., Iacono W.G., et al, The role of social relationships for psychiatric patients// Amer.J.Psychiat.-2005.-Vol.243,N11.-P.1456-1461.
  16. 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.
  17. Leggatt M. Families and mental health workers: the need for partnership// World psychiatry 2005; 11. pp. 32-34.
  18. Lester H., Tritter J.Q., Sorohan H. Managing crisis: the role of primary care for people with serious mental illness. Family Medicine, 2004, 36:28-34.
  19. Lindsay J. New developments in long-term care for people with dementia: The Domus Philosophy. In: Eighth Congress of the International Psychogeriatric Association (IPA), Jerusalem, Israel. Book of Abstracts. 2005.
  20. Matson N. Coping, caring and stress: a study of stroke carers and carers of older confused people// British Journal of Clinical Psychology. 1994. 33, 333-344.
  21. McGuire-Snieckus, R., McCabe, R., Catty, J., et al. A new scale to assess the therapeutic relationship in community mental health care: STAR. Psychological Medicine. 2007. 37, 85-95.
  22. Mui A. Caregiver strain among Black and White daughter caregivers: a role theory perspective// Gerontologist. 2002. 32, 203-212.
  23. Schulz R., Beach S.R. Caregiving as a risk factor for mortality: the caregiver health effects study// JAMA. 1999. 282: 2215-221.
  24. Skaff M., Pearing L. Caregiving: Role engulfment and the loss of self// Gerontologist.-1992.-Vol.32.-P.656-664.
  25. Xiang Z., Huguenard J.R. Cholinergic switching within neocortical inhibitory networks. Science 1998; 281:985-988