

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДНІПРОВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДНІПРОВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису

СЕСЛАВСЬКА ЄВГЕНІЯ ЛЕОНІДІВНА

УДК 616.89-008.454-053.9:616.89-008.1-055.5/.7-07(048.8)

ДИСЕРТАЦІЯ

**ПСИХІЧНА ДЕЗАДАПТАЦІЯ У РОДИЧІВ ХВОРИХ НА ДЕМЕНЦІЮ
(ПСИХОПАТОЛОГІЧНА ФЕНОМЕНОЛОГІЯ, ЧИННИКИ ФОРМУВАННЯ,
КОРЕКЦІЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА)**

222 – медицина

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

Є.Л.Сєславська

(підпис, ініціали та прізвище здобувача)

Науковий керівник: Огоренко Вікторія Вікторівна, доктор медичних наук,
професор

Дніпро – 2025

АНОТАЦІЯ

Сеславська Є.Л. Психічна дезадаптація у родичів хворих на деменцію (психопатологічна феноменологія, чинники формування, корекція та профілактика). – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеню доктора філософії за спеціальністю 222 «Медицина», галузь знань 22 «Охорона здоров'я» – Дніпровський державний медичний університет (виконання роботи), м. Дніпро, 2025 рік.

Дисертаційна робота присвячена розв'язанню актуальної задачі психіатрії з удосконалення діагностики, диференційованої корекції і профілактики психічної дезадаптації у родичів хворих на деменцію.

Мета роботи: на підставі вивчення клініко-психопатологічної феноменології та ідентифікації інтер- і інтрапсихічних чинників формування психічної дезадаптації у родичів хворих на деменцію, розробити для даної категорії осіб диференційовану систему корекції і профілактики, та оцінити її ефективність.

Науковою гіпотезою роботи стало наступне твердження: наявність, вираженість і варіативність клініко-психопатологічних феноменів психічної дезадаптації родичів пацієнтів з деменцією зумовлюються низкою факторів, серед яких провідне значення мають інтрапсихічні (резилієнтність, копінговий репертуар) і інтерпсихічні (тип ставлення до психічної хвороби родича, сімейна тривога, соціальна підтримка) параметри функціонування особистості. Індивідуальна комбінація даних чинників визначає особливості клінічної картини та обумовлює потребу в диференційованих підходах до ведення таких пацієнтів.

В ході роботи було здійснено клініко-психопатологічний аналіз стану психічної сфери родичів пацієнтів з деменцією та досліджено варіативність психопатологічних феноменів, характерних для даної групи осіб; виявлено зв'язок між якістю життя та станом психічної адаптації у родичів пацієнтів з деменцією;

проаналізовано феномен сімейної тривоги та його взаємозв'язок зі станом психічної сфери у родичів пацієнтів з деменцією; досліджено резилієнтність і тип ставлення до психічної хвороби родича як фактори функціонування сімейної системи та формування психічної дезадаптації у родичів пацієнтів з деменцією; вивчено особливості долаючої поведінки та соціальної підтримки у родичів пацієнтів з деменцією, залежно від стану їх психічної сфери; визначено роль інтерпсихічних і інтрапсихічних чинників у формуванні психічної дезадаптації у родичів пацієнтів з деменцією; обґрунтовано, розроблено і оцінено ефективність впровадження системи диференційованої корекції і профілактики психічної дезадаптації у родичів хворих на деменцію.

До дослідження були залучені 153 родичів (діти) хворих з встановленим діагнозом деменції відповідно до критеріїв МКХ-10, які спільно проживали і здійснювали догляд за пацієнтами з деменцією. За результатами клініко-психопатологічного огляду усі обстежені родичі були розподілені на три групи. До першої групи, чисельністю 26 осіб, були віднесені родичі, у яких не виявлено ознак психічних розладів та факторів, які впливають на стан здоров'я населення та звертання до закладів охорони здоров'я. До другої групи, чисельністю 84 особи, були віднесені родичі, у яких були наявні ознаки факторів, що впливають на стан здоров'я, тобто, стани дезадаптації (коди за МКХ-10 Z63.10 «Проблеми взаємовідносин з батьками та родичами чоловіка чи дружини», Z63.20 «Недостатня підтримка сім'ї», Z63.60 «Залежний член сім'ї, який потребує догляду в домашніх умовах», Z63.70 «Інші стресові життєві події, що впливають на сім'ю та її членів», Z63.80 «Інші уточнені проблеми, пов'язані з найближчим оточенням», Z63.90 «Проблема, пов'язана з найближчим оточенням, неуточнена»). До третьої групи, чисельністю 43 особи, були віднесені родичі, у яких діагностовано розлад адаптації (код F43.2) відповідно до критеріїв МКХ-10.

В результаті дослідження було встановлено, що родичі пацієнтів з деменцією є групою високого ризику психічних порушень: понад 80% мають ознаки дезадаптації чи розладу адаптації. Клініко-психопатологічний аналіз психічного стану родичів пацієнтів з деменцією засвідчив значну варіативність проявів – від збереженого психічного здоров'я (16,9%) до станів дезадаптації (54,9%) і клінічно окресленого розладу адаптації F43.2 (28,1%). Психопатологічний профіль родичів пацієнтів із деменцією визначався переважно підвищеними рівнями депресії, тривожності, міжособистісної сензитивності та obsесивно-компульсивних симптомів, а також наявністю помірних проявів фобічної тривожності та соматизації.

Доведено, що формування психічної дезадаптації у родичів пацієнтів з деменцією зумовлене взаємодією інтрапсихічних (резилієнтність, копінг-стратегії) та інтерпсихічних чинників (сімейна тривога, тип ставлення до хвороби, соціальна підтримка). Високий рівень резилієнтності й адаптивні стратегії знижують ризик дезадаптації, тоді як неадаптивні стратегії, драматизуюче ставлення та відсутність підтримки його підвищують. Інтерпсихічні фактори можуть виступати як ресурсом згуртованості, так і тригером конфліктності й виснаження. У сукупності вони визначають рівень психічної адаптації та ризик формування розладу адаптації.

У результаті проведеного дослідження створено та апробовано систему диференційованих профілактично-корекційних заходів, спрямованих на подолання психічної дезадаптації у родичів осіб з деменцією. Її побудова ґрунтувалася на принципі індивідуалізації, з урахуванням клініко-психопатологічних особливостей, рівня вираженості симптоматики та наявних інтрапсихічних і інтерпсихічних ресурсів, що дозволило адаптувати втручання до потреб конкретного пацієнта та його сімейного оточення. Застосування системи забезпечило суттєве зниження рівня депресивних, тривожних і дезадаптаційних проявів, сприяло нормалізації емоційного стану, поліпшенню якості життя і відновленню функціональних

можливостей сімейної системи. Ефективність отриманих результатів обґрунтовує доцільність широкого впровадження даного підходу в практику охорони здоров'я та систему психосоціальної підтримки родин пацієнтів із деменцією.

Наукова новизна дослідження полягає в обґрунтуванні і доведенні того факту, що наявність, вираженість і варіативність клініко-психопатологічних феноменів психічної дезадаптації родичів пацієнтів з деменцією зумовлюються взаємодією інтрапсихічних (резилієнтність, копінговий репертуар) та інтерпсихічних (тип ставлення до психічної хвороби родича, сімейна тривога, соціальна підтримка) чинників. Встановлено, що індивідуальна комбінація цих параметрів детермінує особливості клінічної картини, рівень психічної адаптації та визначає потребу в диференційованих підходах до профілактики і корекції.

Науково обґрунтовано клініко-психопатологічний профіль психічних порушень у родичів осіб з деменцією, який якісно відрізняється від інших груп: домінування депресивної та тривожної симптоматики у поєднанні з підвищеною міжособистісною сензитивністю й obsесивно-компульсивними феноменами при відсутності психотичних проявів. Цей профіль можна розглядати як специфічний маркер дистресу доглядальників.

Доведено тісний зв'язок між якістю життя та психічною адаптацією родичів пацієнтів із деменцією; вперше виділено найчутливіші сфери якості життя, які страждають найбільше (емоційне благополуччя, автономність, соціо-емоційна підтримка, особистісна реалізація), що уточнює уявлення про механізми зниження якості життя внаслідок догляду за хворими на деменцію.

Запропоновано новий підхід до розуміння сімейної тривоги як інтегрального маркера ризику психічної дезадаптації, що включає феномени провини, тривожності й напруженості, та може виступати як фактор дезадаптації або ресурс згуртованості залежно від інтенсивності та контексту. Вперше показано її градацію – від

нормативної у психічно здорових родичів до клінічно значущої при розладах адаптації.

Уточнено роль інтрапсихічних і інтерпсихічних чинників у формуванні психічної дезадаптації у родичів пацієнтів з деменцією. Встановлено, що резилієнтність та адаптивні копінг-стратегії виступають протективними факторами, тоді як неадаптивні стратегії, драматизуюче й деструктивне ставлення до хвороби, високий рівень сімейної тривоги та низька соціальна підтримка – чинниками ризику її розвитку. Таким чином створено багаторівневу модель взаємодії особистісних та сімейних ресурсів у родичів пацієнтів з деменцією.

Вперше описано типологію ставлення родичів до психічної хвороби пацієнта як чинника функціонування сімейної системи. Доведено, що адекватне ставлення асоціюється зі збереженням адаптаційного потенціалу, тоді як драматизуюче та деструктивне – з високим ризиком конфліктності, стигматизації та дезадаптації.

Для клінічної практики важливе значення має обґрунтована, розроблена і апробована система диференційованої корекції і профілактики психічної дезадаптації у родичів пацієнтів із деменцією, що базується на принципі індивідуалізації з урахуванням стану інтрапсихічних і інтерпсихічних ресурсів. Доведено її ефективність у зниженні виразності депресивних і тривожних симптомів, покращенні якості життя та стабілізації функціонування сімейної системи.

Ключові слова: деменція, депресія, копінг-стратегії, психічна дезадаптація, психоедукація, психотерапія, реабілітація, резилієнтність, розлад адаптації, родичі, стрес, стресоподолання, тривога, якість життя

ANNOTATION

Seslavska Ye.L. Mental maladaptation in relatives of patients with dementia (psychopathological phenomenology, factors of formation, correction and prevention). – Qualification scientific work as manuscript.

Dissertation for the degree of Doctor of Philosophy in specialty 222 “Medicine”, field of knowledge 22 “Health Care” – Dnipro State Medical University (execution of the work), Dnipro, 2025.

The dissertation work is devoted to solving an urgent problem of psychiatry – improving the diagnosis, differentiated correction and prevention of mental maladaptation in relatives of patients with dementia.

The aim of the work is on the basis of studying clinical-psychopathological phenomenology and identification of inter- and intrapsychic factors of the formation of mental maladaptation in relatives of patients with dementia, to develop for this category of persons a differentiated system of correction and prevention, and to evaluate its effectiveness.

The scientific hypothesis of the work became the following statement: the presence, severity and variability of clinical-psychopathological phenomena of mental maladaptation of relatives of patients with dementia are conditioned by a number of factors, among which intrapsychic (resilience, coping repertoire) and interpsychic (type of attitude to the relative’s mental illness, family anxiety, social support) parameters of personality functioning have leading significance. The individual combination of these factors determines the features of the clinical picture and conditions the need for differentiated approaches to the management of such patients.

In the course of the work, a clinical-psychopathological analysis of the mental sphere of relatives of patients with dementia was carried out and the variability of psychopathological phenomena characteristic of this group was studied; the relationship

between quality of life and the state of mental adaptation in relatives of patients with dementia was revealed; the phenomenon of family anxiety and its relationship with the mental state of relatives of patients with dementia was analyzed; resilience and the type of attitude to the relative's mental illness as factors of functioning of the family system and the formation of maladaptation in relatives of patients with dementia were studied; features of coping behavior and social support in relatives of patients with dementia, depending on the state of their mental sphere, were investigated; the role of interpsychic and intrapsychic factors in the formation of mental maladaptation in relatives of patients with dementia was determined; the system of differentiated correction and prevention of mental maladaptation in relatives of patients with dementia was substantiated, developed and evaluated for effectiveness.

The study involved 153 relatives (children) of patients with an established diagnosis of dementia according to ICD-10 criteria, who lived together and cared for patients with dementia. Based on the results of the clinical-psychopathological examination, all relatives were divided into three groups. The first group, consisting of 26 persons, included relatives in whom no signs of mental disorders and factors influencing the health status of the population and recourse to health care institutions were found. The second group, consisting of 84 persons, included relatives in whom signs of factors influencing the health status were present, i.e. maladaptation states (ICD-10 codes: Z63.10 "Problems in relationship with parents and in-laws", Z63.20 "Inadequate family support", Z63.60 "Dependent family member requiring care at home", Z63.70 "Other stressful life events affecting family and household", Z63.80 "Other specified problems related to the immediate environment", Z63.90 "Problem related to immediate environment, unspecified"). The third group, consisting of 43 persons, included relatives diagnosed with adjustment disorder (code F43.2) according to ICD-10 criteria.

As a result of the study, it was established that relatives of patients with dementia are a group of high risk of mental disorders: more than 80% have signs of maladaptation

or adjustment disorder. Clinical-psychopathological analysis of the mental state of relatives of patients with dementia showed significant variability of manifestations – from preserved mental health (16.9%) to maladaptation states (54.9%) and clinically defined adjustment disorder F43.2 (28.1%). The psychopathological profile of relatives of patients with dementia was determined mainly by elevated levels of depression, anxiety, interpersonal sensitivity and obsessive-compulsive symptoms, as well as the presence of moderate manifestations of phobic anxiety and somatization.

It has been proved that the formation of mental maladaptation in relatives of patients with dementia is conditioned by the interaction of intrapsychic (resilience, coping strategies) and interpsychic factors (family anxiety, type of attitude to illness, social support). High levels of resilience and adaptive strategies reduce the risk of maladaptation, while non-adaptive strategies, dramatizing attitudes and lack of support increase it. Interpsychic factors may act both as a resource of cohesion and as a trigger of conflict and exhaustion. Together they determine the level of mental adaptation and the risk of adjustment disorder.

As a result of the conducted research, a system of differentiated preventive and corrective measures aimed at overcoming mental maladaptation in relatives of persons with dementia was created and tested. Its construction was based on the principle of individualization, taking into account clinical-psychopathological features, the level of symptom severity, and available intrapsychic and interpsychic resources, which made it possible to adapt interventions to the needs of a particular patient and his/her family environment. The use of the system provided a significant reduction in the level of depressive, anxious and maladaptive manifestations, contributed to the normalization of emotional state, improvement of quality of life and restoration of functional capabilities of the family system. The effectiveness of the obtained results substantiates the expediency of wide implementation of this approach in health care practice and the system of psychosocial support for families of patients with dementia.

Scientific novelty of the research lies in substantiating and proving the fact that the presence, severity and variability of clinical-psychopathological phenomena of mental maladaptation of relatives of patients with dementia are conditioned by the interaction of intrapsychic (resilience, coping repertoire) and interpsychic (type of attitude to the relative's mental illness, family anxiety, social support) factors. It was established that the individual combination of these parameters determines the features of the clinical picture, the level of mental adaptation and defines the need for differentiated approaches to prevention and correction.

The clinical-psychopathological profile of mental disorders in relatives of persons with dementia, which qualitatively differs from other groups, was scientifically substantiated: the dominance of depressive and anxious symptomatology in combination with increased interpersonal sensitivity and obsessive-compulsive phenomena in the absence of psychotic manifestations. This profile can be considered a specific marker of caregiver distress.

A close relationship between quality of life and mental adaptation of relatives of patients with dementia was proved; for the first time, the most sensitive domains of quality of life, which suffer the most (emotional well-being, autonomy, socio-emotional support, personal realization), were identified, which refines the understanding of the mechanisms of quality of life decrease as a result of care for patients with dementia.

A new approach to the understanding of family anxiety as an integral marker of risk of mental maladaptation was proposed, which includes the phenomena of guilt, anxiety and tension, and may act either as a factor of maladaptation or as a resource of cohesion depending on intensity and context. For the first time its gradation was shown – from normative in mentally healthy relatives to clinically significant in adjustment disorders.

The role of intrapsychic and interpsychic factors in the formation of mental maladaptation in relatives of patients with dementia was clarified. It was established that resilience and adaptive coping strategies act as protective factors, whereas non-adaptive

strategies, dramatizing and destructive attitudes to illness, high level of family anxiety and low social support are risk factors of its development. Thus, a multilevel model of interaction of personal and family resources in relatives of patients with dementia was created.

For the first time, the typology of relatives' attitudes toward the patient's mental illness as a factor of functioning of the family system was described. It was proved that adequate attitude is associated with preservation of adaptive potential, while dramatizing and destructive – with high risk of conflict, stigmatization and maladaptation.

For clinical practice important significance has the substantiated, developed and tested system of differentiated correction and prevention of mental maladaptation in relatives of patients with dementia, based on the principle of individualization taking into account the state of intrapsychic and interpsychic resources. Its effectiveness in reducing the severity of depressive and anxious symptoms, improving quality of life and stabilizing the functioning of the family system was proved.

Keywords: dementia, depression, coping strategies, mental maladjustment, psychoeducation, psychotherapy, rehabilitation, resilience, adjustment disorder, relatives, stress, stress management, anxiety, quality of life.

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ
Праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації

1. Огоренко В.В., Шустерман Т.Й., Сеславська Є.Л. Психічна дезадаптація у родичів хворих на деменцію альцгеймеровського типу. Вісник морської медицини. 2023. №1 (98). С. 192-200. *(особистий внесок здобувача складався з пошуку і аналізу сучасної наукової інформації з обраної теми)*

2. Огоренко В.В., Сеславська Є.Л. Клініко-психопатологічний аналіз стану психічної сфери родичів пацієнтів з деменцією. Український вісник психоневрології. 2024. Том 32, вип. 2 (119). С. 53-60. DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V32-is2-2024-9> *(особистий внесок здобувача складався з роботи з емпіричним матеріалом, аналізом і узагальненням отриманих даних)*

3. Сеславська Є.Л. Феномен сімейної тривоги у родичів пацієнтів з деменцією: наявність, структура, взаємозв'язок зі станом психічної сфери. Медицина сьогодні і завтра. 2024. № 93(4). С. 58-66. <https://doi.org/10.35339/msz.2024.93.4.ses>

4. Сеславська Є.Л. Аналіз стану резилієнтності та типу ставлення до психічної хвороби родича як факторів функціонування сімейної системи в родинах пацієнтів з деменцією. Експериментальна і клінічна медицина. 2024. 93(4). С. 24-32. <https://doi.org/10.35339/ekm.2024.93.4.ses>

5. Сеславська Є.Л. Порівняльний аналіз інтерпсихічних і інтрапсихічних ресурсів родичів пацієнтів з деменцією залежно від стану їх психічної адаптації. Український вісник психоневрології. 2024. Том 32, вип. 3 (120). С. 70-77. DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V32-is3-2024-12>

6. Огоренко В.В., Сеславська Є.Л. Система диференційованої корекції і профілактики психічної дезадаптації у родичів хворих на деменцію, та її ефективність. Український вісник психоневрології. 2025. Том 33, вип. 1 (122). С. 43-

53. DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V33-is1-2025-7> (*особистий внесок здобувача складався з формулювання ідеї роботи, збір емпіричного матеріалу, аналізу і узагальнення результатів*)

Праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертаційної роботи

7. Шустерман Т., Огоренко В., Сеславська Є. Деадаптація членів сім'ї хворих на деменцію альцгеймерівського типу. Психосоматична медицина та загальна практика. 2022. Том 7, № 2. e0702368. (*особистий внесок здобувача складався з формулювання ідеї дослідження, аналізу отриманих результатів*)

ЗМІСТ

АНОТАЦІЯ	2
ANNOTATION.....	7
СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА.....	12
ЗМІСТ	14
ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, ОДИНИЦЬ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ	17
ВСТУП.....	18
РОЗДІЛ 1. ВПЛИВ ДЕМЕНЦІЇ У РОДИЧА НА ПСИХОЕМОЦІЙНУ СФЕРУ ЧЛЕНІВ РОДИНИ. СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО КОРЕКЦІЇ ПОРУШЕНЬ ПСИХІЧНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ У РОДИЧІВ ХВОРИХ НА ДЕМЕНЦІЮ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)	25
1.1. Особливості психоемоційного реагування, психосоціального функціонування та якості життя осіб, які доглядають хворого з деменцією ..	25
1.2. Сучасні підходи до корекції несприятливих змін у психоемоційній сфері родичів пацієнтів з деменцією	43
Висновки до розділу 1.....	52
РОЗДІЛ 2. ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ОБСТЕЖЕНИХ ТА МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ	54
2.1. Дизайн дослідження та загальна характеристика обстежених.....	54
2.2. Методи дослідження	58
2.2.1. Клініко-психіатричний огляд.....	58
2.2.2. Психодіагностичний метод.....	58
2.2.3. Статистичний метод.....	64
Висновки до розділу 2.....	64

РОЗДІЛ 3. ПСИХОПАТОЛОГІЧНА ФЕНОМЕНОЛОГІЯ ТА ЧИННИКИ ФОРМУВАННЯ, ПСИХІЧНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ У РОДИЧІВ ХВОРИХ НА ДЕМЕНЦІЮ.....	66
3.1. Клініко-психопатологічний аналіз стану психічної сфери родичів пацієнтів з деменцією: варіативність психопатологічних феноменів	66
3.2. Чинники формування психічної дезадаптації у родичів хворих на деменцію	80
3.2.1. Феномен сімейної тривоги як чинник формування психічної дезадаптації у родичів пацієнтів з деменцією: наявність, структура, взаємозв'язок зі станом психічної сфери	80
3.2.2. Взаємозв'язок між якістю життя та станом психічної адаптації у родичів пацієнтів з деменцією.....	89
3.2.3. Резилієнтність і тип ставлення до психічної хвороби родича як фактори функціонування сімейної системи та формування психічної дезадаптації у родичів пацієнтів з деменцією	96
3.2.4. Аналіз ролі інтерпсихічних і інтрапсихічних ресурсів родичів пацієнтів з деменцією у формуванні в них психічної дезадаптації.....	101
Висновки до розділу 3.....	116
РОЗДІЛ 4. КОРЕКЦІЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА ПСИХІЧНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ У РОДИЧІВ ХВОРИХ НА ДЕМЕНЦІЮ ТА ОЦІНКА ЇЇ ЕФЕКТИВНОСТІ	123
4.1. Система диференційованої корекції і профілактики психічної дезадаптації у родичів хворих на деменцію.....	123
4.2. Оцінка ефективності системи заходів диференційованої корекції і профілактики психічної дезадаптації у родичів хворих на деменцію.....	131
Висновки до розділу 4.....	155
АНАЛІЗ І УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ	157
ВИСНОВКИ.....	167
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ.....	172

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	173
ДОДАТОК А	200
ДОДАТОК Б.....	202
ДОДАТОК В	205

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ

Г1 – група 1

Г2 – група 2

Г3 – група 3

МКХ-10 – міжнародна класифікація хвороб 10-го перегляду

МОЗ – Міністерство охорони здоров'я

ЯЖ – якість життя

GSI – індекс загальної виразності психопатологічної симптоматики General Symptomatical Index

HADS – госпітальна шкала тривоги і депресії Hospital Anxiety and Depression Scale

HARS – шкала кількісної оцінки тяжкості тривоги Hamilton Anxiety Rating Scale

HDRS – шкала кількісної оцінки тяжкості депресії Hamilton Depression Rating Scale

MSPSS – мультидисменсійна шкала сприйманої соціальної підтримки The Multidimensional Scale of Perceived Social Support

PDSI – індекс виразності дистресу Positive Distress Symptomatical Index

PSI – індекс прояву психопатологічної симптоматики Positive Symptomatical Index

SCL-90-R – опитувальник для оцінки психопатологічної симптоматики Symptom Check List-90-Revised

ВСТУП

Обґрунтування вибору теми дослідження. Деменція є однією з провідних причин інвалідизації та втрати автономії й незалежності в літньому віці; за оцінками ВООЗ, у світі з деменцією живуть щонайменше 57 млн людей (приблизно 10 млн нових випадків щороку), і це – сьома причина смерті глобально. Навантаження непропорційно торкається родин та неформальних доглядальників, що робить їхній психічний стан критичною ланкою системи допомоги [1-3].

