

УДК: 616.89-008.454-085-036.838

ПЕРСОНІФІКОВАНА ПРОГРАМА МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ДЕМЕНЦІЮ

Каплоух О.М.

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Деменція впливає на адаптацію людини в побуті, соціальному житті й, звичайно, впливає на професійній якості людини. Догляд за пацієнтами з деменцією викликає дистрес у членів їх родин. У сучасній психіатричній практиці використовують багатовекторний підхід в рамках біопсихосоціальної моделі надання допомоги хворим на деменцію. Провідна стратегія лікування цієї категорії хворих включає заходи із запобігання розвитку когнітивного дефіциту та лікування. Основними складовими лікування є фармакотерапія, психотерапія та психоосвітні втручання спрямовані на осіб, які здійснюють догляд за хворими. Була розроблена комплексна програма медико-психологічної реабілітації для пацієнтів з деменцією, яка включила в себе фармакотерапію, психотерапію, психоосвіту (для пацієнтів та їх родичів) та психологічні тренінги (тренінг комунікативних, когнітивних, соціальних навичок). На тлі використання програми медико-психологічної реабілітації хворих на деменцію після 1,5-річного катамнестичного спостереження була відзначена стабілізація їх емоційного стану, зниження рівня нервово-психічної напруги, покращення когнітивного статусу пацієнтів, підвищення рівню соціально-психологічної адаптації. Пацієнтам вдалося зберегти соціально-побутові навички та використовувати адаптивні копінг-стратегії.

Ключові слова: *родичі, дезадаптаційна поведінка, емоційні розлади.*



Цитуйте українською: Каплоух ОМ. Персоніфікована програма медико-психологічної реабілітації хворих на деменцію. Експериментальна і клінічна медицина. 2021;90(3):70-5. <https://doi.org/10.35339/ekm.2021.90.3.kap>

Cite in English: Kaploukh OM. Personalized program of medical and psychological rehabilitation of dementia patients. Experimental and Clinical Medicine. 2021;90(3):70-5. <https://doi.org/10.35339/ekm.2021.90.3.kap> [in Ukrainian].

Вступ

Профілактика і терапія деменції, і у першу чергу її основних форм – хвороби Альцгеймера і судинної деменції, є однією з найбільш гострих проблем сучасної психіатрії. Вагомим проявом деменції є значне погіршення вищих психічних функцій, яке призводить до

стійкої побутової та соціальної дезадаптації хворого. Також окрім когнітивного дефіциту більше ніж у 50 % хворих на деменцію присутні психотичні (маячення і галюцинації), афективні (депресія, тривога, емоційна нестійкість) та поведінкові симптоми. Важливо зауважити, що симптоми депресії при де-

© Каплоух О.М., 2021

© Kaploukh O.M., 2021

менції вважаються прогностично несприятливими ознаками зниження активності в повсякденному житті до рівня, на якому відбувається інвалідизація і може настати швидка смерть [1–3].

Деменція є однією з основних причин втрати працездатності 11,2 % постраждалих від перенесених уражень спинного мозку та онкозахворювань віком старше 60 років. На деменцію страждають 5 % осіб у віці 65–69 років, і кожні 10 років кількість хворих збільшується вдвічі. Приблизно у 9 % осіб віком понад 65 років присутня легка або помірна деменція, а у 5 % – тяжка. В наш час у світі налічується близько 24–25 млн хворих на деменцію. За даними ВООЗ, кількість пацієнтів з деменцією у 2025 році може підвищитися у 1,7 рази (у порівнянні з даними на початок століття) і дійти до 35 млн осіб. Медичні витрати на кожного пацієнта з деменцією достатньо високі. Наприклад, у США вони становлять 40 тис. доларів на рік. Більша частина витрат (приблизно 70 %) пов'язана із доглядом за пацієнтами та запобіганням поведінкових розладів, притаманних хворобі. Хвороба є тягарем для осіб, які здійснюють догляд [4–6].

В наш час психіатри у всьому світі застосовують багатовекторний підхід для лікування цієї групи пацієнтів, який відповідає біопсихосоціальної моделі надання допомоги, із запобігання прогресування когнітивного дефіциту. Основними методами лікування є фармакотерапія, психотерапія та психоосвіта з особами, що здійснюють догляд за пацієнтами [7; 8].

Деменція викликає дезадаптацією особи в побутовій, професійній і соціальній сферах. Догляд за пацієнтами з деменцією часто призводить до дистресу у членів їх родин. Через цей факт важливим є використання комплексної сімейно-центрованої реабілітації. Невід'ємними складовими у програмі комп-

лексної реабілітації хворих на деменцію є організація раціонального режиму дня, створення комфортного середовища, організація щоденних рутин (вдягання, сон, індивідуальна гігієна, приймання їжі), підтримання можливої соціальної активності хворого та родичів [9; 10].

