

Д.А. Волошук

ПРИЧИНИ ТА ПРОЯВИ ДЕЗАДАПТАЦІЇ У РОДИЧІВ ХВОРИХ НА СУДИННУ ДЕМЕНЦІЮ

Одеський національний медичний університет, м. Одеса

Ключові слова:

дезадаптація, судинна деменція, родичі хворого на деменцію, емоційне вигорання, стрес, депресія, рекомендації.

При проведенні теоретичного дослідження нами виявлено, що проблема дезадаптації та загального психологічного стану родичів хворого на деменцію є малодослідженою. У більшості випадків результати огляду літературних джерел зводилися до загальних рекомендацій і поодиноких досліджень, без конкретних програм психологічної підтримки родичів, які доглядають за хворим саме на судинну деменцію. У цій статті ми зібрали та систематизували усі отримані дані з названої проблематики, що зорієнтовані на розуміння психологічного стану та поліпшення адаптації родичів дементних хворих.

Актуальність. На сьогодні все більше уваги приділяється дослідженням, які передбачають вивчення пацієнта в єдності з його оточенням і здійснюються на стику психології, медицини та соціології. Родичі, які доглядають за невиліковними хворими, все частіше стають центральним об'єктом дослідження та аналізу.

До сьогоднішнього часу проблеми клініко-психологічної дезадаптації осіб, родичі яких хворіють на деменцію, практично не розкриті. Результати проведених нами початкових робіт показали актуальність та необхідність детального вивчення цього питання, дозволили точніше сформулювати напрямки дослідження клініко-психологічної дезадаптації у родичів хворих на судинну деменцію та шляхи її психокорекції, вдосконалити методи психологічного обстеження і стали основою для масштабніших та докладніших досліджень.

Викладення матеріалу. Дезадаптація особистості формується внаслідок порушення адаптаційних механізмів на рівні організму, суб'єкта та особистості. На рівні організму дезадаптацію поведінки можуть викликати різні відхилення у фізіологічному і фізичному розвитку, а також патологічні порушення функцій організму людини. На рівні суб'єкта причиною психічної дезадаптації є порушення психічних механізмів життєдіяльності людини. На особистісному рівні причиною дезадаптації є труднощі пристосування суб'єкта до соціальних норм поведінки, ціннісних орієнтацій, прийнятих у суспільстві, внаслідок набутого ним негативного життєвого досвіду, неадекватного психічного розвитку [14].

Проблема дезадаптації родичів хворих на судинну деменцію є актуальною, адже це захворювання не тільки погіршує якість життя хворих, а й призводить до великих матеріальних та іматеріальних затрат внаслідок необхідності постійного спостереження за особами з вираженими формами судинної деменції [7]. З погіршенням стану хворого зростає навантаження і на опікуна, що призводить до погіршення його психічного стану, а в подальшому до появи або загострення хронічних соматичних захворювань [4].

Насамперед слід враховувати, що хворі на деменцію потребують додаткових заходів з догляду та спостереження. У цієї категорії хворих є схильність до госпітальної інфекції та різних ускладнень лікування, часто судинні деменції супроводжуються іншими соматоневрологічними проблемами. Більшість сучасних дослідників оцінюють деменцію як захворювання, яке важким тягарем лягає як на самого пацієнта, так і на його сім'ю і суспільство загалом [15].

У 1994 році в роботі R. Ernst і J. Nau було показано, що особи, які доглядають за хворими, на 46% частіше відвідували лікаря загальної практики і на 71% більше використовували медичні препарати, ніж люди того ж віку, які не доглядають за хворими. Організація лікування хворих на деменцію і догляд за ними вимагають величезних економічних (матеріальних) витрат. Крім того, деменція є джерелом важкого стресу для родичів пацієнтів і осіб, змушених їх обслуговувати та щоденно з ними спілкуватися. Так, за даними P.L. Huckle, у 40% осіб, які доглядають за хворими на деменцію, виявляються ознаки депресії [16].

На думку деяких науковців, значна частина внутрішньосімейних конфліктів є реакцією на поведінкові порушення, пов'язані саме з деменцією. При вирішенні цих конфліктів значна частка родичів відмовляється від хворих, поміщаючи їх в будинки-інтернати для старих людей з хронічними захворюваннями [11].