Наявні демографічні тренди у Європі (постаріння населення) означають зростання кількості родин, залучених до догляду за людьми з деменцією; частка осіб 65+ у ЄС вже перевищує п'яту частину населення, що прямо корелює з очікуваним зростанням поширеності деменції. Прогнози «Lancet Public Health» також вказують на суттєве збільшення кількості випадків до 2050 року, з деталізованими країно-рівневими оцінками [4-6].

Масштаби сімейного навантаження добре задокументовані: за «Alzheimer's Association Facts & Figures 2024» лише у США майже 12 млн неформальних доглядальників забезпечили понад 19 млрд годин догляду (еквівалент >\$413 млрд), що опосередковано відображає інтенсивність емоційного, часово-ресурсного та фінансового тиску на сім'ї. Подібні звіти за 2023–2024 рр. узгоджено демонструють високе суб'єктивне навантаження та труднощі з навігацією системою допомоги [7-10].

Метаналітичні та оглядові дослідження послідовно показують підвищені ризики депресії, тривоги, дистресу та вигорання у родичів людей із деменцією. Наприклад, огляди 2024–2025 рр. фіксують клінічно значущі рівні депресивної та тривожної симптоматики у значної частки доглядальників, а також демонструють, що цільові (особливо спільнотні) втручання здатні зменшувати тягар, депресію та

тривогу, що підкреслює практичну важливість вчасного скринінгу й підтримки [11-18].

Структурні чинники стигми й хибних уявлень посилюють ризики дезадаптації: за «World Alzheimer Report 2024» 65% фахівців охорони здоров'я і 80% представників загалу помилково вважають деменцію «нормальною частиною старіння». Це затримує звернення по допомогу, ускладнює комунікацію з системою та перекладає ще більше відповідальності на родини [4].

Український контекст додає специфічних викликів. За відкритими джерелами, деменція входить до провідних причин смертності в Україні; при цьому відсутність розгорнутої національної програми підтримки людей із деменцією та їхніх родин посилює соціальне й клінічне навантаження на неформальних доглядальників. Аналітичні матеріали й парламентські дебати у 2024 р. прямо вказують на дефіцит спроможностей та сервісів підтримки сімей [19].

Водночас, фахівці підкреслюють, що психічна дезадаптація родичів є не побічним ефектом, а центральним медико-соціальним питанням: саме вона визначає стійкість доглядових траєкторій, частоту госпіталізацій, якість життя пацієнта і сім'ї, а інколи – і виживаність [20, 21]. Це обґрунтовує необхідність досліджень, спрямованих на виявлення інтрапсихічних детермінант, інтерпсихічних чинників формування психічної дезадаптації у даного контингенту, та розробку на цих засадах інтервенцій, що зменшують тягар.

З огляду на масштаби проблеми, прогнозоване зростання поширеності, високу частоту порушень психічної сфери у родичів-догоглядальників, а також структурні прогалини в сервісах підтримки (в т.ч. в Україні), дослідження психічної дезадаптації родичів людей із деменцією є науково та суспільно високопріоритетним. Воно має безпосередню прикладну цінність для проектування клініко-профілактичних і реабілітаційних програм, професійних маршрутів

допомоги і політик громадського здоров'я, що здатні зменшити тягар для сімей і поліпшити результати догляду.

З огляду на вищезазначене, **науковою гіпотезою** роботи стало наступне твердження: наявність, вираженість і варіативність клініко-психопатологічних феноменів психічної дезадаптації родичів пацієнтів з деменцією зумовлюються низкою факторів, серед яких провідне значення мають інтрапсихічні (резилієнтність, копінговий репертуар) і інтерпсихічні (тип ставлення до психічної хвороби родича, сімейна тривога, соціальна підтримка) параметри функціонування особистості. Індивідуальна комбінація даних чинників визначає особливості клінічної картини та обумовлює потребу в диференційованих підходах до ведення таких пацієнтів.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Робота виконана в рамках науково-дослідної роботи кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Дніпровського державного медичного університету «Розробка системи діагностичних, психокорекційних, лікувально-реабілітаційних та профілактичних заходів для хворих з неспсихотичними психічними розладами та членів їх родин», № держреєстрації 0118U001281, термін виконання – 30.11.2026 р.

Об'єкт дослідження: психічна дезадаптація у родичів хворих на деменцію.

Предмет дослідження: психопатологічна феноменологія, чинники формування, корекція та профілактика психічної дезадаптації у родичів хворих на деменцію.

Мета дослідження: на підставі вивчення клініко-психопатологічної феноменології та ідентифікації інтер- і інтрапсихічних чинників формування психічної дезадаптації у родичів хворих на деменцію, розробити для даної категорії осіб диференційовану систему корекції і профілактики, та оцінити її ефективність.

Для досягнення мети були вирішені наступні **задачі:**

1. Здійснити клініко-психопатологічний аналіз стану психічної сфери родичів пацієнтів з деменцією та дослідити варіативність психопатологічних феноменів, характерних для даної групи осіб.

2. Проаналізувати феномен сімейної тривоги та його взаємозв'язок зі станом психічної сфери у родичів пацієнтів з деменцією.

3. Дослідити резилієнтність і тип ставлення до психічної хвороби родича як факторів функціонування сімейної системи та формування психічної дезадаптації у родичів пацієнтів з деменцією.

4. Вивчити особливості долаючої поведінки та соціальної підтримки у родичів пацієнтів з деменцією, залежно від стану їх психічної сфери.

5. Визначити роль інтерпсихічних і інтрапсихічних чинників у формуванні психічної дезадаптації у родичів пацієнтів з деменцією.

6. Виявити зв'язок між якістю життя та станом психічної адаптації у родичів пацієнтів з деменцією.

7. Обґрунтувати, розробити і оцінити ефективність впровадження системи диференційованої корекції і профілактики психічної дезадаптації у родичів хворих на деменцію.

Методи дослідження: клініко-психопатологічний, клініко-анамнестичний, психодіагностичний, соціально-демографічний, статистичний.

Наукова новизна одержаних результатів.

Проведено системне дослідження психічної сфери родичів пацієнтів з деменцією, яке дозволило виокремити їх як особливу групу високого ризику розвитку психічних порушень. Показано, що понад 80% родичів мають ознаки дезадаптації або розладу адаптації, що раніше не було предметом цілеспрямованого аналізу.

Науково обґрунтовано клініко-психопатологічний профіль психічних порушень у родичів осіб з деменцією, який якісно відрізняється від інших груп:

домінування депресивної та тривожної симптоматики у поєднанні з підвищеною міжособистісною сензитивністю й obsесивно-компульсивними феноменами при відсутності психотичних проявів. Цей профіль можна розглядати як специфічний маркер дистресу доглядальників.

Доведено тісний зв'язок між якістю життя та психічною адаптацією родичів пацієнтів із деменцією; вперше виділено найчутливіші сфери якості життя, які страждають найбільше (емоційне благополуччя, автономність, соціо-емоційна підтримка, особистісна реалізація), що уточнює уявлення про механізми зниження якості життя внаслідок догляду за хворими на деменцію.

Запропоновано новий підхід до розуміння сімейної тривоги як інтегрального маркера ризику психічної дезадаптації, що включає феномени провини, тривожності й напруженості, та може виступати як фактор дезадаптації або ресурс згуртованості залежно від інтенсивності та контексту. Вперше показано її градацію – від нормативної у психічно здорових родичів до клінічно значущої при розладах адаптації.

Уточнено роль інтрапсихічних і інтерпсихічних чинників у формуванні психічної дезадаптації у родичів пацієнтів з деменцією. Встановлено, що резилієнтність та адаптивні копінг-стратегії виступають протективними факторами, тоді як неадаптивні стратегії, драматизуюче й деструктивне ставлення до хвороби, високий рівень сімейної тривоги та низька соціальна підтримка – чинниками ризику її розвитку. Таким чином створено багаторівневу модель взаємодії особистісних та сімейних ресурсів у родичів пацієнтів з деменцією.

Вперше описано типологію ставлення родичів до психічної хвороби пацієнта як чинника функціонування сімейної системи. Доведено, що адекватне ставлення асоціюється зі збереженням адаптаційного потенціалу, тоді як драматизуюче та деструктивне – з високим ризиком конфліктності, стигматизації та дезадаптації.

Доведено наукову гіпотезу дослідження: наявність, вираженість і варіативність клініко-психопатологічних феноменів психічної дезадаптації родичів пацієнтів з деменцією зумовлюються взаємодією інтрапсихічних (резилієнтність, копінговий репертуар) та інтерпсихічних (тип ставлення до психічної хвороби родича, сімейна тривога, соціальна підтримка) чинників. Встановлено, що індивідуальна комбінація цих параметрів детермінує особливості клінічної картини, рівень психічної адаптації та визначає потребу в диференційованих підходах до профілактики і корекції.

Практичне значення одержаних результатів.

Для клінічної практики важливе значення має обґрунтована, розроблена і апробована система диференційованої корекції і профілактики психічної дезадаптації у родичів пацієнтів із деменцією, що базується на принципі індивідуалізації з урахуванням стану інтрапсихічних і інтерпсихічних ресурсів. Доведено її ефективність у зниженні виразності депресивних і тривожних симптомів, покращенні якості життя та стабілізації функціонування сімейної системи.

Вищевказана система показала свою ефективність при впровадженні в роботу КНП «Дніпровська багатопрофільна клінічна лікарня з надання психіатричної допомоги» ДОР», Університетська лікарня ДДМУ, та навчально-педагогічний процес кафедри психіатрії, наркології і медичної психології Дніпровського державного медичного університету.

Особистий внесок здобувача. Автором особисто проведено патентно-інформаційний пошук, вивчення та реферування літературних джерел за темою дисертації, визначено гіпотезу, мету і завдання дослідження, розроблено його методологію. Автором особисто розроблено карти обстеження родичів пацієнтів з деменцією, проведено відбір контингенту і поділено його на групи залежно від стану психічного здоров'я, самостійно проведено клініко-психопатологічні і

психодіагностичне обстеження пацієнтів, виконано аналіз та узагальнення результатів дослідження. Особисто виконано статистико-математичну обробку, описання та наочне представлення отриманих результатів дослідження, сформульовані усі положення та висновки дисертаційної роботи, оформлені відповідні публікації. Внесок автора у статті, опубліковані у співавторстві, наведено у списку робіт.

Апробація результатів дисертації. Положення, що містяться в дисертаційному дослідженні, обговорені на III конгресі з міжнародною участю «Психосоматична медицина XXI століття: реалії та перспективи» (25.10.2022, м. Київ); науково-практичній конференції з міжнародною участю «Сучасний формат неврології та психіатрії: нові горизонти в охороні психічного здоров'я» (20-21.03.2025).

Публікації. За результатами дисертації опубліковано 7 наукових праць, у т.ч. 6 статей у фахових виданнях, включених до переліку МОН України (з них 3 – одноосібні), та тези у матеріалах III конгресу з міжнародною участю «Психосоматична медицина XXI століття: реалії та перспективи» (25.10.2022, м. Київ).

РОЗДІЛ 1

ВПЛИВ ДЕМЕНЦІЇ У РОДИЧА НА ПСИХОЕМОЦІЙНУ СФЕРУ ЧЛЕНІВ РОДИНИ. СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО КОРЕКЦІЇ ПОРУШЕНЬ ПСИХІЧНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ У РОДИЧІВ ХВОРИХ НА ДЕМЕНЦІЮ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

1.1. Особливості психоемоційного реагування, психосоціального функціонування та якості життя осіб, які доглядають хворого з деменцією

Деменція є однією з найбільш поширених патологій не лише серед психічних розладів, а й серед усіх відомих захворювань і патологічних станів. За оцінками ВООЗ, понад 55 млн людей у всьому світі страждають на деменцію, і щорічно реєструється майже 10 млн нових випадків деменції [21]. Прогнозується, що кількість хворих на деменцію подвоїться до 2030 року, і потроїться до 2050 року [22].

Деменція є одним з найбільш витратних захворювань. Економічні втрати від неї оцінюються у 1,3 трлн доларів; при цьому близько половини усіх витрат пов'язані з доглядом, який надають опікуни (члени сім'ї та близькі), що забезпечують у середньому 5 годин догляду і нагляду за день, причому 70% часу догляду забезпечується жінками [21]. Дві третини пацієнтів з деменцією проживають вдома, і члени сім'ї та опікуни є основним джерелом догляду за хворими [23, 24].

Найбільш поширеною формою деменції є деменція внаслідок хвороби Альцгеймера, яка складає від 50% до 70% усіх видів деменції [25]. Поширеність некогнітивних поведінкових і психологічних симптомів деменції у пацієнтів з хворобою Альцгеймера складає 56–98% у хворих, які проживають вдома, і у 91–96% хворих у лікарнях або закладах інтернатного типу [26]. Поведінкові порушення посилюють когнітивний дефіцит у пацієнтів з хворобою

Альцгеймера і спричиняє значне стресове навантаження на осіб, які доглядають за такими пацієнтами [27].

Деменція спричиняє глобальні зміни у психосоціальному функціонуванні людини, що включають порушення комунікативних можливостей, втрату почуття близькості та руйнування спільної діяльності в межах сім'ї. Зниження комунікативних можливостей всередині сім'ї пацієнта з деменцією найбільш суттєво проявляється протягом перших трьох років; при цьому ряд дослідників наголошують, що процес розриву комунікації є двостороннім, і залежить не лише від мовних та поведінкових порушень, пов'язаних з деменцією, а й внаслідок дистанціювання опікуна, що має захисний психологічний характер і дозволяє людині, які щодня стикається з родичем, хворим на деменцію, адаптуватися до психологічного тягаря догляду за хворим (Woods R.T. et al., 2003 [28]; Wong et al., 2020 [29]).

Іншою важливою сферою, що критично страждає при деменції, є втрата почуття близькості і руйнування спільної діяльності членів сім'ї, що зумовлені когнітивними та поведінковими порушеннями, які супроводжують деменцію. У сучасних дослідженнях наголошується на динамічному характері діадичних стосунків, що ґрунтується на зміні уподобань пацієнтів з деменцією і сприйняттям цих уподобань опікунами; ці розбіжності і визначають втрату близькості і напругу у відносинах (Davies J., Gregory D., 2016 [30]; Marques M.J. et al., 2024 [31]).

Деменція справляє виражений негативний вплив на психоемоційну сферу не лише хворого, а й на його найближче мікросоціальне оточення. Деменція є важким тягарем для сім'ї, що пов'язано з фізичними, психологічними, фінансовими та соціальними проблемами (Yan X. et al., 2019 [32]; Froelich L. et al., 2021 [33]). Опікуни хворих на деменцію зазвичай описують свій досвід таким чином, що вони взаємопов'язані та залежні від досвіду їхніх родичів з деменцією; це є проявом загальної концепції співзалежності, в якій здоров'я, самопочуття та поведінка одного учасника тісного партнерства залежать і

динамічно взаємодіють зі здоров'ям, самопочуттям і поведінкою іншого учасника [34-40].

Пацієнти з деменцією виявляють постійне наростаюче погіршення функціонування мозку, що проявляється втратою пам'яті, погіршенням когнітивних та мовленнєвих функцій, зміною поведінки, а також критичним зниженням якості життя та соціального функціонування [41]. Ці зміни у психіці хворого не можуть не викликати психологічних реакцій з боку членів родини та опікунів, які доглядають за пацієнтом, і вимагають розробки персоніфікованих заходів корекції несприятливих змін та попередження розвитку психопатологічних порушень у осіб, які здійснюють постійний нагляд і догляд за хворим з деменцією [42].

Feast A. et al. (2016) наголошують, що догляд за людиною з деменцією є більш складним і супроводжується більшими труднощами, ніж інші ситуації догляду, переважно через те, що члени родини переживають почуття дистанціювання від пацієнта з деменцією, який не може ефективно спілкуватися, виражати любов або навіть забути все, що їх пов'язує; це посилює внутрішній біль і може спричинити психічне вигорання [43].

Miller-Ott A.E. (2018) зазначає, що родичі хворих з деменцією відчувають додатковий психологічний стрес через зміни власної ідентичності, пов'язані зі зміною традиційної моделі взаємодії «батько-дитина», коли дорослим дітям доводиться брати на себе роль «батьків» по відношенню до власних батьків, які страждають на деменцію, по мірі прогресування захворювання. Така зміна моделей передбачає необхідність перегляду відповідальності, яку доводиться брати на себе опікунам хворих батьків, а також потребу в зміні комунікації з оточенням, зокрема, пояснення іншим людям поведінки їхніх хворих родичів, коли вони демонструють невідповідну або асоціальну поведінку [44]. Аналогічно, Kindell J. et al. (2014) на прикладі сім'ї з хворим на деменцію родичем описують, що дружина та син пацієнта відчували себе зобов'язаними взяти на себе роль батьків і контролювати його спілкування та взаємодію з іншими людьми; оскільки пацієнт ставав дедалі розгальмованішим і

агресивнішим по відношенню до оточуючих, його родичі відчували обов'язок контролювати спілкування хворого з тим, щоб не дати йому ображати інших людей [45].

Психологічний тягар для опікунів є найважчим; це пов'язане насамперед з тим, що його увага зосереджена переважно на догляді за пацієнтом, і він не має часу на особисте життя, роботу та соціальне життя, що створює сильний рольовий конфлікт (Jin F., 2020) [46]. Додатковими факторами, що обтяжують психологічний стан опікунів, є необхідність витратити значні кошти на догляд та лікування деменції, порушення поведінки, пов'язані з деменцією, а також проблеми з власним здоров'ям (Luo J., 2011 [47]; Bai X.L. 2021) [48]; Sallim A. et al. (2015) [49]; Kürten L. et al. (2021) [50].

Giebel C. et al. (2020) наголошують на значних втратах у соціальній підтримці сімей, де є хворий на деменцію; ці тенденції посилюються соціальною ізоляцією і потребують особливої уваги і допомоги з тим, щоб компенсувати ці втрати [51].

Серйозною проблемою є також пізні звернення пацієнтів з деменцією за медичною допомогою і низький рівень виявлення деменції на ранніх стадіях, що вимагає додаткових зусиль для покращення якості раннього виявлення деменції, а також для створення і удосконалення системних програм комплексної психологічної реабілітації осіб, які доглядають за хворими, та програм з підтримки і корекції поведінкових розладів при деменції [52-57].

Tebb S., Jivanjee P. (2000) зазначають, що на ранній стадії деменції як самі пацієнти з деменцією, так і особи, які доглядають за ними, зазвичай не звертаються за психологічною та соціальною підтримкою, тож їх потреби в різних сферах (охорона здоров'я, емоційна підтримка, стратегії подолання) вивчені недостатньо [58].