Розуміючи неухильне зростання відсотка осіб старших вікових груп в Україні, збільшення захворюваності саме цієї вікової групи на деменції, коморбідність деменцій з широким колом поведінкових розладів, проблема медико-психологічної реабілітації цих пацієнтів має високу актуальність і значущість [11; 12].

Вищевикладене обумовило актуальність і необхідність проведення даного дослідження, **мета** якого – розробка та апробація комплексної програми медико-психологічної реабілітації хворих на деменцію.

Матеріали та методи

Для досягнення поставленої мети було проведено комплексне клініко-психопатологічне та психодіагностичне обстеження 98 хворих на деменцію обох статей у віці 69–85 років та 105 членів їх родин. У 46 хворих діагностовано хворобу Альцгеймера (19 хворих з деменцією з раннім початком (F00.0) та 27 – з деменцією з пізнім початком (F00.1)); у 52 пацієнтів встановлено діагноз судинної деменції (13 хворих мали діагноз підкіркової деменції (F01.2), 23 – мультиінфарктної деменції (F01.1), 16 – змішаної деменції (F01.3)).

Результати та їх обговорення

У ході роботи нами була розроблена комплексна програма медико-психологічної реабілітації хворих на деменцію, яка включає фармакотерапію, психотерапію, психоосвіту (для пацієнтів та їх родичів), психологічні тренінги когнітивних, комунікативних та соціальних навичок.

Психофармакотерапія будувалася диференційовано в залежності від типу деменції та ступеню когнітивного дефіциту і включала використання у хворих з хворобою Альцгеймера легкого та помірного ступеня деменції інгібіторів ацетилхолінестерази (донепезил – 10 мг тривало під контролем терапевтичної користі), тяжкого ступеня деменції – блокаторів NMDA-рецепторів (мемантин – 20 мг тривало під контролем терапевтичної користі); у хворих з судинною деменцією – комбінованого лікарського засобу когніфену (по 1 капсулі 2–3 рази на добу протягом 30 днів) або блокатора NMDA-рецепторів (мемантин – 20 мг тривало під контролем терапевтичної користі).

Психотерапевтичний комплекс базувався на принципах системності, комплексності, інтегративності, етапності та диференційованого характеру впливів.

Для всіх хворих проводили тренінги когнітивних навичок, спрямовані на відновлення або поліпшення когнітивних функцій, з урахуванням когнітивного резерву хворого, тривалістю 6 місяців, з частотою психотерапевтичних зустрічей 2 рази на тиждень. При деменції легкого ступеня додатково використовували кризову терапію тривалістю 4 місяці, з частотою психотерапевтичних зустрічей 2 рази на тиждень, а також арттерапію (малюнкові техніки) – 10 сеансів з частотою 1 раз на тиждень.

При деменції помірного та важкого ступеня проводили тренінги соціально-побутових навичок, спрямовані на збереження та відновлення навичок самообслуговування (прибирання, приготування їжі, гігієнічні процедури) та комунікативних навичок, повторними курсами тривалість 4 місяці кожний, з частотою зустрічей 2–3 рази на тиждень; арттерапію (малюнкові техніки,

ліплення, музикотерапія) – 20 сеансів з частотою 2 рази на тиждень, та стимулювальної терапії (терапії зайнятстю) – тривалістю 6 місяців, з частотою психотерапевтичних зустрічей 2–3 рази на тиждень.

Важливою складовою розробленої програми медико-психологічної реабілітації стало використання трьохкомпонентних психоосвітніх програм:

1. робота з хворими (залежно від стану їх когнітивного резерву), спрямована на інформування щодо клінічних особливостей та механізмів формування захворювання, основних механізмів дії та очікуваних ефектів від використовуваних препаратів; щодо важливості психосоціальної реабілітації; щодо зменшення рівня самостигматизації; з обговоренням можливих побічних ефектів ліків і дій пацієнтів в разі їх появи; з формуванням мотивації у пацієнта щодо необхідності тривалого підтримувального медикаментозного лікування. Психоосвітні заняття проводилися у відкритих гендерно-недиференційованих групах, з кількістю учасників від 8 до 10 осіб, та склалися з 20 занять тривалістю 1 година кожне, з частотою 1 раз на тиждень;

2. психоосвітня програма для родичів хворих на деменцію, мета якої – переорієнтація з фіксації на проблемах, що виникають внаслідок хвороби родича, на питання адаптації та ресоціалізації хворого, оптимізації інтерперсональної взаємодії. У цьому випадку психоосвіта була спрямована на заповнення дефіциту знань щодо причин виникнення захворювання, соціальні аспекти, що пов'язані з захворюванням на деменцію, можливості фармакотерапії, важливістю психосоціальної реабілітації, подоланням стигматизації, міжособистісних і внутрішньо-особистісних конфліктів, які пов'язані із захворюванням члена родини. Заняття проводили-

ся у груповому форматі, у відкритих групах з кількістю учасників від 10 до 15 осіб, тривалістю 10 занять, по 1,5 години кожне, з частотою 2 рази на тиждень;

3. групова сімейна психоосвіта, спрямована на набуття навичок з ефективних способів комунікації, сімейної взаємодії, навчання навичкам вирішення проблем; на зміну не конструктивного ставлення до себе та хвороби родича, відновлення сфери відповідальності (10 занять тривалістю 1 година кожне проводилися з частотою 1 раз на тиждень).

