

Н. С. Карвацька, В. М. Пашковський, А. В. Федотова,

А. П. Левицька, Л. М. Топало

**КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД В ЛІКУВАННІ НЕВРОТИЧНИХ,
ПОВ'ЯЗАНИХ ЗІ СТРЕСОМ, РОЗЛАДІВ У САМОТНІХ ЛЮДЕЙ
ЛІТНЬОГО ВІКУ**

*Буковинський державний медичний університет (кафедра нервових
хвороб, психіатрії та медичної психології),*

Чернівецька обласна психіатрична лікарня,

КЦ «Турбота», м. Чернівці

Невтішні демографічні прогнози, постаріння населення супроводжується зростанням у його структурі самотніх людей похилого віку і бездітних подружніх пар, де обоє немічні. Майже 3 млн. осіб, старших за працездатний вік, належать до цієї категорії людей літнього віку, що відчують потребу в різних видах сторонньої повсякденної турботи. Почуття соціальної незахищеності, ізоляції від оточуючих у самотніх громадян підвищує ризик розвитку в них ряду захворювань, і в першу чергу, захворювань серцево-судинної і нервової систем, такою ж мірою як інші фактори ризику. Стресові фактори глибоко впливають на психіку самотніх людей і можуть спричинити різні психічні розлади. Психосоціальні фактори, значні зміни в житті або стресові події в житті людей літнього віку часто призводять до негативних реакцій, невротичних станів, що є підґрунтям для виникнення невротичних, пов'язаних зі стресом, розладів, серед яких часто виражені тривожні і депресивні реакції з вираженим відчуттям самотності та непотрібності, страхом перед можливістю розвитку безпорадності. За МКХ-10 такі захворювання визначені як «Розлади адаптації», розділ F 43.2. Це диктує необхідність розробки адекватних лікувально-профілактичних заходів щодо надання допомоги самотнім літнім хворим із невротичними, пов'язаними зі стресом, розладами.

Багато авторів звертає увагу на той факт, що ефективність терапії у літніх самотніх хворих із розладами адаптації значно підвищується, якщо вона розпочата на ранніх етапах, а також у разі поєднання психофармакотерапії з різними видами психотерапії та психологічної корекції. Тобто лікувально-реабілітаційні заходи для хворих повинні мати комплексний характер.

З метою доведення необхідності комплексного підходу в лікуванні самотніх літніх хворих із невротичними, пов'язаними зі стресом, розладами та дослідження ефективності запропонованих заходів проведено дослідження 27 самотніх літніх хворих із невротичними, пов'язаними зі стресом, розладами віком від 65 до 87 років на базі 5-го, 15-го відділень Чернівецької обласної психіатричної лікарні, а також серед підопічних КЦ „Турбота” м. Чернівці, у яких діагностовано розлади адаптації. Для скринінгового виявлення депресивної та тривожної симптоматики у хворих використовували госпітальну шкалу самооцінки тривоги та депресії (HADS). Для оцінки тяжкості депресивної симптоматики, а також її динаміку в процесі лікування застосовували стандартизовану шкалу Монтгомері – Асберга (MADRS). Ступінь важкості тривожної симптоматики та її динаміку в процесі лікування визначали за допомогою клінічної шкали тривоги (CAS), яка дозволяє оцінити той чи інший тривожний симптом у балах (від 0 до 4). Для дослідження пам'яті використовували методику запам'ятовування 10 слів.

Усіх обстежених розподілили на дві групи – основну і контрольну. Основну групу склали хворі з розладами адаптації, яким проводили комплексне лікування за запропонованою нами схемою, а контрольну – хворі, які отримували лише медикаментозну терапію.

У роботі використані клініко-психопатологічний, клініко-епідеміологічний, психодіагностичний, соціально-демографічний, статистичний методи. Ефективність лікування оцінювали на основі динаміки психопатологічної симптоматики за результатами шкал MADRS, CAS і HADS.