Shah R. et al. (2024), ґрунтуючись на даних великого перехресного дослідження, проведеного у Великій Британії, повідомляють про значний вплив деменції на якість життя родичів, які доглядають за хворим. Автори виявили у 94,2% членів родини та опікунів труднощі з доглядом за своїм родичем із

деменцією. 88,1% членів сім'ї (опікунів) повідомили про вплив хвороби родича на їх сімейне функціонування, 79,5% повідомили, що догляд за родичем з деменцією негативно вплинув на сімейні стосунки, причому жінки постраждали значно більше, ніж чоловіки. 53% членів родин хворих оцінили вплив деменції у родича на якість свого життя як «дуже високий» або «надзвичайно високий». 81,4% родичів (опікунів) повідомили, що деменція у їхніх родичів вплинула на їх сон, причому жінки, які доглядають за ними, відчували значно більше порушень сну, ніж чоловіки. 80,3% членів родини зазначили, що деменція їхніх родичів вплинула на час, який вони приділяють собі; автори наголошують, що турбота про родича з деменцією стає пріоритетом для членів сім'ї, що часто призводить до ігнорування власних потреб, включаючи своєчасне звернення за медичною допомогою, особисте життя, професійну діяльність та соціальне функціонування, а також виконання батьківських обов'язків. 78% родичів людей з деменцією повідомили про негативний вплив захворювання на їх дозвілля, 69,2% – до збільшення сімейних витрат, пов'язаних з тим, що вони змушені залишити роботу або піти на неповний робочий день, щоб доглядати за людиною з деменцією. Автори не виявили істотної різниці у емоційному реагуванні на наявність деменції у родича між різними віковими групами членів родин [42].

Вважається, що найбільш обтяжливими факторами для опікунів є важкість деменції, погана здатність до самообслуговування та виразність нейропсихіатричних симптомів; з поглибленням деменції зростає потреба і збільшуються труднощі у догляді за пацієнтами, оскільки пацієнти з важкою деменцією мають погану здатність до самообслуговування і рухової активності, що вимагає більше часу і зусиль від членів родин, які здійснюють догляд за хворим [33, 48, 59-69].

Серед факторів, що посилюють тягар догляду за хворим з деменцією, слід зазначити також необхідність частих нічних пробуджень, пов'язаних з доглядом (Huang W. et al., 2016 [70]), що призводять до депривації сну, погіршують психічний стан і сприяють виникненню проблем у психічній сфері.

Питання впливу віку пацієнта на тягар догляду за ним залишається спірним. Jin F. (2020) наводять дані, що особи, які доглядають за хворим на деменцію, сприймали тягар догляду як найважчий, коли пацієнти були молодшими 70 років [46]. Це пояснюють тим, що молодші пацієнти мають вищі очікування і прагнуть взяти на себе багато сімейних обов'язків, виконати які вони не в змозі, тому нездатність пацієнтів відповідати очікуванням щодо виконання соціальних ролей може викликати більшу незадоволеність опікунів; крім того, пацієнти молодшого віку сприймають свою хворобу більш гостро, почуваються збентеженими через неї, частіше приховують деменцію і намагаються відкладати лікування [46].

Натомість, у дослідженнях Thugian J. et al. (2017) [71] та Adana F. et al. (2022) [59] було виявлено протилежні закономірності; автори пов'язують більший тягар догляду за більш літніми пацієнтами з більшою важкістю хвороби та істотно меншими функціональними можливостями у літньому віці.

Крім віку пацієнта, важливим фактором є також вік опікуна. Відомості щодо впливу цього чинника наразі є суперечливими. Huang W. et al. (2016) вважають, що опікуни похилого віку відчують більший фізичний та психологічний тягар, тому старший вік опікуна розглядається як обтяжуючий чинник [70]. Натомість, Wang J. et al. (2014) [60], Fukuda M. et al. (2020) [61], Tsai C. et al. (2021) [72], Adana F. et al. (2022) [59] наголошують, що опікуни більш молодого віку більш вразливі до стресу догляду за хворим з деменцією, оскільки мають ширше коло соціальних інтересів, потребують більшої соціальної активності, особистого життя, професійної реалізації тощо, якими змушені жертвувати через необхідність доглядати за хворим родичем; крім того, у більш молодих опікунів часто наявні завищені очікування щодо можливостей хворого родича, і невідповідність цим очікуванням стає додатковим стресором. Подружжя хворого на деменцію може також відчувати додатковий психологічний тиск від необхідності звикати до нової соціальної ролі; у більшості випадків подружжя пацієнта також є літніми особами, що також створює додаткові ризики (Kim W. et al., 2017) [73].

Прогресування деменції призводить до зміни комунікації хворих, включаючи трансформацію стратегій, які використовують люди з деменцією для підтримки спілкування. Jones D. (2015) наводить приклад, коли жінка з деменцією намагалася створити враження компетентності, відповідаючи на запитання доньки, фактично не знаючи відповіді, для того щоб замаскувати свої труднощі з правильним пригадуванням інформації. Автор зазначає, що люди з деменцією часто можуть використовувати свою збережену соціальну обізнаність, помічаючи та реагуючи на соціальні сигнали, що може допомагати їм зрозуміти, якою має бути правильна відповідь на запитання [74]. Hyden L., Samuelsson, C. (2019) помітили, що люди з деменцією часто використовують стратегії збереження обличчя, щоб уникнути конфронтації з членами сім'ї і підтримувати стосунки в сімейній системі, наприклад, погоджуючись з ними при нерозумінні змісту запитання. Автори також наводять приклад, коли жінка з деменцією не могла згадати потрібне слово, вона вставляла замість нього подібне слово або з точки зору фонології, або з точки зору семантики, намагаючись донести до оточуючих повідомлення [75].

Погіршення комунікації з хворим по мірі прогресування деменції може спонукати опікунів до пошуку нових стратегій мовної взаємодії. Braithwaite Stuart L. et al. (2022) пропонують виділяти чотири ключові стратегії, які використовуються членами сім'ї, і які були визначені як корисні для полегшення спілкування: розуміння оточення [44, 75], ініціювання від імені людини з деменцією [45, 76], використання невербальної комунікації для компенсації труднощів пошуку слів [45, 77, 78], та спілкування за допомогою діяльності [77, 79]. Так, Hyden L., Samuelsson C. (2019) наводять приклад, коли донька та невістка пацієнтки з деменцією повторювали свої висловлювання та наголошували на ключових словах, таких як імена, виділяючи їх, коли пацієнтка не розуміла їх під час розмови, крім того, використовуючи іменники замість займенників. Ці техніки сприяли кращому розумінню пацієнткою зверненої мови, пом'якшували вплив проблем зі слухом і робочою пам'яттю, і дозволяли підтримувати розмову. Члени родини також використовували уточнюючі

запитання, щоб підтвердити розуміння змісту їхнім родичем, коли їхнє повідомлення було незрозумілим [75]. Для подолання труднощів ініціації розмови і запобігання її спонтанному припиненню хворим ефективними є стратегії використання більшої кількості коментарів, а не постановки питань, а також забезпечення періодичних перерв у розмові, що допомагає хворому розпочати і підтримувати спілкування [80].

По мірі зменшення можливостей вербальної комунікації у зв'язку з прогресуванням деменції, зростає роль невербального спілкування, що спонукає родичів ставати більш чутливими до невербальних сигналів [45, 77, 78, 80]. Члени сім'ї, які звертали увагу на паралінгвістичні особливості комунікації людини з деменцією, такі як погляд очей, вираз обличчя та вокалізація, мали більше можливостей для спілкування і своєчасної взаємодії з хворим родичем [77]. Schaber P. et al. (2016) зазначають, що використання членами сім'ї невербальних підходів, таких як обійми, поцілунки та тримання пацієнта за руку, використовуючи при цьому просту мову, щоб висловити свої почуття, любов і близькість, допомагало підтримувати зв'язок, незважаючи на бар'єри спілкування, пов'язані з деменцією [81].

Натомість, некорисні комунікаційні стратегії, які використовуються сім'єю, можуть сприяти розчаруванню, тривожності та зниженню самооцінки у людини з деменцією, навіть якщо їх метою було спонукати людину з деменцією до спілкування. Прикладом таких некорисних стратегій була постановка «тестових запитань», щоб залучити людину з деменцією до розмови; постановка таких запитань часто призводить до розриву розмови, коли людина з деменцією не може пригадати відповідь на них [80]. Неконструктивними також є намагання опікунів надмірно компенсувати труднощі своїх родичів, спрямовуючи розмову на теми, яким, як вони знають, віддає перевагу людина з деменцією, або розмовляючи за неї, що інколи призводило до розчарування пацієнта і спонтанного припинення розмови [76]. Не сприяли комунікації також намагання дорослих дітей хворих з деменцією часто виправляти пацієнтів під час розмови, коли вони згадували інформацію неправильно [44]. Опікуни, які постійно

намагалися виправити пацієнтів, коли ті говорили більш доступною і зручною для них мовою, і змусити їх говорити «правильною мовою», більшою мірою викликали у пацієнтів розчарування і бажання припинити комунікацію, тож ця стратегія не є ефективною у хворих з деменцією [78]. Загалом, прагнення родичів, особливо молодих, змусити пацієнтів з деменцією діяти у відповідності до правил і «привести все до ладу» часто призводить до негативних наслідків, коли пацієнти не можуть точно згадати інформацію чи знайти потрібне слово; слід зосереджуватися на залученості хворого з деменцією у взаємодію в даний момент у доступній для нього формі [79, 82]. Надто тривале спілкування і надмірні очікування від людини з деменцією щодо її мовних і когнітивних здібностей також визначені як некорисна комунікаційна поведінка [76, 77]. Деякі члени сім'ї явно висловлювали почуття фрустрації, коли їх родич з деменцією виявлявся не в змозі ефективно комунікувати з ними через погіршення мови або втому, і зменшували спілкування з ним через втрату мотивації і розчарування, попри усвідомлення родичів, що це призведе до соціальної ізоляції пацієнта і погіршити наявні у нього проблеми [80].

Стан здоров'я опікуна може мати істотний вплив на тягар догляду за хворим: у ряді досліджень було показано, що опікуни зі слабким здоров'ям відчують більший стрес; такі опікуни зазвичай не можуть забезпечити собі належну медичну допомогу і догляд, що у поєднанні з тривалим психологічним стресом посилює несприятливий вплив і формує порочне коло, що погіршує перебіг їх хвороб [48, 53, 64, 83-87].

Vitaliano et al. (2003) запропонували теоретичну модель впливу догляду за пацієнтом з деменцією на фізичне здоров'я опікунів як результату дії стресу, що може бути пом'якшений зміною вразливості та ресурсами особистості, та опосередкований психосоціальним дистресом і поведінкою, пов'язаною зі здоров'ям [88].

Ряд досліджень виявили тісний зв'язок між доглядом за хворими на деменцію та низьким рівнем якості життя, що поширювався на сфери фізичного і психічного функціонування; рівень якості життя опікунів зворотно корелює з

симптоматикою депресії, деструктивною поведінкою у пацієнтів з деменцією та часом, який опікуну доводиться витратити на догляд [89-98]. Великі популяційні дослідження підтверджують значуще нижчі показники стану здоров'я та якості життя у психічній та фізичній сфері у осіб, які доглядають за хворими з деменцією [99, 100]. Родичі, які доглядають за пацієнтами з деменцією, мають підвищений ризик виникнення серцево-судинних захворювань [101-103], інших соматичних захворювань [104-106], депресивних і тривожних розладів [107], порушень сну [85, 107-113], а також когнітивних порушень [107, 114-121].

Shin J.H., Kim J.H. (2022), узагальнюючи дані великого національного репрезентативного опитування населення, підкреслюють важливість визнання загального низького рівня якості життя у сімей, які доглядають за людьми з деменцією. Особи, які доглядають за хворими на деменцію, частіше зазначали проблеми з пересуванням, самообслуговуванням, звичайною активністю, болем або дискомфортом і тривогою та депресією порівняно з особами, які не здійснюють такий догляд. У них частіше виявлялися супутні захворювання, пов'язані з фізичним і психічним здоров'ям, включаючи артеріальну гіпертензію, цукровий діабет, ознаки хронічної втоми, когнітивні порушення, депресію та погану якість сну. Попри зростаючу увагу та обізнаність про проблеми людей, які доглядають за хворими з деменцією, зв'язок між соціально-демографічними, соціально-економічними характеристиками, а також характеристиками, пов'язаними з фізичним і психічним здоров'ям опікунів досі вивчені недостатньо. Опікуни хворих на деменцію мали нижчі показники та вищу частоту проблем за всіма сферами якості життя порівняно з особами, які не доглядали за хворими. Автори зазначають шкідливий вплив неформального догляду за хворими на деменцію на якість життя і наголошують на необхідності розробки ефективних втручань для покращення здоров'я та якості життя осіб, які доглядають людей з деменцією. Для цього важливо всебічно оцінити тяжкість і характер якості життя опікунів хворих на деменцію та супутні проблеми, такі як фізичні і психічні навантаження, прогресування та тяжкість деменції у родича, а також наявні соматичні та психічні захворювання [122].

У багатьох дослідженнях зазначається, що жінки, які здійснюють догляд за хворим, відчують більший тягар догляду [46, 60, 66, 123]. Grabher B. (2018) повідомляє, що жінки, які доглядають за хворими з деменцією, витрачають на догляд в середньому у 2,5 рази більше часу, ніж чоловіки [124].

Ряд авторів звертають увагу на те, що крім догляду за хворим, жінки зазвичай несуть основний тягар роботи по дому, піклуються про інших членів сім'ї, і змушені виконувати одночасно кілька різних завдань [46, 60, 123]. Крім того, жінки, які здійснюють догляд за хворими з деменцією, зазвичай приділяють більше уваги стосункам з пацієнтом, витрачають більше енергії та часу на догляд, а також часто відчують більш інтенсивне почуття провини та стресу, що призводить як до фізіологічного, так і до психологічного тягаря (Wong D. et al., 2019) [125].

Водночас, Ge L., Mordiffi S. (2017) зазначають, що опікуни-чоловіки часто відчують більший тягар догляду за хворими з деменцією внаслідок відсутності психологічної готовності, оскільки стикаються з необхідністю зміни соціальних ролей [126]. Nishio M. et al. (2017) зауважують, що психологічні особливості і потреби опікунів-чоловіків наразі вивчені гірше, ніж жінок [127], попри те, що очікується, що чоловіки, ймовірно, стануть основними опікунами хворих з деменцією у майбутньому (Chan S., 2010) [128]. Baker K.L. et al. (2010) зазначають, що внаслідок демографічних змін у суспільстві чоловіки частіше, ніж раніше, беруть на себе роль опікуна (за даними авторів, у США опікунами у 44% випадків є саме чоловіки, а у Канаді питома вага чоловіків серед опікунів складає майже 40%) [129]. Hong M. (2020) зазначає, що чоловіки-опікуни відчують додатковий тягар догляду, оскільки часто змушені окрім виконання безпосередніх обов'язків піклування, брати на себе роботу по дому [130].

He S.M. et al. (2020) повідомляють, що 78,4% опікунів пацієнтів з деменцією відчують фінансовий стрес і нестачу коштів [131], а Yan X. et al. (2019) зазначають, що опікуни пацієнтів з важкою деменцією вимушені витрачати майже вдвічі більше коштів на догляд за хворими, ніж ті, хто доглядає

пацієнтів з легкою деменцією, отже, важка деменція, крім більшого стресу спілкування, пов'язана з більшим фінансовим тягарем для опікунів [32].

Тісний зв'язок між виразністю нейропсихіатричних симптомів у пацієнтів з деменцією і стресовим навантаженням на опікунів сьогодні вважається доведеним; найбільш важливими у цьому плані є такі симптоми, як збудження, агресивність, аномалії рухової поведінки, галюцинації та депресія, які тісно пов'язані з почуттям безпорадності, сумнівами, тривогою та депресією у опікунів [43, 53, 60, 64, 72, 123, 132-136].

Однією з найбільш складних проблем для опікунів є поведінкові розлади пацієнтів з деменцією [137, 138]. Kim B. et al. (2021) пропонують виділяти три кластери симптомів поведінкових і психологічних порушень у пацієнтів з деменцією: симптоми гіперактивності, симптоми психозу та симптоми порушень фізичної поведінки. Симптоми гіперактивності складаються з розгальмування, дратівливості та збудження або агресії. Симптоми психозу включали галюцинації, тривогу, підвищений настрій або ейфорію, маячення, а також депресію і дисфорію. Симптоми порушень фізичної поведінки включають порушення апетиту та харчової поведінки, апатію або байдужість, аномальну рухову поведінку, а також порушення сну та нічної поведінки. Автори вважають, що зазначені кластери симптомів мали прямий вплив на тягар сім'ї, яка здійснює догляд, причому кластер симптомів психозу був найвпливовішим [139].

На думку Roche V. (2009), оскільки деменція є хронічним станом, який призводить до інвалідності, сім'я, яка здійснює догляд, може розглядатися як прихований пацієнт [140].

Karg N. et al. (2018) повідомляють про значно вищі рівні суб'єктивного тягара та нижчу якість життя опікунів пацієнтів з деменцією у порівнянні з групою опікунів родичів з іншими хронічними захворюваннями; у них також виявлено дещо вищий рівень депресії і психосоматичних скарг. Автори зазначають, що існує значна різниця в якості життя залежно від статі і статусу зайнятості опікуна, тоді як стать і вік хворого, життєва ситуація, наявність

підтримки хворих, стосунки, рівень освіти, тривалість догляду і загальний час догляду не були істотно пов'язані з якістю життя опікунів [141]. Аналогічні дані наводяться у дослідженнях Zahed S et al., 2020 [142] та The Alzheimer's Association [143], які повідомляють про істотно більшу поширеність психічних проблем, зокрема, депресії, серед опікунів, які здійснюють догляд за пацієнтами з деменцією, порівняно з опікунами хворих з іншими хронічними захворюваннями.

Yang M.L., Hong R.F. (2019) [144], Jin J. et al. (2021) [145] зазначають, що фактором, який обтяжує тягар догляду за пацієнтом з деменцією, є низький рівень освіти опікунів, а також їх недостатня поінформованість про захворювання; було виявлено, що опікуни з низьким рівнем освіти менш обізнані щодо деменції і схильні до перепадів настрою при зіткненні з проявами хвороби, її прогресуванням, а також при повідомленні про несприятливий прогноз щодо одужання родича, що призводить до більшого психологічного навантаження і більш важких порушень психіки. Shim Y. et al. (2021) повідомляють, що 49,0% опікунів хворих з деменцією були поінформовані про хворобу значно нижче загального рівня, і лише 35,7% мали достатньо інформації про деменцію; у зв'язку з цим автори вважають необхідним забезпечити опікунів хворих на деменцію належною підготовкою, що передбачає надання знань про захворювання і навичок з догляду за пацієнтом з деменцією [146]. Тому особам, які доглядають за хворими, потрібна підготовка, щоб покращити свої знання про захворювання та навички догляду. Guo Z.J. et al. (2016) зазначають, що лише 6% опікунів пройшли базове навчання навичкам догляду за хворим з деменцією, що є вкрай недостатнім, і вимагає системних заходів з підвищення поінформованості та навчання догляду опікунів пацієнтів з деменцією [147].

Lindeza P. et al. (2020), ґрунтуючись на результатах мета-аналізу 81 досліджень з 3347 учасниками, виділили позитивні аспекти догляду в житті опікунів, що включають особисті досягнення та зміцнення стосунків, які посилювалися якісним медичним консультуванням, офіційною підтримкою

догляду та підтримкою з боку родини та друзів, і негативні аспекти, що включали відсутність емоційної та соціальної підтримки, неналежний або формальний медичний догляд, прогресування хвороби та значні матеріальні витрати на деменцію. Автори наголошують на необхідності зосередження на позитивних аспектах і цілеспрямованих заходах, що дозволяють зменшити негативний вплив догляду за родичом з деменцією на якість життя опікунів, та підкреслюють необхідність розробки комплексного втручання для неформального догляду за хворими на деменцію, залучення суспільства до підтримки психічного здоров'я, задоволення потреб і покращення якості життя людини з деменцією та осіб, які доглядають за нею [25].

Smith L. et al. (2022) зазначають, що опікуни хворих на деменцію є неоднорідною групою людей, яких не можна розглядати як єдиний колектив. Вони тісно пов'язані зі своєю сім'єю та службами соціальної підтримки, однак, вони часто відчують обмежену підтримку сім'ї, а напруга між членами родини може бути основним джерелом стресу для них. Автори звертають увагу на те, що розподіл обов'язків і навантаження по догляду за родичом з деменцією рідко буває збалансованим або справедливим, і в сім'ї завжди є той, хто несе найбільший тягар; при цьому члени сім'ї часто демонструють нездатність зрозуміти труднощі, з якими стикається основний опікун, та ігнорують його потреби. Між членами сім'ї хворого на деменцію часто виникають напруження; деякі з них існували до початку розвитку деменції, а інші виникли внаслідок наявності в родині хворого на деменцію та її прогресування. Зазначається, що дослідження цілісної сімейної мережі, що оточує хворого на деменцію, в її динаміці та взаємодії є вельми обмеженими, попри те, що для ефективної допомоги необхідно розуміти всю систему сімейних стосунків, у яких знаходяться опікуни та їхні родичі з деменцією. Автори виділяють декілька моделей сімейних стосунків в родині хворого з деменцією, в залежності від родинних зв'язків і зазначають, що проблеми взаємодії між членами сім'ї та опікуном, який несе основний тягар догляду за хворим з деменцією, необхідно враховувати в рамках існуючої сімейної динаміки кожної сім'ї. Автори

вважають перспективним долучення фахівців з психічного здоров'я, зокрема, психіатричних медичних сестер, до підтримки та супроводу опікунів, які доглядають за хворим з деменцією, що дозволить таким сім'ям стати більш згуртованими та ефективними [148].