Аналіз ефективності запропонованої програми медико-психологічної реабілітації хворих на деменцію показав стабілізацію емоційного стану хворих на деменцію [(68,8±1,6) % обстежених] та їх родичів [(71,5±1,7) %], зниження рівня нервово-психічної напруги [(59,8±1,5) % та (66,2±1,6) % відповідно].

Спостерігається підвищення рівня соціально-психологічної адаптації [(69,5±1,6) %], покращення когнітивного статусу [(61,3±1,6) %], збереження соціально-побутових навичок [(68,3±1,6) %], використання адаптивних копінг-стратегій [(66,1±1,6) %] у хворих на деменцію.

В сім'ях пацієнтів відзначалася позитивна динаміка сімейного функціонування: зміна ставлення родичів до хвороби пацієнта на більша адекватне з повним розумінням важкості захворювання, усвідомленою готовністю виконувати рекомендації лікаря, концеп-

туалізацією хвороби, реальним розумінням результатів лікування [(69,2±1,6) % родин]. Родини намагалися прийняти факт наявності захворювання, та пов'язані з цим проблеми, а також займали конструктивну, активну позицію щодо лікування і реабілітації хворого.

Відмічалось переважання високого рівня показників шкали сімейної підтримки у (67,7±1,6) % хворих, що було проявлене позитивним ставленням родичів до необхідності та можливості соціальної та емоційної підтримки хворого, готовністю близьких пацієнта до співпраці та конструктивного вирішення нових завдань, з якими вони стикаються у повсякденному житті, визнанням кордонів власних можливостей без невиправданих очікувань та ілюзій.

Висновки

Проведене 1,5-річне катамнестичне дослідження довело високу ефективність запропонованої медико-психологічної реабілітації у (92,5±1,9) % хворих на деменцію. Відбулася стабілізація емоційного стану хворих на деменцію [(68,8±1,6) % обстежених] та їх родичів [(71,5±1,7) %], зниження рівня нервово-психічної напруги [(59,8±1,5) % та (66,2±1,6) % відповідно]. Спостерігалось підвищення рівня соціально-психологічної адаптації [(69,5±1,6) %], покращення когнітивного статусу [(61,3±1,6) %], збереження соціально-побутових навичок [(68,3±1,6) %], використання адаптивних копінг-стратегій [(66,1±1,6) %] у хворих на деменцію.

Конфлікт інтересів відсутній.

Література

1. Марута НО, Шевченко-Бітенський КВ. Програма комплексної персоніфікованої психосоціальної реабілітації пацієнтів з галюцинаторно-параноїдними розладами при судинній деменції. Вісник проблем біології і медицини. 2019;2(4(154)):144-9. DOI: 10.29254/2077-4214-2019-4-2-154-144-149.