Як свідчать результати клініко-психопатологічного аналізу, розлади адаптації у самотніх літніх людей частіше виникали як реакція психіки на

пристосування до важливих змін у житті або до стресової життєвої події. Це стосувалося втрати когось із рідних або більш широкої системи соціальної підтримки. Ймовірність виникнення та форма прояву розладу адаптації значною мірою визначалася індивідуальною вразливістю. Пусковим фактором у розвитку розладу адаптації був стресовий чинник. Вибіркову вразливість осіб з розладом адаптації можна пояснити особливостями біологічної конституції організму, травматичним дитячим досвідом, відсутністю підтримки соціальних систем. Особи, які, розглядали негативні події у своєму житті як такі, що перебувають поза їхнім контролем, мали схильність до формування більш тяжких психічних розладів, пов'язаних зі стресом, ніж ті, хто почували більшу владу над подіями свого життя і отримували достатню соціальну підтримку після стресової життєвої події. Недостатній вияв соціальної підтримки з боку суспільства значно впливав на формування розладу адаптації у самотніх людей літнього віку після перенесеної втрати.

У хворих спостерігали підвищення рівня ситуативної тривоги, показники нижче середнього рівня самооцінки, які свідчать про песимізм по відношенню до майбутнього, відсутність повноцінної життєвої перспективи. Характерною була позиція «жертви» з орієнтацією на зовнішню допомогу. У досліджуваних відзначалося загальне погане самопочуття, слабкість, підвищена психічна і фізична втомлюваність, відсутність бадьорості, енергійності, розбитість, небажання щось робити. У переважній більшості осіб діагностовано низьку самооцінку, психічну і соціальну дезадаптацію.

Кризові ситуації обумовлювали у хворих виникнення дезадаптивних реакцій, що часто протікали у вигляді агресії або депресії. Виникненню агресії у хворих сприяла соціальна ізоляція, обмеження або самообмеження в соціальних контактах; відхилення в психіці, дезорганізація особистості, погана організація роботи закладів соціального обслуговування, низька кваліфікація співробітників і недостатній контроль їх діяльності; економічна або психічна залежність від інших людей; спостереження за агресивною поведінкою в дитинстві або відчуття на собі агресивних проявів із боку батьків і оточуючих.

Депресії в старості часто були пов'язані зі стресовими подіями, такими, як важка втрата рідних, близьких. Депресивні стани були представлені синдромом депресії різного ступеня виразності - від субдепресії (яка проявлялася зниженням настрою, деякою апатією, пригніченістю, трохи зниженою самооцінкою хворого, що супроводжувалася ідеями власної неспроможності, нікчемності, схильністю до песимістичної оцінки подій) до явно депресивного стану (який характеризувався різко зниженим настроєм, бездіяльністю, ідеями власної провини, зниженням психічної і фізичної активності, почуттям розпачу, думками про нерозв'язність проблем, безвихідності в ситуації, що створилася, аж до суїцидальних). Вивчена нами структура депресивного синдрому в різних випадках мала особливості. Так, тривожна депресія характеризувалася більш вираженою тривогою, що реалізовувалася в скаргах на непосидючість, серцебиття, задишку. Хворі знаходилися в постійній напрузі, скаржилися на масу вегетативних розладів. Переважним змістом думок при тривожній депресії була тривога за майбутнє. Дисфоричний (експлозивний) синдром супроводжувався вираженими спалахами злості, дисфоричними нападами, провокованими самими незначними причинами, внаслідок яких хворий ставав некерованим, агресивним по відношенню як до оточуючих, так і до медичного персоналу, соціальних працівників. Хворі в такому стані виглядали похмурими, напружено мовчазними, виявляли злопам'ятність, в'язкість, ригідність у своїх реакціях, надовго фіксувалися на негативних емоціях.