Wang M. et al. (2016) наголошують, що тривалі негативні емоції, які переживають опікуни, збільшували ризик жорстокого поводження з пацієнтами у сім'ях, які доглядають за ними; автори наголошують на тому, що опікуни хворих на деменцію потребують психологічної підтримки для того, щоб допомогти їм впоратися з негативними емоціями і контролювати їх, розвинути навички адекватного емоційного реагування, навчити звертатися за допомогою у разі необхідності та спільно вирішувати проблеми, а також запобігати розвитку психічних порушень [149].

Ґрунтуючись на даних систематичного огляду детермінантних моделей тягара догляду за хворим з деменцією і психічного здоров'я опікунів, van der Lee et al. (2014) висловили припущення, що поведінкові проблеми пацієнтів з деменцією, здатність їх опікунів справлятися з проблемами, особистісні риси та компетентність є найбільш послідовними детермінантами, що визначають загальний тягар догляду за хворим з деменцією, ризик виникнення депресії та стан психічного здоров'я опікунів людей з деменцією в цілому [105].

Marques M.J. et al. (2024) використали оригінальний підхід, об'єднавши опис, кількісну оцінку та феноменологічне розуміння якості стосунків, зокрема, індивідуальних і діадних характеристик і обставин у динаміці деменції. За їх даними, якість стосунків між хворими з деменцією та родичами, які здійснюють догляд за ними, змінюється в часі нерівномірно: найбільш суттєве погіршення спостерігалось між 6 місяцями та 3 роками від початку деменції. Через 3 роки оцінки людей із деменцією були вищими, ніж у їх опікунів, для сфер «спілкування», «подібність поглядів» і «спільних занять», і суттєво не відрізнялися для сфер «близькості» та «загальне порозуміння». Автори зазначають, що для більшості опікунів розрив спілкування сприймався як основна проблема для стосунків, що спричиняла психологічний стрес; проблеми

зі спілкуванням збільшувалися через відсутність спонтанного мовлення або реакції з боку людини з деменцією, збудження чи агресивної поведінки, що заважало опікунам ділитися своїми думками та почуттями зі своїм родичом з деменцією. Спільна діяльність була ключовою для змістовного спілкування між пацієнтом з деменцією і його родичем, а співпереживання – важливим фактором налагодження відносин з хворим, що дозволяло їм відчувати, що їх чують і цінують. Попри те, що у ранній термін (до 6 місяців) деякі опікуни повідомляли, що почувалися емоційно ближчими до своїх родичів після початку деменції, оскільки здійснення догляду потребувало більш частоті взаємодії, після року і трьох років деменції більшість опікунів зазначали істотне погіршення близькості і якості стосунків, що призводило до ізоляції, почуття відторгнення та втрати, особливо коли люди з деменцією більше не могли впізнавати своїх опікунів. Автори наголошують, що всі обстежені ними опікуни визнали потребу у підтримці як для себе, так і для своїх родичів. При цьому критичним періодом, коли підтримка була потрібна найбільше, а власні стратегії подолання були найменш ефективними, більшість опитаних називали момент, коли вони дізналися про встановлення діагнозу деменції у родичів та найближчі місяці після нього; більшість людей з деменцією також відчували страждання в цей період. Постдіагностичний період ретроспективно оцінювався родичами хворих як найважчий не стільки через сам процес деменції, скільки через втрату очікувань. Автори підкреслюють, що попри важливість підтримки на початкових етапах, більшість осіб, які здійснюють догляд, не отримували своєчасної підтримки (включаючи необхідну інформацію про стан чи наявні ресурси, а також щодо потенційного впливу деменції на стосунки). Аналізуючи інтерв'ю з пацієнтами та їх родичами, автори доходять висновку, що якість стосунків є динамічною: різних стадіях деменції відбувалися різні зміни, з різними невдачами та успіхами. Слід зазначити, що авторами були виявлені й позитивні описи пережитого родичами досвіду, що є прикладами особистісного зростання, які могли поєднуватися з негативними аспектами. В якості позитивних змін родичі пацієнтів з деменцією відзначали покращення

комунікаційних стратегій після початкового потрясіння, більше почуття вдячності, емпатію, готовність проявляти турботу, а також уникати надмірних вимог і цінувати вільний час. Для деяких опікунів ці змішані емоції представляли надзвичайно складний досвід, з яким було важче впоратися, ніж із самими негативними почуттями [31].

Загалом, дослідження, які б інтегрували погляди людей із деменцією та осіб, які доглядають за ними, є вельми обмеженими; при цьому зазначається, що пацієнти з деменцією загалом вище оцінюють якість наявних стосунків порівняно з їх опікунами (Mortazavizadeh Z. et al., 2020 [150]; Rippon I. et al., 2020 [151]; Marques M.J. et al., 2021 [152]). Причини цих відмінностей пояснюються насамперед впливом «стресу опікуна», що сприяє більш песимістичному сприйняттю стосунків з хворим на деменцію (Marques M.J. et al., 2019 [153]; Mortazavizadeh Z. et al., 2020 [150]). Вплив тягаря догляду і стрес у осіб, які доглядають за пацієнтами з деменцією, можуть призвести до погіршення якості життя самих пацієнтів; при цьому існує пряма кореляція між стресовим навантаженням на опікуна і якістю життя [154].

Chen M.C., Lin H.R. (2022) зазначають, що момент, коли родичі дізнаються про діагноз деменції у близької людини, є одним з найбільш складних і критичних; у цей момент вони відчують тривогу, сумніви, невпевненість, попри те, що ще до звернення за медичною допомогою більшість опікунів підозрювали, що у їх родича деменція, і не були здивовані діагнозом. У цей момент у опікунів може виникати тривога щодо майбутнього прогресування деменції; вони відчують безпорадність, коли думають про необхідність тривалого догляду за хворим у майбутньому. Після того, як опікуни прийняли діагноз і змирилися з тривалим і незворотнім характером деменції, вони зазвичай концентруються на пошуку шляхів сповільнення прогресування і відстрочення найбільш обтяжливих наслідків деменції; це може включати пошук медикаментозних засобів, або заохочення пацієнтів до більшої активності і вправ, а також способів запобігання людям з деменцією заблукати чи загубити важливі речі (за допомогою ідентифікаційних браслетів, GPS-

трекерів і т.п.). На цьому етапі на перше місце виходить завдання налагодження взаємодії з пацієнтом, донесення до нього інформації про діагноз деменції, напрацювання нових моделей взаємодії, а також психологічна переробка і пристосування до реальності життя з родичем з деменцією [155].

Важливим фактором, що впливає на якість життя опікунів хворих на деменцію, є час, який витрачається на здійснення догляду [59, 66]. Цей час залежить не лише від важкості деменції та ступеня нейропсихіатричних порушень, а й від культуральних особливостей і традицій конкретного суспільства, психологічних установок опікунів та їх оточення, і може варіювати у широких межах: в середньому від 27,1 годин на тиждень до 127,6 годин на тиждень [60, 63, 143, 144, 83, 156].

Ряд досліджень був присвячений проявам депресії у осіб, які здійснюють догляд за хворими з деменцією. Очевидно, що психоемоційний стрес, депривація сну, обмеження можливостей для особистісної реалізації, що пов'язані з необхідністю здійснювати догляд за хворими з деменцією, створюють сприятливе підґрунтя для розвитку депресивних розладів.

Baker K.L. et al. (2010) повідомляють про істотно більшу ймовірність появи симптомів депресії у осіб, близька особа яких страждає на деменцію, і наголошують про багатофакторний характер цієї залежності [129]. Повідомляється, що приблизно 30-40% опікунів, які доглядають хворих з деменцією, мають симптоматику депресії, що у 3-8 разів більше, ніж у людей того ж віку, які не доглядають за хворими [34, 157]. Депресивні прояви у опікунів тісно пов'язані з погіршенням їх стану здоров'я, емоційним стресом, а також іншими факторами, пов'язаними з деменцією [49, 104].

Загалом, жінки, які доглядають за хворим з деменцією мають більший ризик виникнення депресії, ніж чоловіки [158, 159], хоча істотний вплив вносять також культуральні особливості [160]. Важливим фактором резистентності до депресії у родичів пацієнтів з деменцією виявився також освітній рівень та соціальний статус родичів: чим вищими вони були, тим нижчим був ризик депресії; проживання у сільській місцевості також було пов'язано з більшою

поширеністю депресії у родичів хворих з деменцією, що може бути пов'язано з гіршою якістю медичного забезпечення, транспортними проблемами, а також з обмеженим доступом до соціальних послуг [161].

Mitchell L.L. et al. (2022), аналізуючи особливості взаємодії у сім'ях з хворим на деменцію, який проживає в інтернатних закладах, в умовах ізоляції, підкреслюють необхідність врахування точок зору усіх членів сім'ї та їхнього внеску у надання допомоги у довготривалій перспективі; при цьому самі сім'ї здатні запропонувати важливі рекомендації для покращення якості догляду та стану взаємодії з пацієнтом, а також надати цінні відомості про ресурси, стратегії та практики, які допомогли їм впоратися з проблемами. При цьому автори дослідження зазначають, що поради клініцистів та експертів не завжди узгоджувалися з рекомендаціями опікунів, що також слід враховувати при визначенні оптимальних моделей взаємодії. У цьому дослідженні підкреслюється важливість спілкування, цінність якого особливо зростає в умовах ізоляції: 27% респондентів відчували засмучення при браку інформації про свого родича, тоді як 41% опитаних відчували заспокоєння завдяки ефективному спілкуванню з персоналом медичних закладів. Автори підкреслюють важливість широкого спілкування медичного персоналу з родинами хворих, обговорення стану здоров'я та потреб їхніх родичів [162].

При цьому, попри інтенсифікацію останніми десятиліттями досліджень сімей, де проживає хворий на деменцію, існує потреба у подальшому вивченні актуальних факторів, що могли б пов'язати різні концепції негативного впливу на психіку родичів хворих на деменцію, а також визначити перспективні напрямки для корекції і профілактики порушень психічного та соціального функціонування [163-170].

1.2. Сучасні підходи до корекції несприятливих змін у психоемоційній сфері родичів пацієнтів з деменцією

«Глобальний план дій щодо реагування громадської охорони здоров'я на деменцію на 2017–2025 роки», оголошений Всесвітньою організацією охорони

здоров'я, спрямований на покращення життя людей з деменцією та осіб, які за ними доглядають, та їх сімей. Він передбачає перелік заходів, завдяки яким люди з деменцією та особи, які за ними доглядають, отримують догляд і підтримку, які їм необхідні, для того, щоб прожити життя зі змістом та гідністю [171]. Цей план наголошує на необхідності розробки та реалізації систематичних стратегій для розробки і впровадження доступних програм підтримки, щоб пацієнти з деменцією та особи, які за ними доглядають, могли ними скористатися.

Попри надзвичайно важливу роль сімейного догляду при деменції, спрямованого на підтримку стосунків і врахування індивідуальних особливостей та створення середовища, що сприяє покращенню міжособистісної взаємодії, потреба у дослідженнях важливих аспектів міжособистісних стосунків для їх покращення досі не задоволена (Bielsten T., Hellström I., 2019 [172]; Kitwood T., Brooker D., 2019 [173]; Gilbert E. et al., 2023 [174]; Stedje K. et al., 2023 [175]).

Harris M.L., Titler M.G. (2022) зазначають, що досвід опікунів взаємопов'язаний із досвідом їхніх родичів з деменцією; вони залежні один від одного, а процес догляду слід розглядати як партнерство. Родичі, які здійснюють догляд, потребують допомоги у визначенні стратегій догляду, у доступі до ресурсів і послуг з підтримки, пов'язаних з деменцією у родичів. Партнерство у догляді, на думку авторів, необхідно розглядати як спільну безперервну взаємодію пацієнта з родичем, де пацієнт є активним учасником; ця двостороння модель стосунків протиставляється моделі односторонніх стосунків за принципом «дай – бери». Партнери по догляді повинні визнавати свою роль у спільному управлінні власними емоціями та реакціями та емоціями своїх родичів. Автори зазначають, що родичі пацієнтів з деменцією часто не використовують термін «симптоми» для опису проявів захворювання на деменцію, а натомість описують досвід своїх хворих родичів та їхні реакції на різні ситуації та обставини у термінах і моделях, пов'язаних з їхнім власним досвідом як опікунів. На думку авторів, клініцистам і дослідникам слід

розширити свої погляди на те, як визначати, оцінювати та повідомляти родичам про деменцію, а також враховувати широке коло факторів, пов'язаних з самими особами, які здійснюють догляд (наприклад, незадоволені потреби, риси особистості, спілкування, домашнє середовище, розпорядок дня тощо) [34].

У багатьох дослідженнях підкреслюється, що важливим чинником, що збільшує психологічне навантаження на опікунів хворих на деменцію, є відсутність інших осіб, які могли б здійснювати догляд, і необхідність нести весь тягар догляду одноосібно [48, 53, 84, 144, 176, 177]. Це вимагає вивчення досвіду створення центрів денного догляду, закладів короткострокового догляду за пацієнтами з деменцією, а також заходів з надання патронатними службами послуг денного догляду за пацієнтом на дому, що дозволяє опікунам працювати, значно скоротити час на безпосередній догляд і задовольняти свої потреби [46, 64, 70, 84, 144].

Lee W. et al. (2022) зазначають, що родичі пацієнтів, які страждають на деменцію, більш песимістично сприймають можливість запобігання деменції, і менш впевнені в ефективності профілактичних заходів. Ці уявлення були в основному поширеними серед тих, хто вже мав досвід догляду за членом сім'ї з деменцією, а уявлення про переваги конкретних щоденних стратегій профілактики деменції не залежали від наявності досвіду догляду за хворими. Автори наголошують, що песимістичне уявлення про те, що деменції можна запобігти, може перешкодити родичам хворих на деменцію реалізовувати профілактичні заходи, що можуть зменшити ризик деменції. Автори рекомендують аналізувати сімейний анамнез деменції при спілкуванні між лікарем і пацієнтом, а також тестувати родичів пацієнтів, які страждають на деменцію, на наявність потенційного негативного сприйняття профілактичних заходів при деменції, яке перешкоджає їм реалізовувати заходи із зниження її ризику [178].

Zhang H. et al. (2024) проаналізували результати 11 статей, які склалися з семи кількісних досліджень, двох якісних досліджень і двох випадків. Попри те, що не було виявлено значущого покращення якості наприкінці життя для осіб

з деменцією в групі сімейних зустрічей порівняно з тими, хто отримував звичайний догляд, було виявлено певне покращення психічного здоров'я для опікунів. Крім того, було встановлено, що сімейні зустрічі затримують переміщення людей з деменцією в будинки для престарілих. Сім'ї хворих з деменцією сприймають сімейні зустрічі як можливість співпраці з професіоналами у сфері психічного здоров'я в наданні комплексної допомоги. Автори пропонують наступні рекомендації для того, щоб зробити сімейні зустрічі більш ефективними: рішення щодо участі осіб з деменцією в сімейних зустрічах має ґрунтуватися на їхньому конкретному стані та потребах їхніх сімей; координація та узгодження думок і сприйняття членів сімей людей з деменцією може потребувати залучення сімейних координаторів; для визначення оптимального часу сімейних зустрічей слід делегувати можливість ініціювати зустріч сім'ї. Такий підхід дозволяє членам родини хворих з деменцією спілкуватися з медичними працівниками та вирішувати свої проблеми, коли їм зручно [179].

Сімейна підтримка є одним з головних чинників покращення спілкування в діаді пацієнт з деменцією – опікун, особливо за наявності поведінкових проблем, таких, як апатія; можливості сімейної підтримки можуть бути посилені за допомогою терапії, яка зосереджується на вдосконаленні навичок і подолання мовних і комунікаційних труднощів у діадах (Olthof-Nefkens M. W. et al., 2022) [180].

Сімейне спілкування є важливим фактором збереження ідентичності людини з деменцією. Purves B.A., Phinney A. (2012) наголошують, що члени сім'ї повинні знайти баланс між спробами зберегти ідентичність людини з деменцією як члена сім'ї, уникненням конфліктів, а також реалістично ставитися до своєї розмовної компетентності [76]. Miller-Ott A.E. (2018) визначає таку взаємодію як «роботу з ідентичністю», яка допомагає захистити особистість родича з деменцією, коли труднощі у спілкуванні становлять ризик для їх попередньої ідентичності [44].

Аналізуючи ефективні стратегії у цій сфері, Kindell J. et al. (2014) зазначають, що ефективні сім'ї намагаються стимулювати розмовну комунікацію, ініціюючи улюблені та спільні теми між людиною з деменцією та членами сім'ї, разом згадуючи події минулого для того, щоб зберегти особисту ідентичність і зв'язок один з одним [45]. Miron A.M. et al. (2019) виявили, що в ефективних сім'ях онуки часто заохочують своїх дідусів і бабусь з деменцією згадувати своє минуле і розповідати їм свою історію з наміром допомогти їм зберегти своє самопочуття та особистість; це допомагає їм зберегти психологічний зв'язок зі своїм родичем, підтримуючи те, що автори характеризують як «солідарність поколінь» [79]. Це повністю узгоджується з даними інших авторів, які виявили, що спонукання пацієнтів з деменцією до спогадів і використання сімейних наративів у такий спосіб є основою для захисту позиціонування людини з деменцією в сімейній системі та її історії [75, 77, 80]. При цьому люди з деменцією використовують невербальне спілкування, щоб пом'якшити труднощі зі словесною плавністю та називанням, що також треба враховувати при комунікації (Hyden L.C., 2014) [181]. Miron A.M. et al. (2019) [79], Walmsley B.D., McCormack L. (2014) [77] повідомляють, що онуки успішно використовували сучасні цифрові технології, такі, як електронні фотоальбоми, щоб стимулювати розмову зі своїм дідусем і бабусею з деменцією [77, 79]. Ефективними для налагодження комунікації між пацієнтами з деменцією та їхніми онуками виявилися спільні заходи, такі як перегляд фотографій, випічка, ігри чи рукоділля, які дозволяли зняти акцент з розмови та створити можливості для більш спонтанного, природного спілкування [80]. Загалом, співпраця між членами сім'ї під час значущої діяльності може істотно покращити спілкування з родичами з деменцією; працюючи у партнерстві для вирішення проблем та виконання завдання, члени родини одночасно більш ефективно використовують мовне спілкування, знаходячи нові підходи до вирішення комунікативних проблем зі своїми родичами з деменцією [75, 76].

Водночас, спілкування з родичем, хворим на деменцію, взагалі є доволі складним, особливо для молодших членів родини: підлітки наголошували на

труднощах спілкування зі своїми дідусям і бабусею, чия особистість постійно змінювалася під впливом деменції, що породжувало небажання взаємодіяти з ними [80].

Tyrrell M. et al. (2019) пропонують прийняти особистісно-орієнтований підхід як основу для задоволення індивідуальних потреб сімей, які доглядають за пацієнтами з деменцією, і зазначають, що члени таких родин відчують брак знань і навичок у реагуванні на поведінкові та когнітивні зміни у психіці родичів з деменцією, за якими вони здійснюють догляди, а також про способи боротьби з власним почуттям вразливості та ізоляції [182].

Аналізуючи досвід родичів пацієнтів з деменцією, Harris M.L., Titler M.G. (2022) дослідили стратегії, які опікуни використовували для сприяння власному благополуччю та добробуту своїх родичів, і виділили дві основні сфери, пов'язані з цим: загальні стратегії управління та стратегії догляду, пов'язані з емоційними, психологічними та поведінковими реакціями людини з поведінковими та психологічними порушеннями. Загальні стратегії управління включали загальні стратегії лікування, такі як стратегії самообслуговування (для себе та для своїх родичів), стратегії для допомоги в орієнтації та для догляду за нетриманням сечі. При цьому опікуни наголошували на важливості дотримання розпорядку дня, і підкреслювали цінність почуття гумору для подолання емоційного стресу. При цьому в цілому учасники дослідження визнали обмежену користь підтримки з боку медичних служб. Описуючи стратегії догляду, які вони використовували для підтримки емоційних, психологічних і поведінкових реакцій своїх родичів, учасники дослідження визначили важливість перегляду власних перспектив і поведінки, а також способів уникання складних ситуацій. Корисними стратегіями для боротьби з гнівом, хвилюванням і занепокоєнням виявилися спілкування з домашніми тваринами, зокрема, з собаками, різні методи відволікання (наприклад, музика, аудіокниги, поїздки в автомобілі, їжа), вправи на уважність, ведення щоденника, фізичні вправи (наприклад, тай-чи, йога, прогулянки). Водночас, навіть попри використання різних стратегій подолання стресу, більшість опікунів все одно

визначали тривогу, гнів і хвилювання як такі емоції, з якими важко впоратися. Серед стратегій, які виявилися корисними при параної, опікуни визначили ствердження та заспокоєння, тоді як раціоналізація і переорієнтація виявилися менш корисними. Більшість специфічних стратегій щодо сну також сприймалися опікунами як менш корисні (наприклад, ліки, окуляри з синім світлом), за винятком планового регулярного денного сну для їхніх хворих родичів, який виявився корисним для багатьох опікунів. Щодо медикаментозного втручання, його оцінки виявилися неоднозначними: деякі опікуни зазначали покращення симптомів під впливом медикаментозного лікування із застосуванням антидепресантів, анксиолітиків та снодійних засобів, тоді як інші вважали ліки не корисними для їхніх родичів [34].

Розвиток сучасних інтерактивних технологій відкриває нові можливості для підтримки осіб, які здійснюють догляд за хворими з деменцією. Телемедичні технології можуть використовуватися для консультування, навчання, психосоціальної терапії, соціальної підтримки і клінічного догляду за пацієнтами, що забезпечить підтримку опікунів хворих з деменцією, сприятиме суттєво кращій їх адаптації, а також позитивно впливатиме на якість догляду за хворим (Chi N.C., Demiris G., 2015) [183].