Судинна деменція, як правило, виникає серед людей похилого віку і загальна частка сімейного догляду за літніми людьми знижується повсюдно і з об'єктивних причин. Перш за все, багато дітей, які піклуються про своїх батьків, самі вже перебувають у середньому віці, а деякі досягають похилого віку, маючи вже власних онуків. Як правило, необхідність дбати про батьків у дорослих дітей виникає в той період життя, коли вони самі переживають особисті втрати, пов'язані з віком, самі страждають на хронічні хвороби, занепад сил, йдуть або збираються йти на пенсію. Вони самі потребують пильної уваги до свого здоров'я, періодичної допомоги і підтримки, як емоційної, так і чисто фізичної. Найскладнішим же для

них є тривога і страх втратити супутника життя, з яким прожито багато років [2, 3, 9].

Друга проблема полягає в тому, що спостерігається зростання кількості жінок, які працюють, причому в основному через велику матеріальну затратність супроводу хворих на судинну деменцію. Мільйони жінок опиняються одночасно в різних і суперечливих ролях – дружина, господиня, мати, працівниця, дочка, опікун хворого. Тому жінки середніх років стикаються не тільки з віковими проблемами, але і з ситуацією, коли відповідальність за близьких не скорочується, а навпаки, досягає свого піку, що збільшує ризик виникнення психологічної дезадаптації [5, 8].

Дослідження показують, що емоційне напруження – один з найпоширеніших і найтяжчих наслідків таких ситуацій. Обмаль часу і обмежена свобода дій, ізоляція, необхідність розриватися між різними обов'язками, труднощі при визначенні пріоритетів, вимушені зміни у способі життя, звичках, спілкуванні, відпочинку – все це породжує довгий перелік таких симптомів душевного нездоров'я як депресія, відчуття тривоги і безнадійності, безсоння, занепад духу та дезадаптація особистості в цілому. До вищезазначених негативних наслідків більше схильні дочки хворого на судинну деменцію, ніж сини, які часто користуються допомогою своїх дружин і тому відчувають меншу напругу [10, 14].

Деменція, як вже зазначалося, суттєво впливає на сім'ю хворих людей і тих, хто здійснює догляд за ними. Фізичне, емоційне і економічне навантаження може призводити до великого стресу членів сімей та людей, які здійснюють догляд, тому їм необхідна підтримка з боку установ охорони здоров'я, соціальної, фінансової та правової систем. З цього випливає необхідність одночасної підтримки і хворого, і його родичів [12].

ВООЗ наводить наступні рекомендації для людей, які здійснюють місію догляду за тяжкохворим родичем з деменцією.

- Найважчий тягар несуть особи, які доглядають за хворим, тому слід продумати способи, які допоможуть їм справлятися зі стресом. Розібравшись у власних емоціях вони зможуть ефективніше вирішувати проблеми хворого та власні.
- У осіб, які доглядають за хворим, нерідко виникає відчуття сорому: за поведінку хворого, за його гнів, за те, що складно продовжувати доглядати за хворим. Рекомендується поінформувати друзів і сусідів про деменцію, щоб вони краще розуміли поведінку хворого.
- Можливе виникнення відчуття гніву, яке спрямоване проти хворого, проти себе, лікаря або найважчої ситуації. Іноді гнів такий сильний, що люди насилу утримуються від заподіяння шкоди хворому, за яким доглядають.
- Багато людей, які доглядають за хворим, перестають підтримувати суспільні контакти, бачать лише хворого. Таким чином, догляд за хворим може спричинити розвиток відчуття самотності, що, у свою чергу, може погіршити якість догляду за хворим. Тому надзвичайно важливо не втрачати друзів і суспільні контакти.

- При поступовому зростанні кількості обов'язків збільшується ризик розвитку сильного стресу і втоми. У такому випадку необхідна консультація з фахівцем, сімейна нарада для обговорення проблем догляду за хворим або звернення за допомогою у спеціальну установу для догляду.

- Необхідно ділитися з іншими своїми враженнями від догляду за хворим, не тримати свої проблеми при собі. При цьому бажано не відкидати допомогу і підтримку інших.

- Задля запобігання ситуації емоційного вигорання рекомендується залишати час для себе. При появі відчуття перевтоми і неспосильності виконуваного догляду необхідно звернутися за допомогою.

- Потрібно уникати звинувачень в сторону когось за труднощі, з якими доводиться стикатися в ході догляду за хворим з деменцією. Необхідно пам'ятати, що винна лише хвороба.

- Звернення за порадою або допомогою до фахівців з проблем деменції може значно підтримати або гармонізувати стан людини, яка доглядає за хворим. Слід пам'ятати, що благополуччя цієї людини надзвичайно важливе як для неї самої, так і для хворого.

- Слід враховувати, що нерідко члени сім'ї, друзі або сусіди хочуть допомогти людині, яка доглядає за хворим, проте не знають, як конкретно це можна зробити і потребують конкретних вказівок з її сторони [1].