Характерними були розлади пам'яті зі зменшенням здатності до запам'ятовування до кінця дослідження, що свідчить про явище виснажливості нервових процесів. Вони комбінувалися з іншими симптомами неврозоподібного синдрому, в основі якого насамперед церебральний атеросклероз. Характерні були скарги на відчуття важкості в голові, шум і дзвін у вухах, запаморочення, похитування при ходьбі або вставанні з ліжка, наростання втоми навіть при невеликих фізичних навантаженнях. Хворі ставали дратівливими, нетерплячими, у них легко з'являлися сльози на очах, порушувався сон.

При лікуванні основної групи літніх хворих із розладами адаптації поєднували психофармакотерапевтичні, психотерапевтичні та соціальні втручання. Застосовували антидепресанти, нейролептики, при вибуховості – тимостабілізатори. Антидепресанти знижували напруженість та підвищену дратівливість, частоту нічних кошмарів, «зворотних кадрів», небажаних спогадів і викликали редукцію тривожно-депресивної симптоматики. Пацієнтам із психомоторними порушеннями, ідеаторними розладами додатково призначали у малих дозах антипсихотичні препарати.

Психотерапія в основній групі хворих була спрямована на те, щоб за допомогою спеціально організованого процесу спілкування актуалізувати в пацієнта додаткові психологічні ресурси і здібності, що можуть забезпечити йому знаходження виходу з важкої життєвої ситуації. Увага при цьому типі надання допомоги приділялася не стільки наявним проблемам і порушенням, скільки ресурсам особистості пацієнта, його можливостям. Психотерапія була спрямована на етап динаміки розладу, тобто застосовували підтримуючий підхід в гострому періоді з послідувочою ревізією самооцінки хворого та оточуючого світу в наступному. Використовували особистісно-орієнтовані та поведінкові методи. Когнітивно-поведінкова терапія сприяла зниженню тяжкості специфічних симптомів, призводила до збільшення адаптивності пацієнтів, допомагала коригувати нереалістичні розумові висновки, фатальні переконання та спонтанні думки хворих, що зумовлювали відповідні порушення емоційної сфери та функціонування. Тісний контакт і завойовування довіри пацієнтів сприяли можливості дати пацієнту надію на покращення, всупереч його переконанням про власну безперспективність і непотрібність, розвинути навички емоціональної саморегуляції і в подальшому - більш активно справлятися з кризовими ситуаціями, не занурюючись у депресію.

Доцільним стало залучення медичних психологів – волонтерів для надання допомоги самотнім людям, що опинилися в кризовій ситуації.

Після проведеного лікування в основній групі зниження депресивної і тривожної симптоматики було статистично достовірним ($p < 0,01$), у контрольній – недостовірною ($p > 0,05$). Таким чином, унаслідок проведеного лікування в основній групі редукція психопатологічної симптоматики була більш значущою, ніж у контрольній, про що свідчать показники динаміки депресивної та тривожної симптоматики за шкалами MADRS, CAS і HADS.

Відбулося покращення симптоматичного стану пацієнтів, підвищення рівня соціальної адаптації, формування навичок самостійного вирішення проблемних ситуацій у житті.

Наведені дані дозволяють вважати розроблений нами комплекс лікувальних заходів ефективним. Основним принципом лікування самотніх літніх хворих із розладами адаптації має бути комплексний підхід, який передбачає поєднання психофармакотерапії з психотерапією, що забезпечує більш значну редукцію психопатологічної симптоматики і відновлення здатності до адаптації.

Потреби медичного, соціального й психологічного характеру визначають необхідність розробки і впровадження державної системи медико-соціальної допомоги населенню літнього віку на всіх етапах структурної перебудови медичної галузі для системи геріатричної допомоги. Комплексний підхід в лікуванні, діагностиці і профілактиці захворювань у людей літнього віку дозволить досягнути деяких позитивних зрушень у поліпшенні медико-соціальної допомоги людям літнього віку.