Інтерактивні технології є особливо корисними в умовах, де безпосередня психологічна і соціальна допомога з боку відповідних служб у традиційних форматах утруднена через віддаленість або відсутність відповідних ресурсів у громад (Kabir Z.N. et al., 2020) [184].

Guay C. et al. (2017) вважають, що інтернет-втручання, які зосереджені на професійній та соціальній підтримці опікунів літніх людей з інтерактивними способами надання інструкцій щодо правил поведінки і вирішення проблем у складних ситуаціях, є найбільш корисними, і можуть призвести до позитивних результатів для опікунів [185].

Останніми роками у різних країнах світу впроваджуються інтерактивні програми для підтримки осіб, які здійснюють догляд за хворими з деменцією; ці

програми започаткували новий напрямок підтримки опікунів хворих на деменцію і зменшення стресового навантаження на них [184].

Прикладом такої програми є європейський проект RHAPSODY, який зосереджений на дослідженні і стратегіях при деменції; цей проект надає інформацію в мережі Інтернет і пропонує програму розвитку і удосконалення навичок для осіб, які здійснюють догляд за хворими [186]. Результати впровадження проекту RHAPSODY свідчать про популярність його у опікунів, і позитивний результат веб-втручань щодо зменшення у них проявів психоемоційного стресу [187].

Популярними інтернет-ресурсами для родичів пацієнтів з хворобою Альцгеймера є повністю автоматизована веб-програма психоосвіти для неофіційних опікунів пацієнтів «Diarason» [188] та проект «Health e-Brain», яке зосереджується на наданні підтримки особам, які доглядають за хворими на хворобу Альцгеймера за допомогою технологій з використанням протоколу, наданого через веб-портал дослідження [189].

Позитивні результати продемонструвала також короткострокова телефонна індивідуальна програма втручання з використанням підходу когнітивно-поведінкової терапії. Аналіз результатів впровадження цієї програми виявив позитивний довготривалий вплив на емоційне благополуччя, стан здоров'я, соматичні скарги та якість життя опікунів хворих з деменцією [190].

Kabir Z.N. et al. (2020) наголошують, що багато родичів, які здійснюють догляд за хворими з деменцією, мають достатній рівень цифрової грамотності, активно користуються смартфонами та іншими цифровими пристроями, однак існує явний дефіцит інтерактивних та зручних мобільних застосунків, орієнтованих на підтримку родичів пацієнтів. Автори презентували мобільний застосунок, спеціально створений для сімейних опікунів осіб з деменцією, на покращення їх психічного здоров'я та якості життя. Первинним результатом впровадження цього застосунку є зменшення стресу сімейних опікунів осіб з деменцією, вторинним результатом – зменшення симптомів депресії, зменшення

самотності і поліпшення якості життя осіб, які доглядають за пацієнтами з деменцією. Застосунок орієнтований на дорослих, які надають догляд за пацієнтом, мають смартфон або планшет і доступ до Інтернету; учасниками програми є також медичні працівники (медичні сестри або їх помічники, лікарі та психологи які спеціалізуються на догляді за хворими на деменцію та надають підтримку людям з деменцією та їхнім сімейним опікунам). Застосунок містить інструменти для оцінки стану здоров'я опікунів, зокрема, самооцінку стресу, симптомів депресії, самотності, якості життя та самооцінки здоров'я; можливість спілкуватися за допомогою чату з іншими родичами пацієнтів з деменцією, які інсталиували цей застосунок, для підтримки за принципом «рівний рівному», обмінюватися інформацією та ідеями щодо вирішення проблем у догляді за людьми з деменцією, а також надання інформації про підтримку, яку родичі можуть отримати від своєї територіальної громади; інтерактивний щоденник, де родичі фіксують будь-які події, які можуть бути стресовими для них або засмучувати їх, наприклад, зміни поведінки пацієнтів, щоб отримати підтримку від фахівців. У застосунку передбачені також інтерактивні справи на уважність для родичів і сповіщення про інформацію і події спільноти [184].

Водночас, впровадження сучасних веб-технологій підтримки родичів хворих з деменцією стикається з певними труднощами, пов'язаними з тим, що опікуни пацієнтів часто самі є літніми людьми, які важко опановують високотехнологічні пристрої, тому для них доцільніше використовувати низькотехнологічні платформи (наприклад, смартфони), а також пристрої, які створюють зручні для користувача нагадування [191].

Reyes A.M. et al. (2021) зазначають, що на додаток до модифікованих програм соціальної підтримки необхідні стратегії догляду, які можна використовувати вдома, не покладаючись на особисте спілкування; при цьому, оскільки майже третина пацієнтів не мали доступу до цифрових технологій, необхідні також стратегії підтримки, які не залежать від доступу до Інтернету [192].

Дані досліджень свідчать, що родичі, які доглядають за хворими на деменцію і пройшли навчання за програмами психоосвіти, фізичної активності, трудотерапії або багатокomпонентного втручання, мають значно кращі показники якості життя у психічній та фізичній сферах, що дає підстави вважати ці програми дієвим засобом підтримки опікунів, які здійснюють догляд за хворими з деменцією [193-197]. Однак, потрібні додаткові дослідження, що дозволили б визначити шляхи удосконалення існуючих систем підтримки сімей, де проживає хворий на деменцію [198-202].

Висновки до розділу 1.

Таким чином, аналіз сучасної наукової літератури з проблеми психічних наслідків догляду за родичем, хворим на деменцію, свідчить про актуальність цієї проблеми, її вагоме медичне та соціальне значення.

Родичі, які здійснюють догляд за хворими з деменцією, зазнають серйозного стресового впливу, пов'язаного з погіршенням спілкування, когнітивними порушеннями, поведінковими змінами та афективними розладами у хворих. Результатом цього впливу є значна ураженість родичів, які доглядають за хворими, депресивними і тривожними розладами, розладами сну, психосоматичною симптоматикою, а також істотне погіршення їх якості життя та психосоціального функціонування.

Водночас, важливі питання, пов'язані з особливостями психоемоційного реагування та психосоціальної дезадаптації родичів, які доглядають за хворими з деменцією залишаються нез'ясованими, а наукові дані щодо них неповними та суперечливими. Потребують уточнення індивідуально-психологічні характеристики, що можуть сприяти або, навпаки, запобігати розвитку порушень психічної сфери, особливості проявів психопатологічної симптоматики, а також залежність різних варіантів порушень психічного функціонування від мікросоціального оточення. Особливої уваги потребують питання удосконалення корекційних заходів з усунення несприятливих

наслідків впливу стресу догляду за хворим з деменцією на психоемоційну сферу родичів; наразі ці заходи є недостатньо ефективними.

Виходячи з викладеного, можна зробити висновок про своєчасність і актуальність обраної теми дослідження, наявність кола питань, які наразі не вирішені і наукові дані з яких є суперечливими, що обґрунтовує необхідність даного дослідження.

РОЗДІЛ 2

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ОБСТЕЖЕНИХ ХВОРИХ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Дизайн дослідження

З урахуванням визначених нами мети і завдань дослідження, воно було виконано у три етапи (рис. 2.1).

Перший етап – підготовчий, на ньому нами було проведено аналіз сучасної літератури з проблеми психічної дезадаптації родичів пацієнтів з деменцією, окреслено коло невирішених питань, визначено мету і завдання дослідження, розроблено його методологію і сформовано комплекс психодіагностичних методик для вирішення завдань дослідження. На цьому етапі було визначено критерії включення і виключення у дослідження, а також одержано дозвіл етичної комісії на проведення дослідження.

Другий етап – дослідницький, на ньому було проведено клініко-психіатричне обстеження і комплексне психодіагностичне обстеження родичів пацієнтів з деменцією, сформовано електронну базу, в яку були внесені результати обстежень. Наприкінці цього етапу нами був проведений статистичний аналіз одержаних даних і визначено результати дослідження, що лягли в основу розробленої нами системи диференційованої корекції і профілактики психічної дезадаптації у родичів хворих на деменцію.

Третій етап – корекційно-аналітичний, на ньому було розроблено систему диференційованої корекції і профілактики психічної дезадаптації у родичів хворих на деменцію, сформовано групи втручання та контролю, а також проведено порівняльну оцінку ефективності запропонованої системи корекції у порівнянні зі стандартною терапією. На цьому етапі було сформовано рекомендації за результатами аналізу ефективності запропонованої нами схеми.

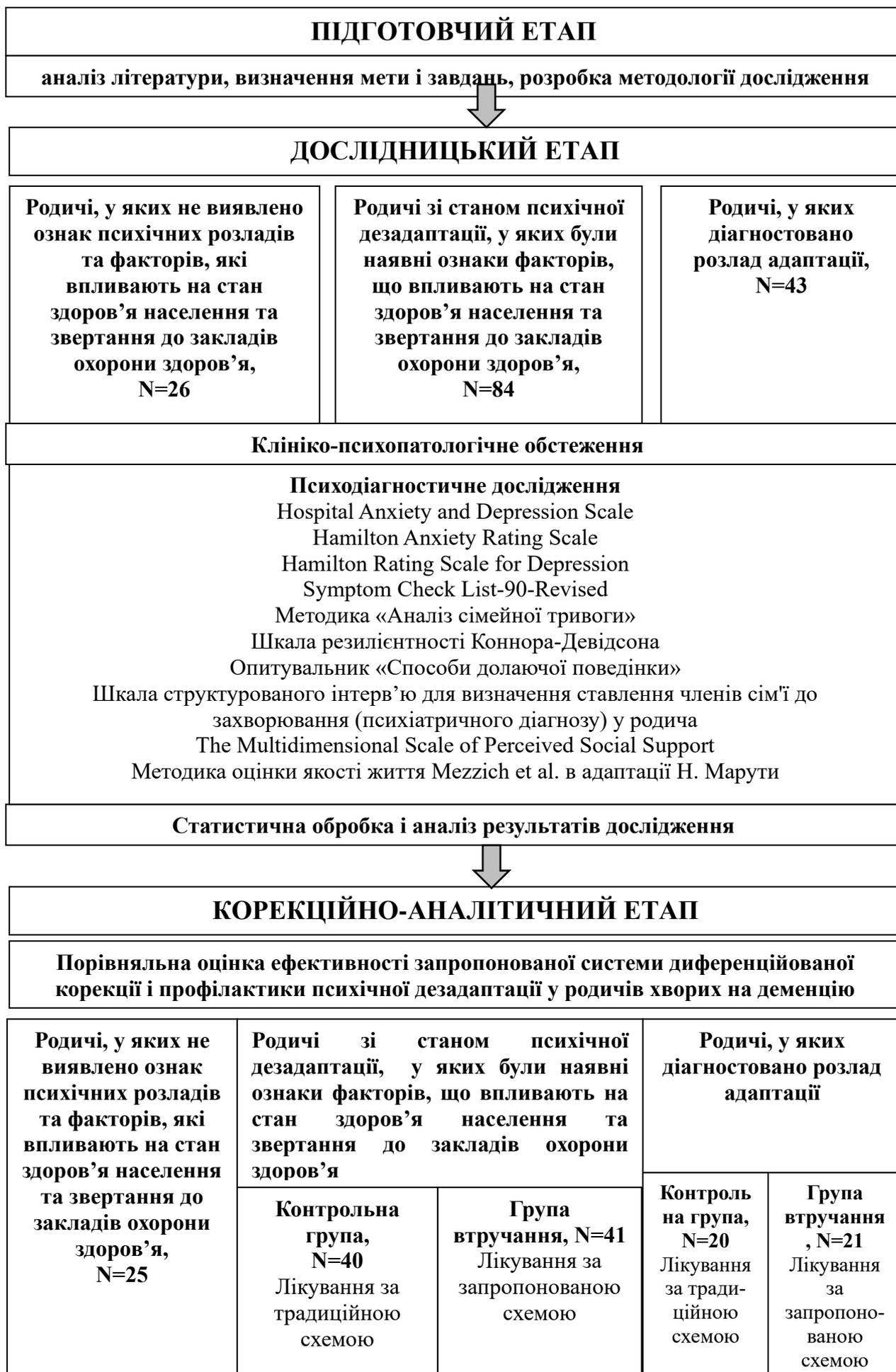


Рис. 2.1. Дизайн дослідження

Відбір пацієнтів для дослідження проводився суцільним методом. До дослідження були залучені родичі хворих з встановленим діагнозом деменції відповідно до критеріїв МКХ-10, які зверталися за медичною допомогою до клінічних баз кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Дніпровського державного медичного університету та Комунального некомерційного підприємства «Клінічна лікарня швидкої медичної допомоги» Дніпровської міської ради протягом 2021-2025 років. Всього було обстежено 153 родича (діти), які спільно проживали і здійснювали догляд за пацієнтами з деменцією.

Критерії включення були: особи чоловічої та жіночої статі віком від 18 до 60 років з підтвердженим діагнозом деменція у родича, надання усвідомленої письмової згоди на участь у дослідженні.

Критерії виключення: вік пацієнтів менше 18 і більше 60 років; наявність на момент огляду або в анамнезі важких психічних розладів, хронічних соматичних та неврологічних захворювань, відмова пацієнта від участі в дослідженні.

За результатами клініко-психопатологічного огляду усі обстежені родичі були розподілені на три групи.

До першої групи (група 1 – Г1), чисельністю 26 осіб, були віднесені родичі, у яких не виявлено ознак психічних розладів та факторів, які впливають на стан здоров'я населення та звертання до закладів охорони здоров'я.

До другої групи (група 2 – Г2), чисельністю 84 особи, були віднесені родичі, у яких були наявні ознаки факторів, що впливають на стан здоров'я, тобто, стани дезадаптації (коди за МКХ-10 Z63.10 «Проблеми взаємовідносин з батьками та родичами чоловіка чи дружини», Z63.20 «Недостатня підтримка сім'ї», Z63.60 «Залежний член сім'ї, який потребує догляду в домашніх умовах», Z63.70 «Інші стресові життєві події, що впливають на сім'ю та її членів», Z63.80 «Інші уточнені проблеми, пов'язані з найближчим оточенням», Z63.90 «Проблема, пов'язана з найближчим оточенням, неуточнена»).

До третьої групи (група 3 – Г3), чисельністю 43 особи, були віднесені родичі, у яких діагностовано розлад адаптації (код F43.2) відповідно до критеріїв МКХ-10.

Усі обстежені родичі пацієнтів були поінформовані про мету, завдання та методологію дослідження, можливі ризики та вигоди, що пов'язані з участю у дослідженні, і надали інформовану згоду на участь у ньому.

Дослідження виконано у відповідності до Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації щодо етичних принципів проведення наукових медичних досліджень за участю людини 1964 – 2000 років, Global Clinical Practice 2018 року та Конвенції Ради Європи про права людини та біомедицину 1997 року. Методологія дослідження пройшла біоетичну експертизу і схвалена комісією з біоетики Дніпровського державного медичного університету.

Для об'єктивної оцінки ефективності запропонованої нами системи диференційованої корекції і профілактики психічної дезадаптації у родичів хворих на деменцію було сформовано три групи, аналогічні дослідницьким групам. У групах родичів з ознаками психічної дезадаптації та родичів з порушенням адаптації було виділено по дві підгрупи: контрольну, учасники якої отримували стандартну терапію відповідно до чинних клінічних протоколів, групу втручання, учасники якої пройшли повний курс запропонованої системи заходів. У процесі лікування частина родичів вибула з-під спостереження внаслідок причин, не пов'язаних з проведенням корекції. В результаті цього, оцінка ефективності запропонованої схеми проводилася, спираючись на результати аналізу:

1) 25 родичів, у яких не виявлено ознак психічних розладів та факторів, які впливають на стан здоров'я населення та звертання до закладів охорони здоров'я;

2) 81 особа, у яких були наявні ознаки психічної дезадаптації, з яких 40 особам проводилася стандартна терапія (контрольна група), а інші 41 респонденти отримували запропоновану схему терапії (група втручання);

3) 41 родич з розладом адаптації з яких 20 особам проводилася стандартна терапія (контрольна група), а інші 21 – отримували запропоновану схему (група втручання).

Остаточна оцінка результатів використання запропонованої схеми проводилася через 6 місяців після її початку. Психодіагностичне обстеження проводилося відповідно до програми дослідження.

2.2. Методи дослідження

При виконанні дослідження нами були використані клініко-психопатологічний, психодіагностичний методи, і методи статистичної обробки даних.

2.2.1. Клініко-психіатричний огляд. Клініко-психіатричний огляд проводився відповідно до загальних принципів психіатричного огляду та клініко-психопатологічного обстеження, встановлених Законом України «Про психіатричну допомогу», і був організований за принципом напівструктурованого клінічного інтерв'ю. Під час психіатричного огляду також з'ясовувалися і верифікувалися клініко-анамнестичні дані щодо проживання з родичем, хворим на деменцію, встановлювався психологічний контакт з обстежуваним для забезпечення максимальної взаємодії в процесі дослідження, а також надавалася необхідна інформація для прийняття обстежуваним усвідомленого рішення про участь у дослідженні.

Встановлення діагнозу розладу адаптації (код за МКХ-10 F43.2), а також визначення наявності ознак факторів, що впливають на стан здоров'я (коди за МКХ-10 Z63.10 «Проблеми взаємовідносин з батьками та родичами чоловіка чи дружини», Z63.20 «Недостатня підтримка сім'ї», Z63.60 «Залежний член сім'ї, який потребує догляду в домашніх умовах», Z63.70 «Інші стресові життєві події, що впливають на сім'ю та її членів», Z63.80 «Інші уточнені проблеми, пов'язані з найближчим оточенням», Z63.90 «Проблема, пов'язана з найближчим оточенням, неуточнена») проводилися відповідно до критеріїв МКХ-10.

2.2.2. Психодіагностичний метод. Для комплексної психодіагностики були використані наступні методики.

Оцінка виразності тривоги і депресії проводилася з використанням госпітальної шкали тривоги і депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale,

HADS) [203], яка була запропонована A.S. Zigmond, R.P. Snaith у 1983 році для оцінки депресивних і тривожних симптомів у загальномедичній практиці. Опитувальник складається з 14 тверджень, які обстежуваний самостійно оцінює за шкалою Лайкерта від 0 до 4 балів. Сім з 14 тверджень стосуються тривоги, і сім – депресії. Сумарний показник за шкалами тривоги і депресії оцінюється наступним чином: при значенні показника до 7 балів включно констатується відсутність симптомів тривоги або депресії, при значенні показника від 8 до 10 балів – субклінічно виражена тривога або депресія, і при значенні показника 11 балів і вище – клінічно виражена тривога або депресія.

Оцінка тривоги проводилася за допомогою Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) [204] – клінічної шкали, запропонованої М. Hamilton (1959) для оцінки лікарем-психіатром наявності та виразності проявів тривоги. Складається з 14 пунктів, які оцінюють виразність тривожного настрою, напруження, страху, порушень сну, когнітивних порушень, депресивного настрою, соматичних м'язових і сенсорних симптомів, серцево-судинних, дихальних, шлунково-кишкових, урологічних і вегетативних симптомів, а також поведінку пацієнта при огляді. Виразність кожного симптому співставляється з еталонною шкалою і оцінюється за шкалою Лайкерта від 0 до 4 балів. Сумарний показник балів за всіма симптомами складає показник тривоги, який інтерпретується як відсутність ознак тривоги при значенні показника до 17 балів включно, як тривожний розлад середньої виразності при значенні показника від 18 до 24 балів, і як важка тривога при значенні показника 25 балів і більше. Крім загальної виразності тривоги, оцінюється також окремо виразність психічної і соматичної тривоги.

Оцінка депресії проводилася з використанням Hamilton Rating Scale for Depression (HRDS) [205] – клінічної шкали, запропонованої М. Hamilton (1960) для оцінки лікарем-психіатром наявності та інтенсивності депресивних проявів. Містить 17 основних пунктів і 4 додаткових, які охоплюють широкий спектр депресивних симптомів: депресивний настрій, почуття провини, суїцидальні наміри, раннє, середнє та пізнє безсоння, працездатність і активність, загальмованість, ажитація, психічна тривога, соматична тривога, шлунково-

кишкові симптоми, загальні соматичні симптоми, генітальні симптоми, іпохондрія, втрата ваги і критичність (основні симптоми); добові коливання настрою, деперсоналізація та дереалізація, параноїдальні симптоми, obsесивні та компульсивні симптоми (додаткові симптоми). Виразність кожного симптому співставляється з еталонною шкалою і оцінюється в балах від 0 до 4 або до 2 балів, в залежності від симптому. Сума балів за основними симптомами складає показник депресії, який інтерпретується як відсутність депресії при значенні показника до 7 балів включно, як легка депресія при значенні показника від 8 до 16 балів, як депресія середньої важкості при значенні показника від 17 до 27 балів, і як важка депресія – при значенні показника 28 балів і більше. Крім основного показника депресії, визначалася також виразність окремих видів депресії – адинамічної депресії, ажитованої депресії, депресії зі страхом та недиференційованої депресії.

Оцінка психопатологічних проявів проводилася з використанням опитувальника Symptom Check List-90-Revised (SCL-90-R) [206], запропонованого L. Derogatis et al. (1995) для оцінки широкого кола психопатологічних симптомів. Містить 90 запитань, відповідь на які оцінюється за шкалою Лайкерта від 0 до 4 балів. Опитувальник дозволяє провести оцінку виразності дев'яти симптомів: соматизації (соматичної дисфункції), obsесивно-компульсивної симптоматики, міжособистісної сензитивності (відчуття неповноцінності у порівнянні з іншими), депресії, тривожності, ворожості (афекту злості), фобічної тривожності (страх в присутності певних людей або при певних ситуаціях), паранояльних симптомів, психотизму (ізолювана поведінка). Виразність кожного симптому оцінювалася окремо, крім того, за спеціальними формулами обраховувалися показники General Symptomatical Index (GSI), Positive Symptomatical Index (PSI) та Positive Distress Symptomatical Index (PDSI).