Значна роль у зниженні дезадаптації та підтримці родичів хворих із судинною деменцією належить лікарю загальної практики. На персональному рівні особи, які здійснюють догляд за хворим, потребують реалістичної інформації про судинні деменції, про значення діагнозу і його прогноз, а також про те, як краще використовувати наявні установи допомоги. При цьому родича хворого слід вважати членом команди допомоги, який робить свій внесок у терапевтичний процес [6].

Психічне та фізичне здоров'я родичів хворих на судинну деменцію має першорядне значення, при цьому лікар загальної практики стає основною опорою для них. Ця роль включає в себе професійні поради щодо їх власного здоров'я, визнання їх ключової ролі та пов'язаних з доглядом проблем, а також емоційну підтримку в ході консультування з питань їх установок і очікувань. Стрес, якого зазнає сім'я хворого на деменцію, може призвести до психічних розладів на додаток до звичайних фізичних проблем (наприклад, втоми, скелетно-м'язова напруга і безсоння), які викликані важкими фізичними навантаженнями. Завдяки пильності лікаря загальної практики у визначенні ранніх ознак напруги або труднощів у вирішенні проблем можна запобігти кризі [13].

Список використаної літератури

1. Авербух Р. На допомогу патронажному працівникові: добірка матеріалів з Відділу психічного здоров'я. ВООЗ та Міжнародного об'єднання Товариств Альцгеймера / Р. Авербух. – СПб. – Єрусалим : Вид. Санкт-Петербурзького Інституту соціальних та обцинних працівників ім. В. Розенвальда, 1999. – 54 с.
2. Андреева Т. В. Особенности и тенденции развития современной семьи / Т. В. Андреева // Аналиевские чтения, 2002. – СПб. : изд-во Санкт-Петербурзького университета, 2002. – 386 с.
3. Антонов А. И. Кризис семьи и пути его преодоления / А. И. Антонов. – М.: Олма-пресс, 2000. – 36 с.
4. Дамулин И. В. Терапевтические возможности при болезни Альцгеймера и сосудистой деменции / И. В. Дамулин // Русский медицинский журнал – 2001. – Т. 9, № 7–8. – С. 34–38.

5. Дасько Т. П. Помощь пациентам с болезнью Альцгеймера и их семьям / Т. П. Дасько, О. П. Иванова // Медицинская сестра. – 2000. – № 2. – С. 2–3.
6. Деменции : руководство для врачей. / [Н. Н. Яхно, В. В. Захаров, А. Б. Локшина и др.] – М. : Изд. Медпресс-информ, 2011. – 272 с.
7. Коцюбинский А. П. Об адаптации психически больных (уточнение основных понятий) / А. П. Коцюбинский, Н. С. Шейнина // Обзорение психиатрии и мед. психологии. – 1996. – № 2. – С. 203–212.
8. Олифиревич Н. И. Психология семейных кризисов / Н. И. Олифиревич, Т. А. Зинкевич-Куземкина, Т. Ф. Велента. – М. : Речь, 2008. – 360 с.
9. Перфильева Г. М. В помощь семьям больных болезнью Альцгеймера / Г. М. Перфильева // Медицинская сестра. – 2000. – № 6. – С. 4–8.
10. Пинчук И. Я. В помощь семьям больных болезнью Альцгеймера: метод. рекомендации / И. Я. Пинчук, В. Г. Черкасов. – М., 2007. – С. 45–62.
11. Практикум по семейной психологии и основам консультирования: учебно-методическое пособие / сост. Н. В. Шелепанова, И. С. Вотчин, И. С. Искандарян. – Новосибирск : Изд. НГПУ, 2005. – 207 с.
12. Решетова Т. В. Психологическая помощь пациенту с деменцией и его семье / Т. В. Решетова // Сборник трудов научно-практической. конф. «Актуальные проблемы геронтологии и гериатрии» / под ред. проф. Арьева А. Л. – СПб., 2011. – С. 227–230.
13. Ряпова Т. Л. Уровень эмоционального выгорания и уровня невротизации как показатели качества жизни родственников, ухаживающих за больными с деменциями / Т. Л. Ряпова // Журн. психиатрии и мед. психологии. – 2001. – № 1. – С. 76–80.
14. Семке В. Я. Психосоциальные и биологические факторы психической дезадаптации (на модели невротических расстройств) / В. Я. Семке, Е. В. Гуткевич, С. А. Иванова. – Томск, 2008. – 204 с.
15. Справочник по диагностике и лечению заболеваний у пожилых / под ред. Л. И. Дворецкого, Л. Б. Лазебник. – М. : Новая Волна; ОНИКС, 2000. – 543 с.
16. Huckle P. L. Families and Dementia / P. L. Huckle // International Journal of Geriatric Psychiatry. – 1994. – № 9. – P. 735–741.