2. Kostyuchenko S. Vascular dementia: approaches and prospects for pharmacological treatment. *Neuro News*. 2015;5:27-32. Available at: [https://neuronews.com.ua/uploads/issues/2015/5\(69\)/6442385129.pdf](https://neuronews.com.ua/uploads/issues/2015/5(69)/6442385129.pdf)
3. Maruta N, Potapov A, Mudrenko I, Sotnikov D, Lychko V. Clinical-psychopathological characteristics of patients with suicidal behavior in mixed dementia. *Psychiatry, Psychotherapy and clinical psychology*. 2018;9(1):46-59. Available at: <https://is.gd/MfDtzL>
4. Gouw AA, Stam CJ. Electroencephalography in the Differential Diagnosis of Dementia. *Epileptologie*. 2016;33:173-82. Available at: https://www.epi.ch/wp-content/uploads/Artikel-Gouw_E_3_16.pdf
5. Initskaya T. Recommendations for the management of patients with dementia. *Neuro News*. 2014;5:35-8. Available at: <https://is.gd/byToew>
6. Мудренко ІГ. Нейропротекція когнітивного дефіциту у хворих з деменціями альцгеймерівського та неальцгеймерівського типів. *Архів психіатрії*. 2017;23(3(90)):185-90. Доступно на: http://nbuv.gov.ua/UJRN/apsuh_2017_23_3_9
7. Кожина ГМ, Стрельнікова ІМ, Зеленська КО. Метод лікування психотичних розладів при хворобі Альцгеймера. Інформаційний лист про нововведення в сфері охорони здоров'я № 268 від 2018. Київ: Укрмед-патентінформ; 2019: 4 с.
8. Kim B, Noh GO, Kim K. Behavioural and psychological symptoms of dementia in patients with Alzheimer's disease and family caregiver burden: a path analysis. *BMC Geriatrics*. 2021;21:160. DOI: 10.1186/s12877-021-02109-w.
9. Шевченко-Бітенський КВ. Соціального функціонування пацієнтів із судинною деменцією, ускладненою галюцинаторно-параноїдними розладами. *Львівський клінічний вісник*. 2019;4(28):43-8 DOI: 10.25040/lkv2019.04.033.
10. Марута НА. Раннє втручання при деменції: проблеми та рішення. *Український медичний часопис*. 10 кві 2019. Доступно на: <https://www.umj.com.ua/wp/wp-content/uploads/2019/04/>
11. Волощук ДА. Аналіз ефективності комплексного медико-соціального супроводу пацієнтів з судинною деменцією та членів їхніх родин. *Український вісник психоневрології*. 2016;24(3(88)):41-4. Доступно на: <https://uvnprn.com.ua/arkhiv-nomeriv/2016/tom-24-vipusk-3-88/anal-z-efektivnost-kompleksnogo-mediko-sots-alnogo-suprovodu-pats-nt-v-z-sudinnoyu-dements-yu-ta-chl>
12. Sahathevan R, Brodtmann A, Donnan GA. Dementia, stroke, and vascular risk factors: a review. *Int J Stroke*. 2012;7(1):61-73. DOI: 10.1111/j.1747-4949.2011.00731.x.

Kaploukh O.M.

PERSONALIZED PROGRAM OF MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL REHABILITATION OF DEMENTIA PATIENTS

Dementia affects a person's adaptation in everyday life, social life and usually affects a professional quality. Caring for patients with dementia causes distress to their family members. In modern psychiatric practice, a multi-vector approach is used within the biopsychosocial model of care for dementia patients. The leading strategy for the treatment of this category of patients includes measures to prevent development of cognitive deficits and, of course, treatment as itself. The main components of treatment are pharmacotherapy, psychotherapy and psychoeducational interventions aimed at people who provide care for patients. A comprehensive program of medical and psychological rehabilitation developed for patients with dementia includes the following components: pharmacotherapy, psychotherapy, psychoeducation (for

patients and their relatives), psychological training (training of communicative, cognitive, social skills). As shown by analysis of the effectiveness of proposed program of medical and psychological rehabilitation of patients with dementia, after 1.5 years of catamnestic observation, against the background of using the program, stabilization of the emotional state of patients with dementia and their relatives, a decrease in the level of neuropsychological tension, and an improvement in the cognitive status of patients were noted. The level of socio-psychological adaptation increased, it was possible to preserve social and household skills, and they were able to switch to the use of adaptive coping strategies in patients with dementia and their family members.

Keywords: *relatives, maladaptive behavior, emotional disorders.*

Каплоух О.М.

ПЕРСОНИФИЦИРОВАННАЯ ПРОГРАММА МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ДЕМЕНЦИЕЙ

Деменция оказывает влияние на адаптацию человека в быту, социальной жизни, на профессиональные качества. Уход за пациентами с деменцией вызывает дистресс у членов их семей. В современной психиатрической практике используют многовекторный подход в рамках биопсихосоциальной модели оказания помощи больным деменцией. Ведущая стратегия лечения этой категории больных включает меры по предотвращению развития когнитивного дефицита. Основными составляющими лечения являются фармакотерапия, психотерапия и психообразование лиц, осуществляющих уход за больными. Комплексная программа медико-психологической реабилитации, разработанная нами для пациентов с деменцией, включает следующие фармакотерапию, психотерапию, психообразование (для пациентов и их родственников), психологические тренинги (тренинги коммуникативных, когнитивных и социальных навыков). 1,5-летний катамнестический анализ эффективности предложенной программы показал стабилизацию эмоционального состояния пациентов с деменцией и их родственников, снижение уровня нервно-психического напряжения, улучшение когнитивного статуса пациентов, повышение уровня социально-психологической адаптации. Удалось сохранить социально-бытовые навыки пациентов. Больные деменцией и члены их семей успешно использовали адаптивные копинг-стратегии.

Ключевые слова: *родственники, дезадапционное поведение, эмоциональные расстройства.*

Надійшла до редакції 11.08.2021

Відомості про автора

Каплоух Ольга Миколаївна – аспірант кафедри психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи Харківського національного медичного університету.

Адреса: Україна, 61022, м. Харків, пр. Науки, 4, ХНМУ.

E-mail: okaplouh@gmail.com

ORCID: 0000-0002-5599-5127.