Стан сімейної тривоги оцінювався за допомогою методики «Аналіз сімейної тривоги» [207], запропонованої Е. Ейдемільером та В. Юстицькісом (2009) для вимірювання тривоги (страхи і побоювання, що стосуються здоров'я членів сім'ї, їх поведінки та сімейних конфліктів) у членів родини. Складається з 21

твердження, що оцінюється за бінарною шкалою. Результат представляється у вигляді показника за шкалами сімейної провини (неадекватне почуття індивідом провини та відповідальності за негативні події, які відбуваються у сім'ї), сімейної тривожності (почуття, що події, які відбуваються у сім'ї, не залежать від індивіда) та сімейної напруженості (почуття надмірного тягара від виконання сімейних обов'язків), а також як сумарний показник сімейної тривоги.

Резилієнтність оцінювалася за шкалою резилієнтності Коннора-Девідсона в адаптації [208]. Резилієнтність розглядається як процес, що забезпечує успішну адаптацію індивіда до складних життєвих обставин переважно за рахунок інтелектуальної, емоційної та поведінкової гнучкості і пристосування до зовнішніх і внутрішніх вимог [209]. Методика включає 10 пунктів, відповіді на які даються за п'ятибальною шкалою Лайкерта, де 0 балів відповідає «повністю невірно», а 4 балам – «вірно майже у всіх випадках». Показник резилієнтності є сумою балів за всіма 10 твердженнями. При значенні показника до 15 балів резилієнтність оцінювалася як низька, при значенні показника від 16 до 20 балів – як нижча за середній рівень, при значенні показника від 21 до 25 балів – як середній, 26-30 балів – вищий за середній, 31 бал і більше – як високий рівень резилієнтності.

Визначення копінг-репертуару проводилося за допомогою опитувальника «Способи долаючої поведінки», запропонованого S. Folkman and R. Lazarus (1988) [210], що розроблений для визначення копінг-механізмів, копінг-стратегій і способів подолання складних життєвих ситуацій. Під копінговою поведінкою розуміють цілеспрямовану соціальну поведінку, що дає індивіду можливість долати складні життєві ситуації і пов'язаний з ними стрес за допомогою опосередкованих усвідомленими стратегіями дії способами, характерних для певного особистісного патерну. У використаній методиці вирізняють 8 базових різновидів копінгу: конфронтація, що характеризується прагненням розв'язати проблемну ситуацію шляхом поведінкової активності (іноді нецілеспрямованої) і реалізації дій, спрямованих на зміну стресової ситуації або на відреагування негативних емоцій, пов'язаних з нею; дистанціювання, що характеризується

суб'єктивним зниженням значущості стресової ситуації та ступеня емоційної залученості індивіда; самоконтроль, що полягає у цілеспрямованому придушенні і стримуванні емоцій, пов'язаних зі стресовою ситуацією і свідомим контролем за поведінкою; пошук соціальної підтримки, що полягає у залученні соціальних ресурсів і підтримки (дієвої, інформаційної або емоційної); прийняття відповідальності, що полягає у покладанні індивідом на себе відповідальності за виникнення і вирішення проблеми; втеча-уникнення, що полягає у спробах зменшити негативні переживання через фантазування, заперечення проблеми, відволікання тощо; планування вирішення проблеми, що полягає у цілеспрямованому аналізі ситуації і плануванні дій з урахуванням актуальної ситуації, власного досвіду і ресурсів; і позитивна переоцінка, що полягає у позитивному переосмисленні проблеми і сприйняття її як стимулу для розвитку особистості. Опитувальник містить 50 тверджень, відповіді на які даються за шкалою Лайкерта, від 0 до 3 балів. Домінуючим вважається копінг, який набрав найбільшу суму балів.

Оцінка ставлення членів родини до захворювання у родича проведена з використанням шкали структурованого інтерв'ю для визначення ставлення членів сім'ї до захворювання (психіатричного діагнозу) у родича [211], запропонованої В.А. Абрамовим і співавт. (2009). Шкала містить 18 тверджень, на які обстежуваному пропонується дати відповідь, обравши один з трьох варіантів – не згоден (0 балів), не знаю (1 бал), згоден (2 бали). За результатами методики визначається тип ставлення до психічного захворювання у родича: адекватне, драматизуюче або негативне (деструктивне). Адекватне ставлення полягає у розумінні індивідом реальної ситуації, важкості хвороби, свідомої готовності виконувати лікувальні рекомендації, розуміння реальних можливостей лікувальних заходів. Адекватне ставлення дозволяє прийняти факт захворювання у родича і пов'язані з цим проблеми. При драматизуючому ставленні спостерігається переоцінка важкості захворювання у родича, що супроводжується розгубленістю, неспокоєм, почуттям провини та недовірою до лікування, концентрацією на негативних наслідках хвороби. При негативному

(деструктивному) ставленні хвороба родича ігнорується або не розуміється, для цього типу характерно усунення від участі у долі пацієнта, пасивне ставлення до ситуації і невіра у терапевтичну перспективу. Провідним вважається тип ставлення до хвороби, сума балів за яким є найбільшою.

Для визначення рівня соціальної підтримки використано мультидисменсійна шкалу сприйманої соціальної підтримки The Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) Zimet et al. [212]. Методика визначає стан суб'єктивного сприйняття соціальної підтримки індивідом за трьома сферами: соціальної підтримки сім'ї, соціальної підтримки друзів, та соціальної підтримки значущих інших. Опитувальник містить 12 тверджень, на які обстежуваному пропонується дати відповідь за шкалою Лайкерта, від 0 балів (абсолютно не згоден) до 6 балів (абсолютно згоден). Підрахунок балів проводиться за кожною сферою окремо, також обчислюється загальний показник, який є сумою балів за окремими сферами.

Оцінка якості життя проводилася за допомогою методики Mezzich et al. (1999) в адаптації Н. Марути (2001) [213]. Містить 10 питань, що стосуються різних сфер якості життя, які пропонується оцінити за 10-бальною шкалою. Переваги даної методики полягають у можливості визначення якості життя окремо за кожною з 10 сфер: фізичного благополуччя (енергійність, відсутність болю і соматичних проблем); психологічного (емоційного) благополуччя (позитивне психологічне самопочуття і задоволеність собою); самообслуговування і незалежності дій (здатність до повсякденної діяльності і прийняття рішень); працездатності (виконання професійних обов'язків або навчання); міжособистісної взаємодії (позитивні відносини з родиною, друзів та соціальним оточенням); соціоемоційної підтримки (позитивно налаштоване оточення); громадської і службової підтримки (безпека і доступ до ресурсів); особистісної реалізації (відчуття задоволення у різних сферах життя); духовної реалізації (віра і релігійність); загального сприйняття життя (задоволеність життям взагалі), а також за інтегральними шкалами суб'єктивного благополуччя / задоволеності, виконання соціальних ролей та зовнішніх життєвих умов. Крім

того, обчислюється загальний показник якості життя, який є сумою показників за окремими шкалами.

2.2.3. Статистичний метод.

Під час статистичного аналізу даних виконувалася описова статистика і проводився аналіз розбіжностей і кореляцій. Аналіз розбіжностей у категоризованих ознаках проводився за допомогою точного критерію Фішера та критерію χ^2 -квадрат Пірсона. Аналіз розбіжностей у кількісних даних виконаний з використанням непараметричного тесту Манна-Уїтні для незалежних вибірок і тесту знаків для залежних вибірок. Кореляційний аналіз проведений за допомогою методу рангової кореляції Спірмена [214-218].

Висновки до розділу 2.

Дизайн дослідження містив три етапи. Дослідження здійснювалось у відповідності до Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації щодо етичних принципів проведення наукових медичних досліджень за участю людини 1964 – 2000 років, Global Clinical Practice 2018 року та Конвенції Ради Європи про права людини та біомедицину 1997 року. За критеріями включення, вибірку дослідження становили 153 особи – родичі (діти), які спільно проживали і здійснювали догляд за пацієнтами з деменцією. За критерієм стану психічної сфери було виділено три групи обстежених: 26 осіб без ознак психічної дезадаптації, 84 особи зі станами психічної дезадаптації донозологічного рівню, та 43 особи з клінічно окресленим розладом адаптації. На етапі визначення ефективності було сформовано три групи, аналогічні дослідницьким групам, в яких було виділено по дві підгрупи: контрольну, учасники якої отримували стандартну терапію відповідно до чинних клінічних протоколів, групу втручання, учасники якої пройшли повний курс запропонованої системи заходів. Групи обстежених були співставними за базовими соціально-демографічними показниками.

Використані у дослідженні методи, включаючи клініко-психіатричний огляд, психодіагностичне обстеження та статистичний аналіз, повністю відповідають меті і завданням дослідження, і адекватні їм.

Таким чином, отримані в ході дослідження результати є репрезентативними та такими, що можуть ілюструвати тенденції генеральної сукупності.

РОЗДІЛ 3

ПСИХОПАТОЛОГІЧНА ФЕНОМЕНОЛОГІЯ ТА ЧИННИКИ ФОРМУВАННЯ,
ПСИХІЧНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ У РОДИЧІВ ХВОРИХ НА ДЕМЕНЦІЮ

3.1. Клініко-психопатологічний аналіз стану психічної сфери родичів пацієнтів з деменцією: варіативність психопатологічних феноменів

При дослідженні виразності депресії за HDRS були виявлені значущі розбіжності між групами (табл. 3.1, рис. 3.1).

Таблиця 3.1

Кількісні показники виразності депресії за шкалою HDRS (у балах)

Показник	Група			p		
	Г1 (n=26)	Г2 (n=84)	Г3 (n=43)	1-2	1-3	2-3
Загальний показник депресії	7,96±3,07	11,46±5,21	15,21±3,48	<0,01	<0,01	<0,01
Адинамічна	4,92±2,30	7,74±3,62	9,16±3,04	<0,01	<0,01	<0,05
Ажитована	4,35±2,02	5,55±2,86	7,70±1,93	<0,05	<0,01	<0,01
Зі страхом	2,81±1,58	3,71±2,05	5,19±1,55	<0,05	<0,01	<0,01
Недиференційована	1,42±1,50	2,65±1,88	3,81±1,53	<0,01	<0,01	<0,01

Так, загальний показник депресії за HDRS у обстежених Г1 був найменшим з усіх досліджених груп, і склав 7,96±3,07 балів, що відповідає верхній межі норми, ближче до легкої депресії. У обстежених Г2 показник депресії був значуще ($p<0,01$) вищим, і склав 11,46±5,21 балів, що відповідає легкій депресії. У обстежених Г3 показник депресії був найвищим з усіх груп і склав 15,21±3,48 балів, що відповідає депресії середньої тяжкості, ближче до легкої.

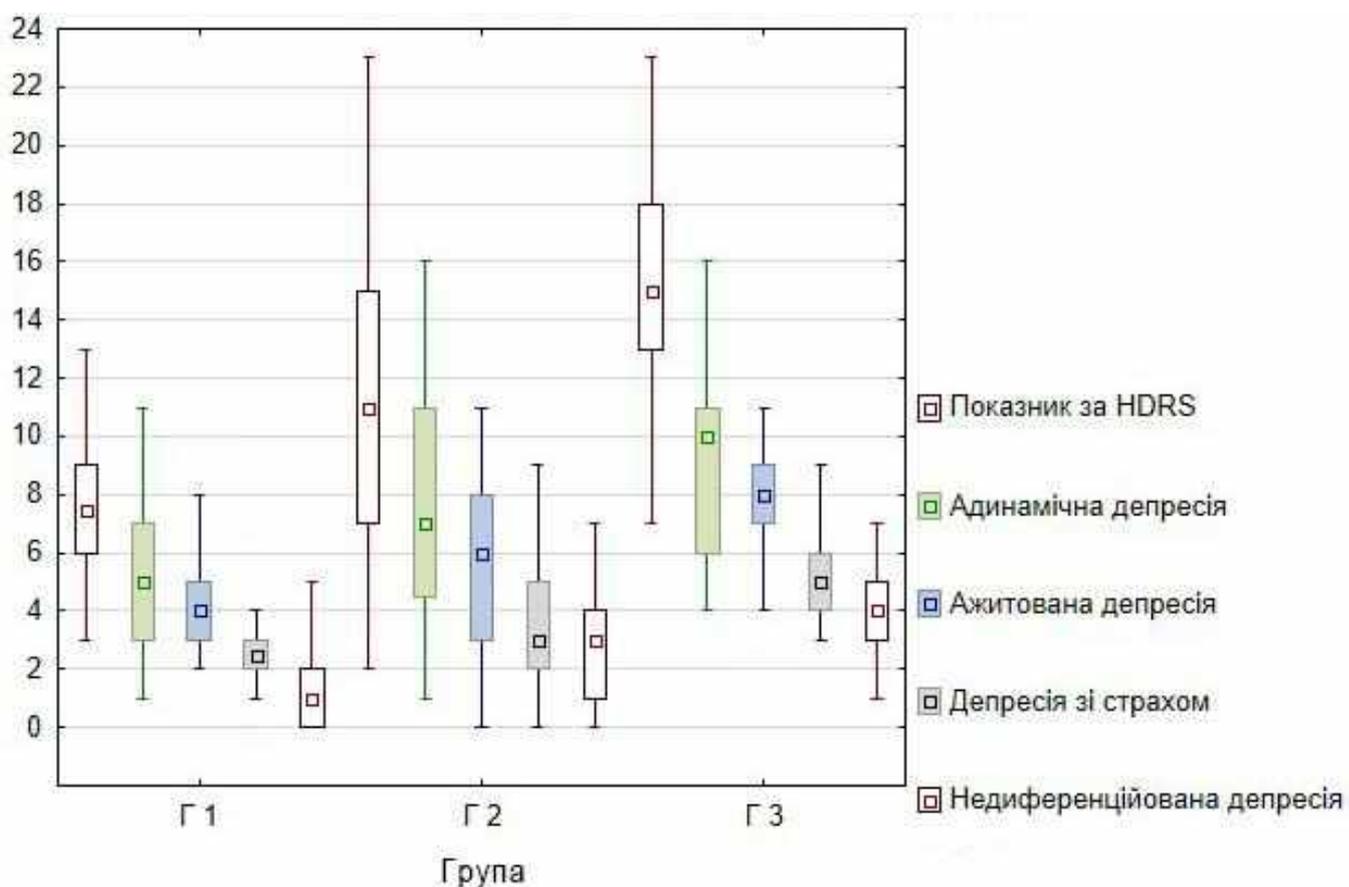


Рис. 3.1. Показники за шкалою HDRS у балах (квадратом позначено медіану значень, прямокутниками – міжквартильний діапазон, горизонтальними рисками – граничні значення показників)

При аналізі розподілу обстежених на групи за рівнями депресії за шкалою HDRS було виявлено, що більшість обстежених Г1 належали до групи з легкими проявами депресії (65,4%), значною була також питома вага осіб з відсутністю ознак депресії (30,8%), депресія середньої важкості виявлена в одиничному випадку, а осіб з важкою депресією у цій групі не було виявлено (табл. 3.2, рис. 3.2).

Таблиця 3.2

Розподіл обстежених осіб за рівнями депресії за HDRS

Рівень виразності депресії	Група						р		
	Г1 (n=26)		Г2 (n=84)		Г3 (n=43)		р 1-2	р 1-3	р 2-3
	абс.	%	абс.	%	абс.	%			
Відсутня	8	30,8	17	20,2	0	0,0	>0,05	<0,01	<0,01

Легка	17	65,4	35	41,7	14	32,6	<0,05	<0,01	>0,05
Середньої важкості	1	3,8	29	34,5	22	51,2	<0,01	<0,01	>0,05
Важка	0	0,0	3	3,6	7	16,2	>0,05	<0,05	<0,05
Всього	26	100	84	100	43	100			

Натомість, у обстежених Г2 питома вага осіб з легкою депресією та депресією середньої важкості була близькою (41,7% та 32,6% відповідно), питома вага осіб з відсутністю ознак депресії склала 20,2%, а осіб з важкою депресією – 3,6%. У групі Г3 важкість депресії була найбільшою: осіб з відсутністю ознак депресії у цій групі не було виявлено, 32,6% обстежених мали ознаки легкої депресії, 51,2% – депресії середньої важкості, і 16,2% – важкої.

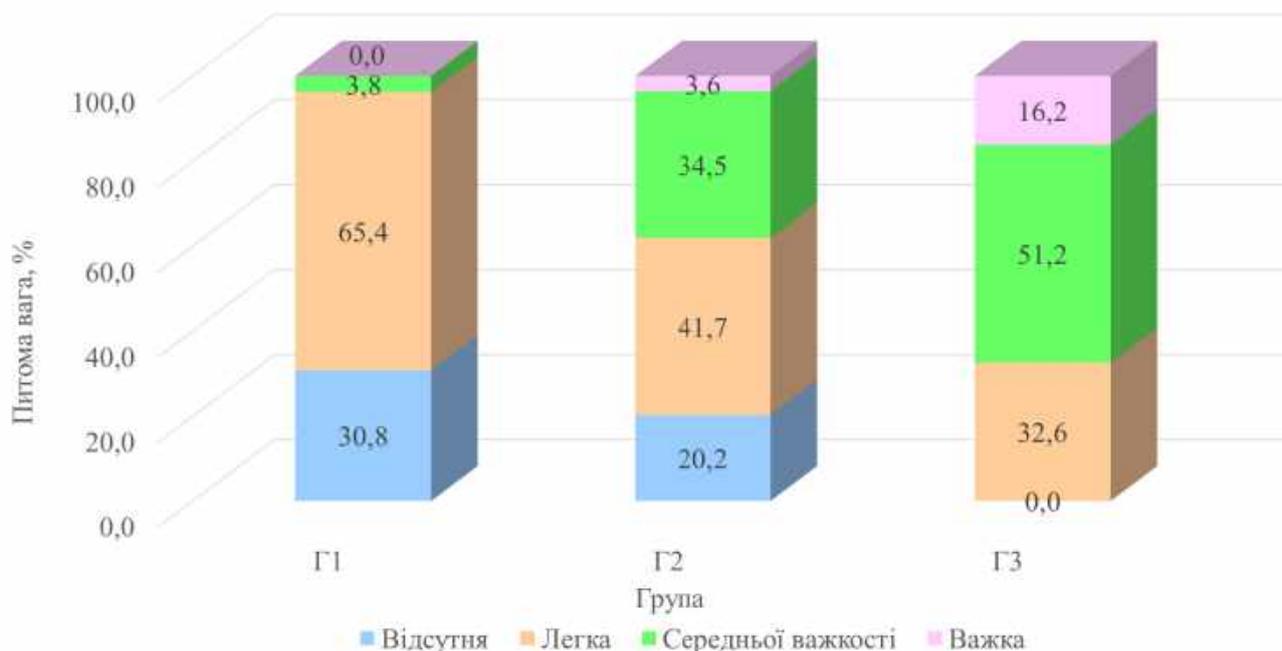


Рис. 3.2. Структура рівнів депресії за HDRS у обстежених родичів

У обстежених Г1 були виявлені також найнижчі показники, а у обстежених Г3 – найвищі показники за окремими видами депресії. Зокрема, показник адинамічної депресії у обстежених Г1 склав $4,92 \pm 2,30$ балів, у обстежених Г2 – $7,74 \pm 3,62$ балів, а у обстежених Г3 – $9,16 \pm 3,04$ балів; ажитованої депресії – відповідно $4,35 \pm 2,02$ балів, $5,55 \pm 2,86$ балів і $7,70 \pm 1,93$ балів, депресії зі страхом – відповідно $2,81 \pm 1,58$ балів, $3,71 \pm 2,05$ балів і $5,19 \pm 1,55$ балів; недиференційованої депресії – відповідно $1,42 \pm 1,50$

балів, $2,65 \pm 1,88$ балів і $3,81 \pm 1,53$ балів. Розбіжності між групами за всіма зазначеними видами депресії статистично значущі.

Обстежені Г1 продемонстрували також найнижчі рівні тривоги (табл. 3.3, рис. 3.3).

Таблиця 3.3

Кількісні показники виразності тривоги за шкалою HARS (у балах)

Показник	Група			p		
	Г1 (n=26)	Г2 (n=84)	Г3 (n=43)	1-2	1-3	2-3
Загальний показник тривоги	$10,62 \pm 4,41$	$18,19 \pm 5,67$	$21,35 \pm 4,70$	<0,01	<0,01	<0,01
Психічна тривога	$6,69 \pm 2,92$	$9,02 \pm 3,43$	$10,70 \pm 2,65$	<0,01	<0,01	<0,01
Соматична тривога	$3,92 \pm 2,68$	$9,17 \pm 3,67$	$10,65 \pm 3,76$	<0,01	<0,01	<0,05

Зокрема, загальний показник за HARS у обстежених цієї групи склав $10,62 \pm 4,41$ балів (показник відповідає низькому рівню), у обстежених Г2 – $18,19 \pm 5,67$ балів (показник відповідає середній виразності тривожного розладу, ближче до легкого), і у обстежених Г3 – $21,35 \pm 4,70$ балів (відповідає середній виразності тривожного розладу, ближче до верхньої межі).

Аналогічні закономірності були виявлені для окремих видів тривоги: психічної тривоги і соматичної тривоги. Так, показник психічної тривоги у обстежених Г1 склав $6,69 \pm 2,92$ балів, у обстежених Г2 – $9,02 \pm 3,43$ балів, у обстежених Г3 – $10,70 \pm 2,65$ балів, соматичної тривоги – відповідно $3,92 \pm 2,68$ балів, $9,17 \pm 3,67$ балів та $10,65 \pm 3,76$ балів. Розбіжності між усіма групами статистично значущі.