ПРИЧИНЫ И ПРОЯВЛЕНИЯ ДЕЗАДАПТАЦИИ У РОДСТВЕННИКОВ БОЛЬНЫХ СОСУДИСТОЙ ДЕМЕНЦИЕЙ

Д. А. Волощук

При проведении теоретического исследования нами выявлено, что проблема дезадаптации и общего психологического состояния родственников больных деменцией малоисследована. В большинстве случаев результаты обзора литературных источников сводились к общим рекомендациям и редким исследованиям, без конкретных программ психологической поддержки родственников, осуществляющих уход за больным именно сосудистой деменцией. В этой статье мы собрали и систематизировали все полученные данные по данной проблематике, которые ориентированы на понимание психологического состояния и улучшение адаптации родственников дементных больных.

Ключевые слова: дезадаптация, сосудистая деменция, родственники больного деменцией, эмоциональное выгорание, стресс, депрессия, рекомендации.

CAUSES AND MANIFESTATIONS OF DISADAPTATION AMONG RELATIVES OF PATIENTS WITH VASCULAR DEMENTIA

D. Voloshchuk

In carrying out theoretical research, we found that the problem of disadaptation and general psychological state of relatives of patients with dementia is little research. In most cases, the results of the literature review were limited to general recommendations and rare studies, no specific programs of psychological support relatives who supervise patient's namely with vascular dementia. In this article, we have collected and systematized all the data is received on this issue, which are focused on understanding and improving the psychological state of adaptation of the relatives of patients with dementia.

Key words: disadaptation, vascular dementia, relatives of dementia patient, emotional burnout, stress, depression, recommendations.

СОЦІАЛЬНА ТА КЛІНІЧНА НАРКОЛОГІЯ

УДК 616.89–008.441.13–08

Д. В. Возний

ХОЛІСТИЧНИЙ ПІДХІД ТА БІОПСИХОСОЦІАЛЬНА МОДЕЛЬ ДОПОМОГИ ПРИ АЛКОГОЛЬНІЙ ЗАЛЕЖНОСТІ: ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ

Одеський національний медичний університет, м. Одеса

Ключові слова:
холістичний підхід,
біопсихосоціальна
модель, алкогольна
залежність.

У статті наведено стратегії використання в організації допомоги пацієнтам з алкогольною залежністю холістичного підходу, який враховує біопсихосоціальною модель організації допомоги. Етіологічний принцип біопсихосоціальної моделі – мультифакторність, означає мультипричинність і ситуативність співвідношення психологічних і непсихологічних факторів. Описано принципи використання біопсихосоціальної моделі в діагностичному та терапевтичному процесах. Діагностика та терапія згідно з біопсихосоціальним підходом проводиться у трьох площинах: соматичній, психологічній, соціальній.

Останнім часом в українських медичних виданнях все частіше з'являються статті про біопсихосоціальну модель розуміння здоров'я і захворювання людини. Ця модель трактує людину як цілісний організм. Група з розвитку психіатрії визначила поняття «здоров'я» як гармонійний розвиток фізичної, інтелектуальної, емоційної та соціальної частин особистості [1, 2, 6]. Біопсихосоціальний підхід також називають інтеграційним (від лат. *integrum* – ціле; інтеграція означає процес об'єднання будь-яких елементів/частин в одне ціле, процес утворення взаємозв'язків). Біопсихосоціальна модель змінила звичний етіопатогенетичний підхід на багатоваріантний [2, 6]. «Холістичне здоров'я»

(holistic health), або «холістичний підхід до здоров'я» (holistic approach to health) – сприйняття людини як інтегрованої системи, яка вклучає фізичні, психічні, духовні та емоційні компоненти. «Холістичний підхід» – будь-який підхід, при якому акцент робиться на цілісній особистості, а не на її складових [5]. Намагаючись пояснити феномен «здоров'я» сучасні провідні теоретики Дж. Найду (Jannie Naidoo) та Дж. Уліз (Jane Wills) посилаються на поширену в країні модель здоров'я (автори П. Аглетон (Piter Aggleton), Г. Го-манс, (Hilary Nomans), Л. Евлес (Linda Ewless) та І. Зімнет (Ina Zimnett)), що охоплює такі складові: фізичну, яка передбачає нормальне функціонування органів людського