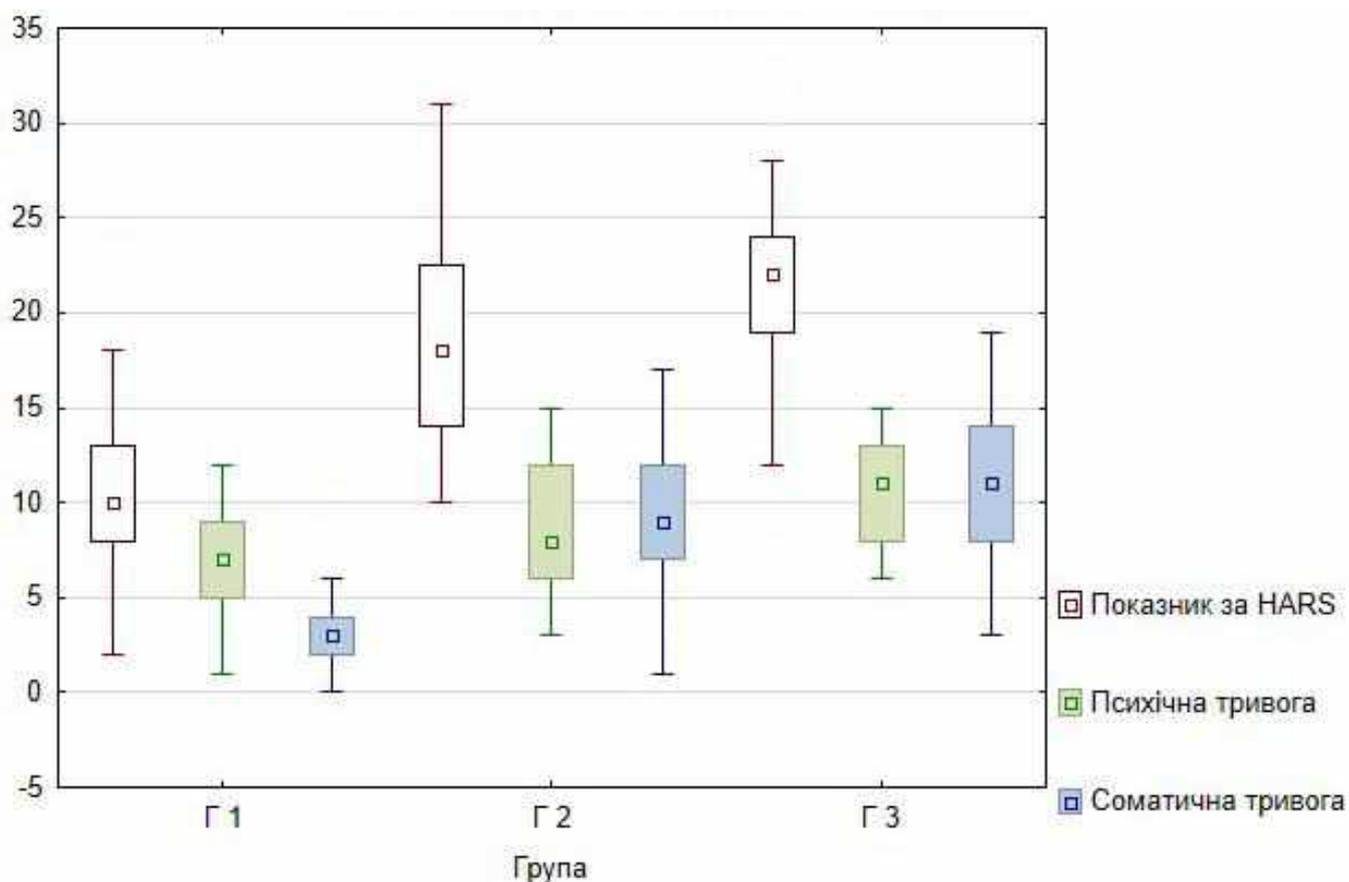


Рис. 3.3. Показники за шкалою HARS у балах (квадратом позначено медіану значень, прямокутниками – міжквартильний діапазон, горизонтальними рисками – граничні значення показників)

При вивченні розподілу обстежених на групи за рівнями тривоги було виявлено, що у більшості обстежених Г1 наявні ознаки тривоги легкого ступеня (53,8%), понад третина (38,5%) обстежених не мала ознак тривоги, у 2 осіб (7,7%) було виявлено ознаки тривоги середньої важкості (табл. 3.4, рис. 3.4).

Таблиця 3.4

Розподіл обстежених осіб за рівнями тривоги за HARS

Рівень виразності тривоги	Група						р		
	Г1 (n=26)		Г2 (n=84)		Г3 (n=43)		р 1-2	р 1-3	р 2-3
	абс.	%	абс.	%	абс.	%			
Відсутня	10	38,5	19	22,6	4	9,3	>0,05	<0,01	>0,05
Легка	14	53,8	21	25,0	4	9,3	<0,01	<0,01	<0,05
Середньої важкості	2	7,7	28	33,3	26	60,5	<0,05	<0,01	<0,01

Важка	0	0,0	16	19,1	9	20,9	<0,05	<0,05	>0,05
Всього	26	100	84	100	43	100			

Серед обстежених Г2 найбільшою була питома вага осіб з тривогою середньої важкості (33,3%), дещо меншою була питома вага осіб з легкою тривогою (25,0%) та осіб без ознак тривоги (22,6%), і найменшою – осіб з важкою тривогою (19,1%).

Обстежені Г3 характеризувалися переважанням осіб з тривогою середньої важкості (60,5%), ще 20,9% осіб мали ознаки важкої тривоги.

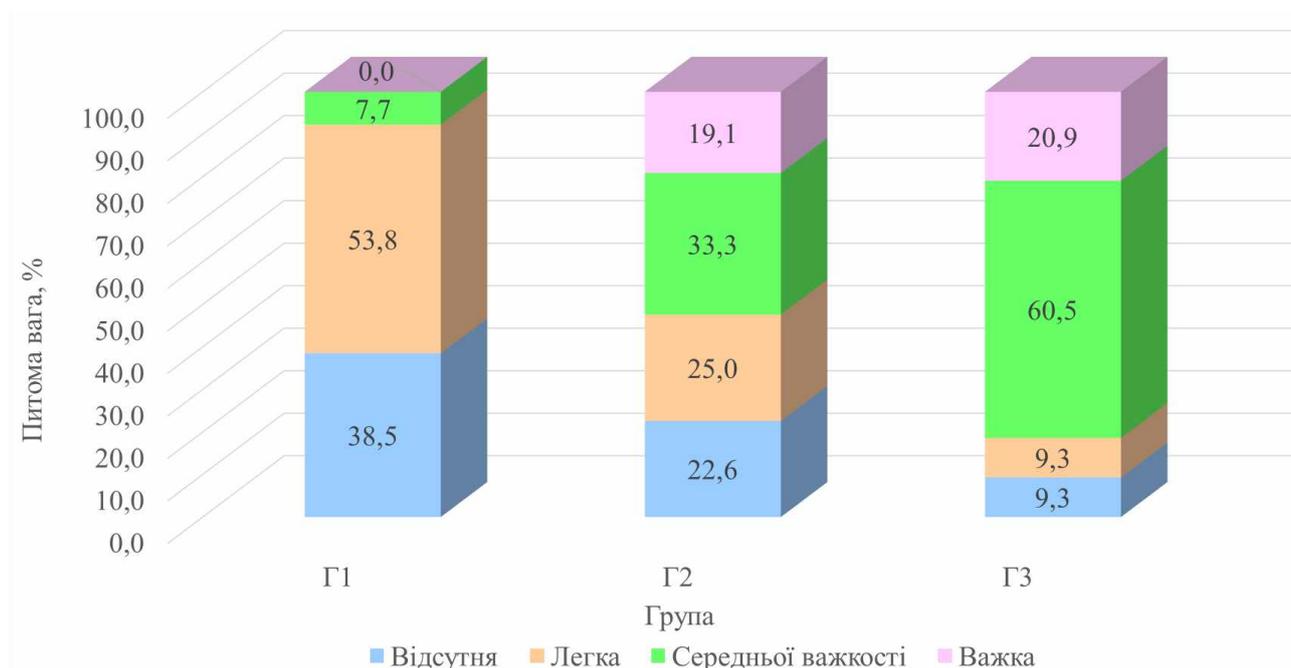


Рис. 3.4. Структура рівнів тривоги за HARS у обстежених родичів

Дані оціночних шкал HDRS і HARS підтверджуються результатами обстеження з використанням шкали HADS (табл. 3.5, рис. 3.5).

Таблиця 3.5

Кількісні показники виразності депресії за шкалою HADS (у балах)

Показник	Група			p		
	Г1 (n=26)	Г2 (n=84)	Г3 (n=43)	1-2	1-3	2-3
Показник тривоги	7,65±1,67	9,75±2,05	12,07±2,15	<0,01	<0,01	<0,01
Показник депресії	7,96±4,59	10,46±4,45	12,14±3,64	<0,05	<0,01	<0,05

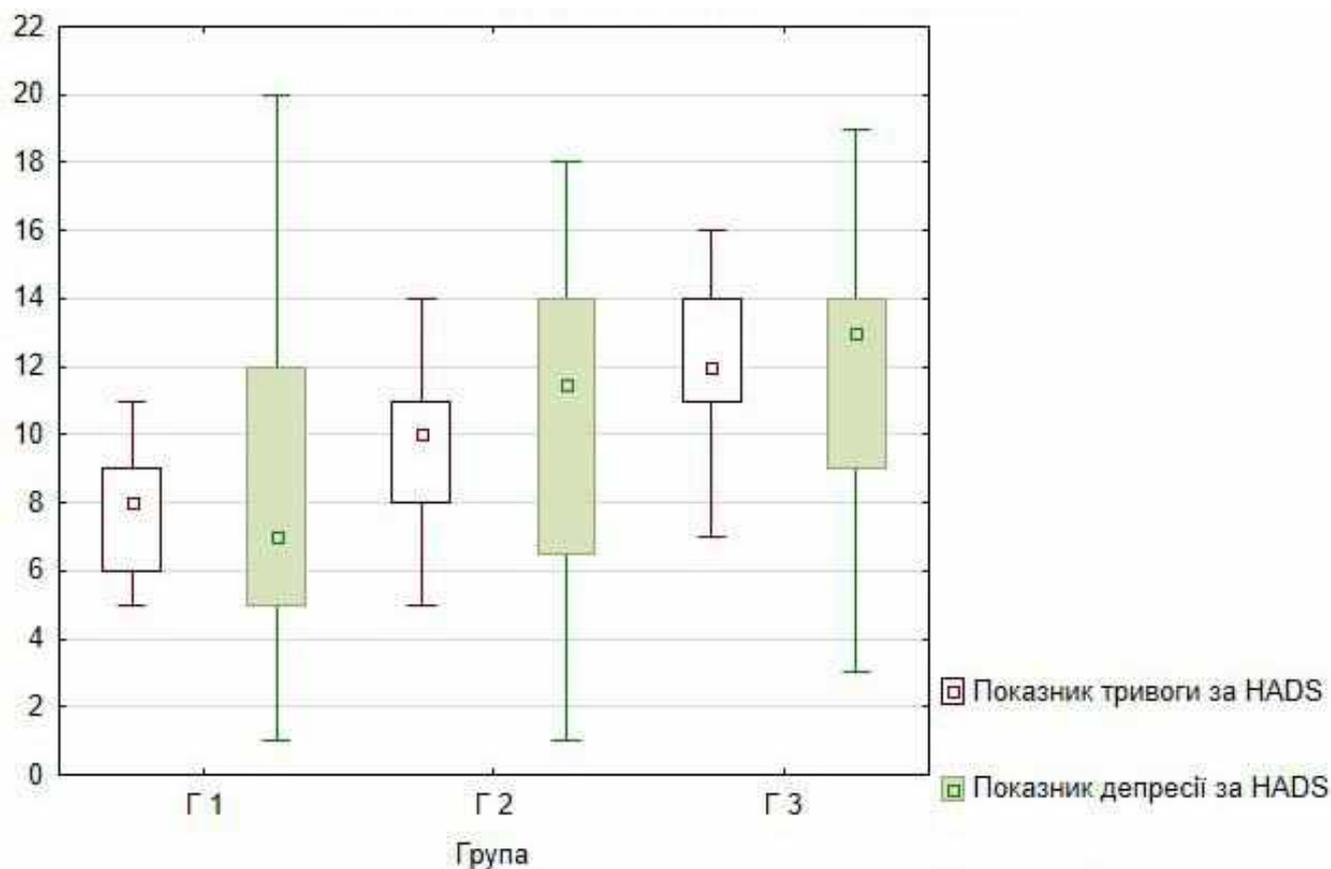


Рис. 3.5. Показники за шкалою HADS у балах (квадратом позначено медіану значень, прямокутниками – міжквартильний діапазон, горизонтальними рисками – граничні значення показників)

Так, показник за субшкалою тривоги HADS у обстежених Г1 склав $7,65 \pm 1,67$ балів, що відповідає нормі, ближче до верхньої межі, у обстежених Г2 – $9,75 \pm 2,05$ балів, що відповідає субклінічно вираженій тривозі, і у обстежених Г3 – $12,07 \pm 2,15$ балів, що відповідає клінічно вираженій тривозі.

Показник за субшкалою депресії у обстежених Г1 склав $7,96 \pm 4,59$ балів (верхня межа норми), у обстежених Г2 – $10,46 \pm 4,45$ балів (субклінічно виражена депресія), і у обстежених Г3 – $12,14 \pm 3,64$ балів (клінічно виражена депресія).

Особливості психопатологічної симптоматики у родичів хворих на деменцію, які були визначені з використанням опитувальника Symptom Check List-90-Revised – SCL-90-R, представлено у табл. 3.6.

**Кількісні показники виразності клініко-психопатологічних проявів у родичів
хворих на деменцію за даними SCL-90-R (у балах)**

Показник	Група			p		
	Г1 (n=26)	Г2 (n=84)	Г3 (n=43)	1-2	1-3	2-3
Соматизація	0,85±0,35	1,11±0,40	1,30±0,43	<0,01	<0,01	<0,01
Обсесивно-компульсивні розлади	1,02±0,86	1,62±0,75	1,84±0,74	<0,01	<0,01	<0,05
Міжособистісна сензитивність	1,47±0,43	1,82±0,44	2,05±0,35	<0,01	<0,01	<0,01
Депресія	1,75±0,33	2,22±0,72	2,68±0,54	<0,01	<0,01	<0,01
Тривожність	1,75±0,31	2,08±0,56	2,36±0,44	<0,01	<0,01	<0,05
Ворожість	0,04±0,10	0,15±0,20	0,21±0,22	<0,05	<0,01	>0,05
Фобічна тривожність	0,78±0,40	1,05±0,44	1,43±0,43	<0,01	<0,01	<0,01
Паранояльні симптоми	0,00±0,00	0,02±0,07	0,04±0,08	>0,05	<0,05	>0,05
Психотизм	0,07±0,09	0,06±0,09	0,05±0,10	>0,05	>0,05	>0,05
Додаткові симптоми	1,42±0,45	1,54±0,44	1,43±0,48	>0,05	>0,05	>0,05
Індекс GSI	1,00±0,26	1,28±0,30	1,47±0,27	<0,01	<0,01	<0,01
Індекс PSI	41,38±8,22	46,60±8,48	51,70±7,32	<0,05	<0,01	<0,01
Індекс PDSI	2,17±0,18	2,45±0,21	2,56±0,19	<0,01	<0,01	<0,05

Як видно з табл. 3.6, показники за шкалою соматизації, що відображує психосоматичний компонент психічних порушень, соматичні розлади внаслідок інтрапсихічних конфліктів, соматизацію афективного напруження, і представлені широким спектром соматичної симптоматики психогенного походження (тахікардія,

збільшення артеріального тиску, задишка, нудота, блювота, проноси, підвищене виділення слини або сухість у роті, порушення ерекції, аноргазмія, м'язові посмикування, тремор, пітливість тощо) у обстежених осіб Г1 відповідають низькому рівню (середнє значення показника склало $0,85 \pm 0,35$ балів), у осіб Г2 також відповідають низькому рівню, але є значуще ($p < 0,01$) вищими порівняно з Г1 ($1,11 \pm 0,40$ балів), а у осіб Г3 наближаються до помірному рівня і є значуще ($p < 0,01$) вищими у порівнянні з обстеженими перших двох груп ($1,30 \pm 0,43$ балів) (рис. 3.6).

Показник за шкалою обсессивно-компульсивних розладів, що виявляє психопатологічні феномени, які характеризуються багатократним мимовільним повторенням у свідомості хворих певних спогадів, думок або уявлень, або ж нав'язливих дій, що супроводжуються обтяжливим почуттям примусовості, з неможливістю для індивіда довільно керувати виникненням або повторенням цих явищ, виявився низьким лише у обстежених Г1 ($1,02 \pm 0,86$ балів), тоді як у обстежених Г2 і Г3 показник відповідав помірному рівню і менше відрізнявся між собою ($p < 0,05$), порівняно з показником у Г1: $1,62 \pm 0,75$ балів та $1,84 \pm 0,74$ балів відповідно ($p < 0,01$) (рис. 3.6).

Міжособистісна сензитивність, що проявляється почуттями особистісної неповноцінності та неадекватності, насамперед у ситуації порівняння індивідом себе з іншими людьми, з почуттями неспокою і психологічного дискомфорту при міжособистісній взаємодії, негативним очікуванням від комунікації з іншими людьми, сором'язливості та нерішучості, відчуттям недобррозичливості до себе з боку оточуючих, відсутності симпатії та співчуття, у обстежених Г1 відповідав межі низького і помірному рівня ($1,47 \pm 0,43$ балів), у обстежених Г2 відповідав помірному рівню ($1,82 \pm 0,44$ балів), а у обстежених Г3 наближався до підвищеного рівня ($2,05 \pm 0,35$ балів). Розбіжності у показниках між групами статистично значущі ($p < 0,01$) (рис. 3.6).

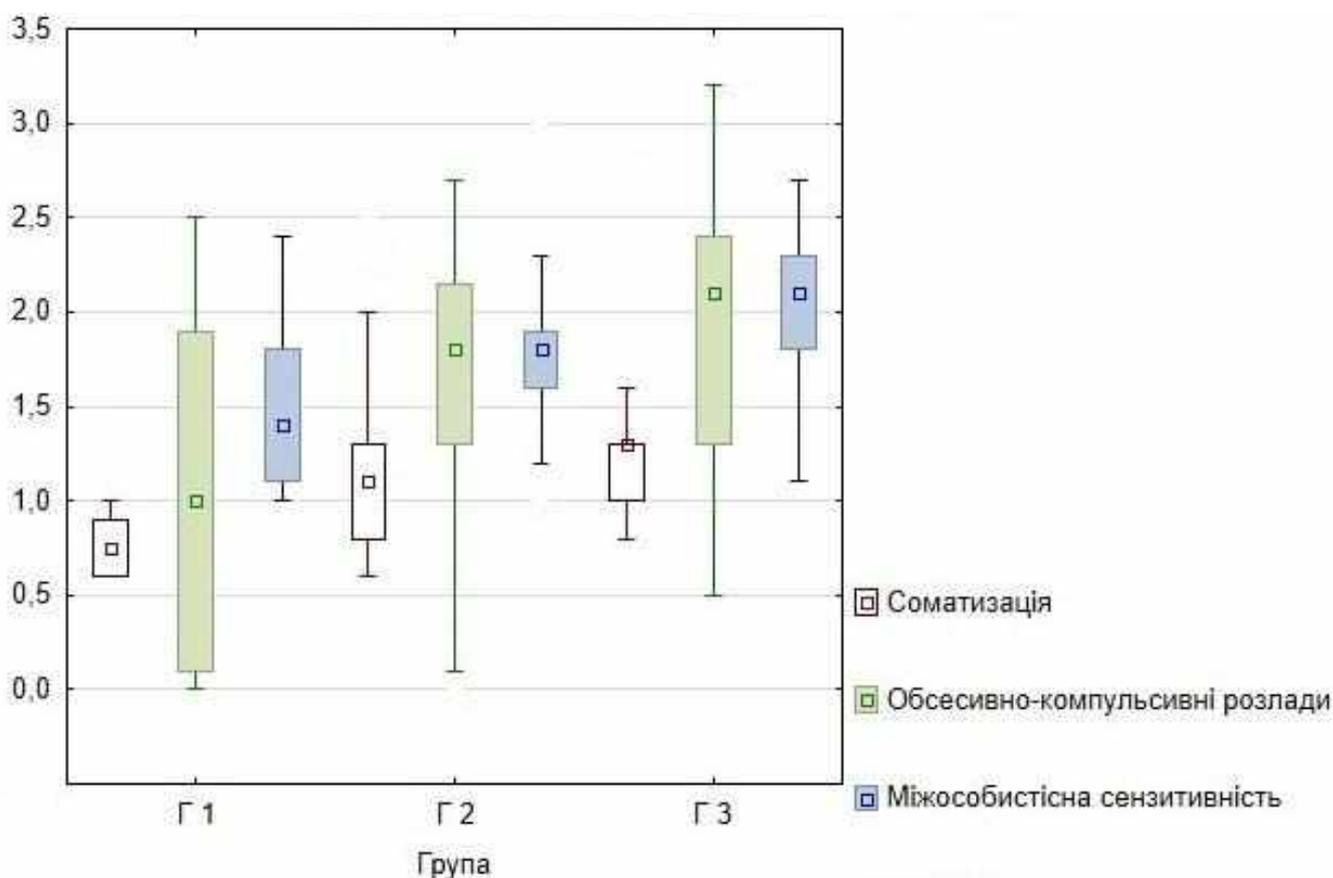


Рис. 3.6. Показники за шкалами соматизації, обсесивно-компульсивних розладів, міжособистісної сензитивності у балах (квадратом позначено медіану значень, прямокутниками – міжквартильний діапазон, горизонтальними рисками – граничні значення показників)

Показники депресії і тривожності, одержані з використанням опитувальника психопатологічної симптоматики SCL-90-R, узгоджуються з результатами, отриманими нами за допомогою шкал HDRS, HARS і HADS.

Так, показник за шкалою депресії (що виявляє афективний стан, що характеризується негативним емоційним тлом, змінами у мотиваційній, вольовій та когнітивній сфері, загальним зниженням поведінки, суб'єктивно неприємними емоціями і переживаннями – тугою, пригніченістю, відчаєм, почуттям провини за реальні та уявні помилки, що поєднується з почуттям безвихідності та песимізму, у обстежених Г1 склав $1,75 \pm 0,33$ балів, що відповідає помірному рівню, у обстежених

Г2 наближався до підвищеного рівня ($2,22 \pm 0,72$ балів), а у обстежених Г3 відповідав підвищеному рівню ($2,68 \pm 0,54$ балів) (рис. 3.7).

Аналогічно, показник тривожності, що виявляє афекти передчуття невизначеної небезпеки, несприятливого розвитку подій, стан цілеспрямованого підготовчого підвищення сенсорної уваги та моторної напруги в ситуації можливої небезпеки, суб'єктивний прояв особистісного неблагополуччя, у обстежених Г1 відповідав помірному рівню ($1,75 \pm 0,31$ балів), у обстежених Г2 був значуще ($p < 0,01$) вищим ($2,08 \pm 0,56$ балів), а у обстежених Г3 – найвищим ($2,36 \pm 0,44$ балів) (рис. 3.7).

Ворожість (почуття, думки або дії, що відображують проявами негативного афекту злості і відображують такі якості, як агресія, гнів та роздратування) у обстежених осіб виявилася низькою: у обстежених Г1 $0,04 \pm 0,10$ балів, у обстежених Г2 – $0,15 \pm 0,20$ балів, у обстежених Г3 – $0,21 \pm 0,22$ балів (рис. 3.7). Розбіжності статистично значущі при порівнянні обстежених Г1 і Г2 ($p < 0,05$) та Г1 і Г3 ($p < 0,01$).

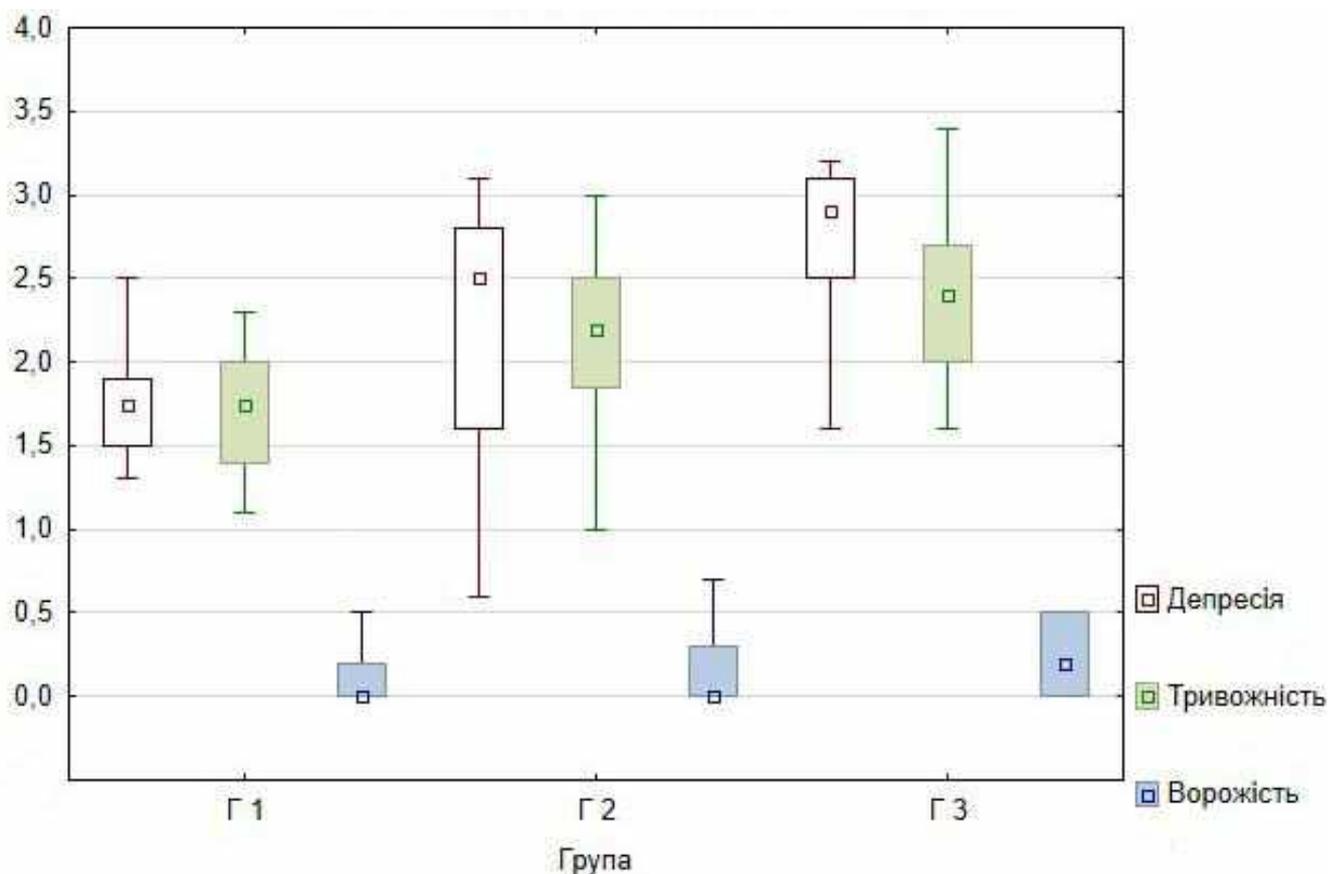


Рис. 3.7. Показники за шкалами депресії, тривожності та ворожості у балах (квадратом позначено медіану значень, прямокутниками – міжквартильний діапазон, горизонтальними рисками – граничні значення показників)

Показники за шкалою фобічної тривожності, що відображує наявність стійкої реакції страху на певні обставини, людей, місця, об'єкти або ситуації, що може бути визначена як іраціональна та неадекватна по відношенню до стимулу, і спонукає до поведінки уникання, у осіб Г1 відповідала низькому рівню ($0,78 \pm 0,40$ балів), у осіб Г2 була значуще ($p < 0,01$) вищою і також відповідала низькому рівню ($1,05 \pm 0,44$ балів), а у осіб Г3 – помірному рівню ($1,43 \pm 0,43$ балів) (рис. 3.8).

Паранояльна симптоматика, що відображує порушення мислення за паранояльним типом з проекцією думок, підозрлістю, переоцінкою власного «Я», маяченням відносин, надцінними ідеями, ригідністю суджень та схильністю до інтерпретативного маячення, для обстежених осіб була не притаманна, і характеризувалася дуже низькими значеннями: у обстежених Г1 $0,00 \pm 0,00$ балів, Г2 – $0,02 \pm 0,07$ балів, Г3 – $0,04 \pm 0,08$ балів (рис. 3.8).

Показники за шкалою психотизму, що відображують відхилення від психічної норми і виявляють унікаючий, ізольований шизоїдний стиль поведінки, а також деякі психотичні симптоми, у обстежених осіб також були дуже низькими: у Г1 $0,07 \pm 0,09$ балів, у Г2 – $0,06 \pm 0,09$ балів, у Г3 – $0,05 \pm 0,10$ балів (рис. 3.8).

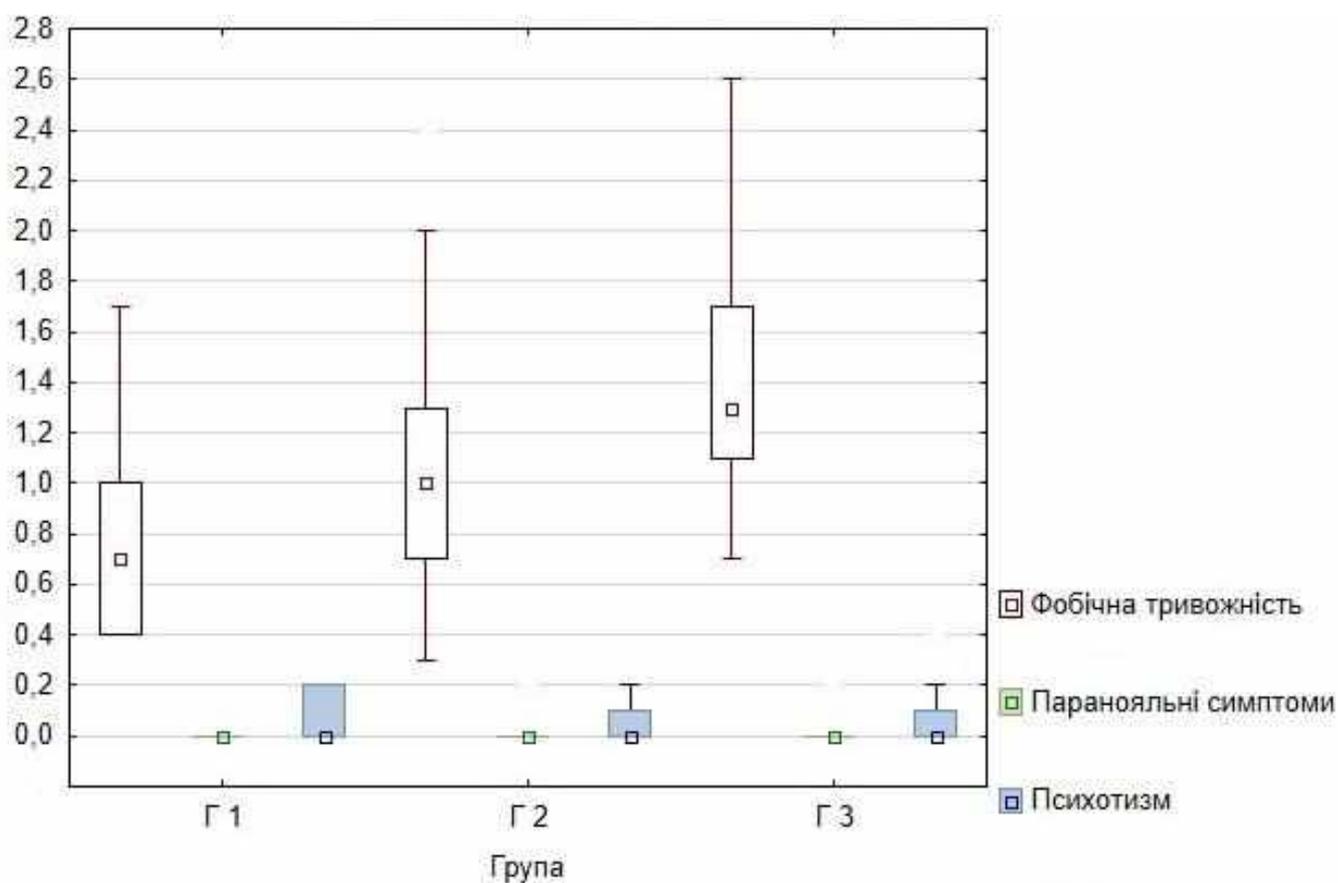


Рис. 3.8. Показники за шкалами фобічної тривожності, паранояльної симптоматики та психотизму у балах (квадратом позначено медіану значень, прямокутниками – міжквартильний діапазон, горизонтальними рисками – граничні значення показників)

Індекс загальної виразності симптоматики GSI (General Symptomatical Index) у обстежених Г1 був найнижчим ($1,00 \pm 0,26$ балів), у обстежених Г2 – значуще ($p < 0,01$) вищим ($1,28 \pm 0,30$ балів), і у обстежених Г3 – найвищим ($1,47 \pm 0,27$ балів) (рис. 3.9).

Аналогічно, індекс виразності дистресу PDSI (Positive Distress Symptomatical Index) у осіб Г1 був найнижчим ($2,17 \pm 0,18$ балів), у Г2 – значуще ($p < 0,01$) вищим ($2,45 \pm 0,21$ балів), і у осіб Г3 – найвищим ($2,56 \pm 0,19$ балів) (рис. 3.9).

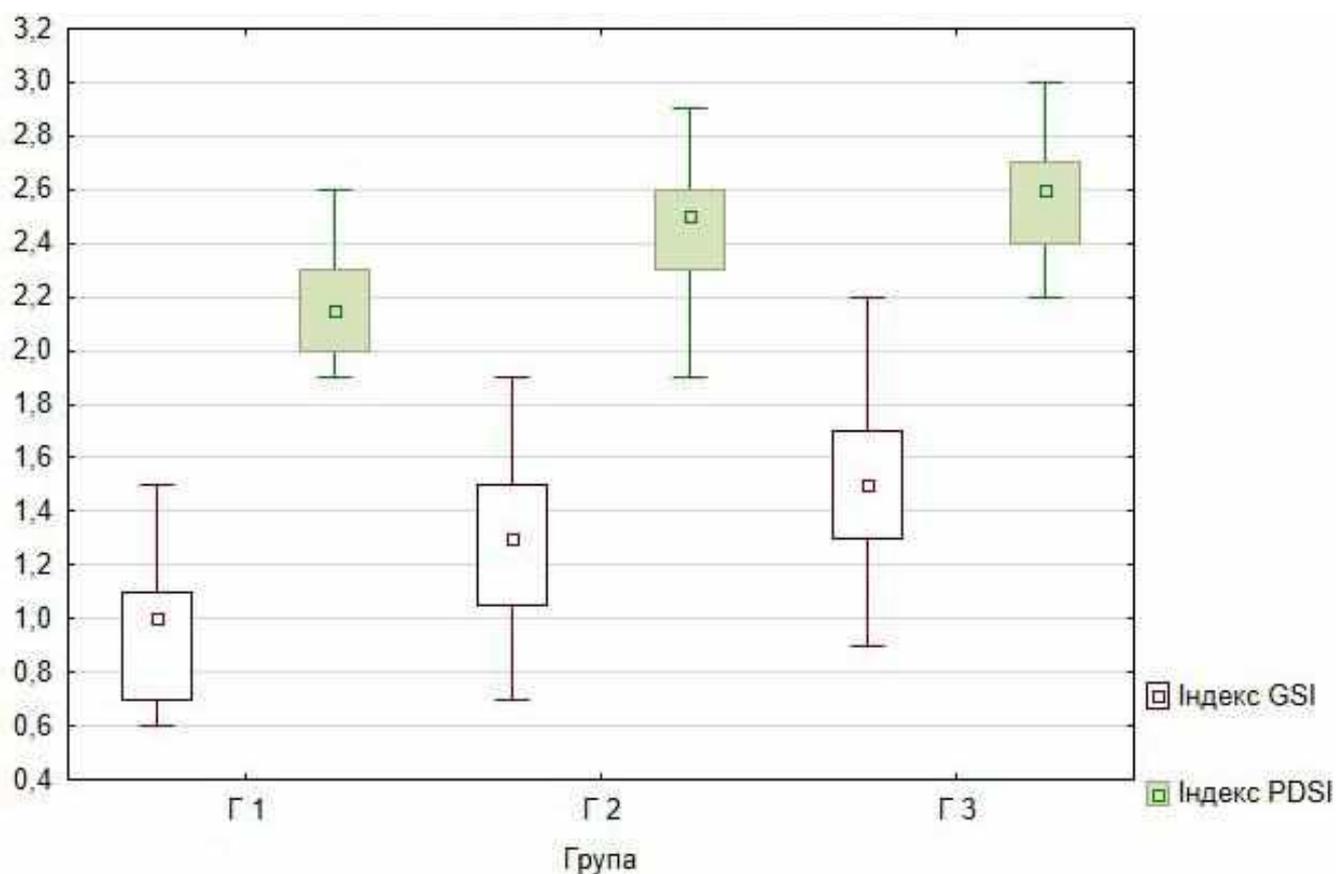


Рис. 3.9. Показники індексів GSI та PDSI у балах (квадратом позначено медіану значень, прямокутниками – міжквартильний діапазон, горизонтальними рисками – граничні значення показників)

Індекс прояву симптоматики PSI (Positive Symptomatical Index) найбільш суттєво відрізнявся при порівнянні Г1 ($41,38 \pm 8,22$ балів) з Г2 ($46,60 \pm 8,48$ балів) і з Г3 ($51,70 \pm 7,32$ балів) ($p < 0,01$), і меншою мірою різнився при порівнянні Г2 і Г3 ($p < 0,05$) (рис. 3.10).

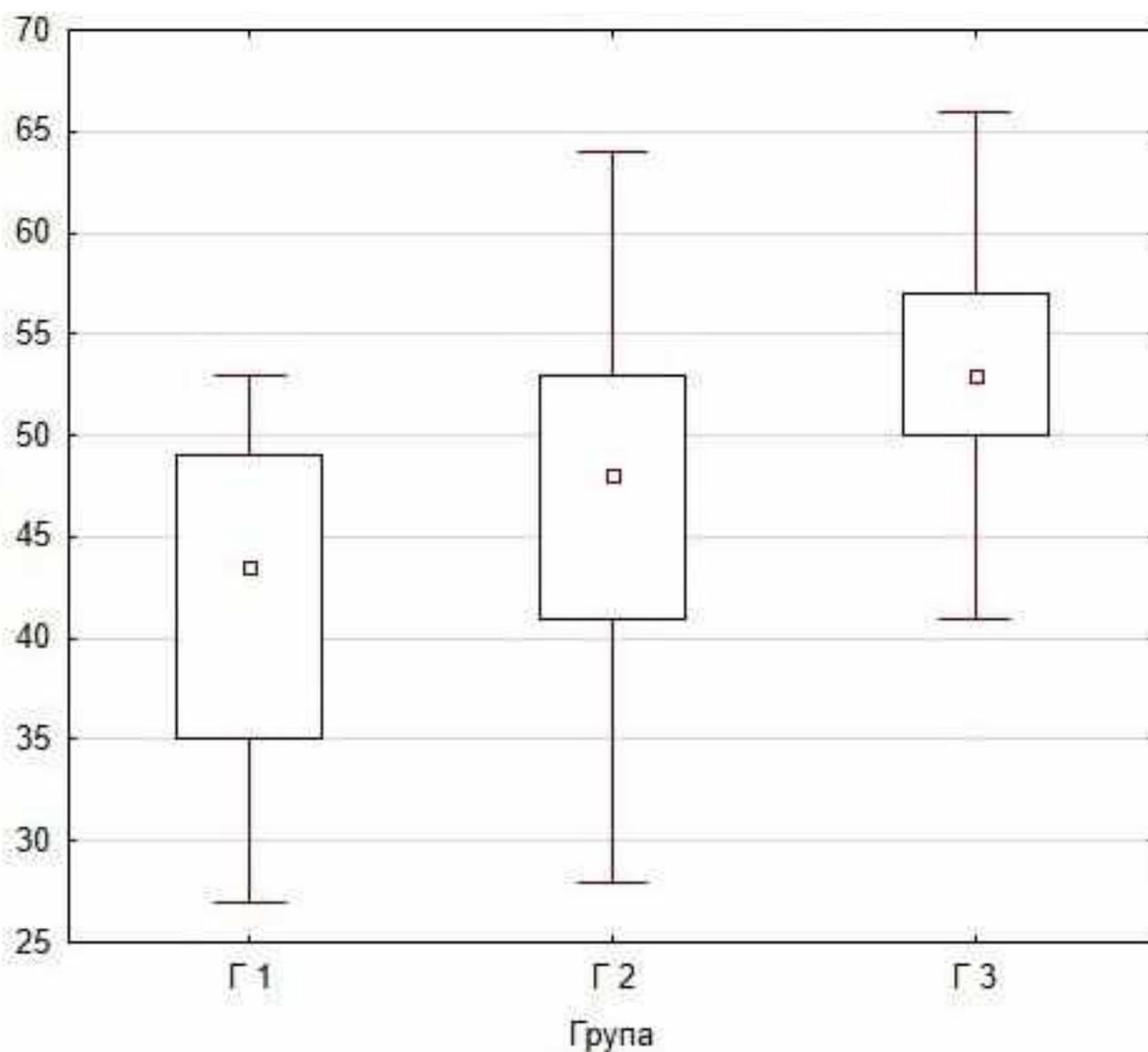


Рис. 3.10. Показники індексу PSI у балах (квадратом позначено медіану значень, прямокутниками – міжквартильний діапазон, горизонтальними рисками – граничні значення показників)

3.2. Чинники формування психічної дезадаптації у родичів хворих на деменцію

3.2.1. Взаємозв'язок між якістю життя та станом психічної адаптації у родичів пацієнтів з деменцією

Вивчення особливостей якості життя (ЯЖ) родичів пацієнтів з деменцією з урахуванням фактору психічної дезадаптації дозволило виявити важливі закономірності (табл. 3.7).

Порівняльний аналіз кількісних показників ЯЖ у групах обстежених (у балах)

Показник	Група			р		
	Г1 (n=26)	Г2 (n=84)	Г3 (n=43)	1-2	1-3	2-3
Фізичне благополуччя	7,65±1,16	5,61±1,82	4,77±0,87	<0,01	<0,01	<0,05
Психологічне (емоційне) благополуччя	6,50±1,36	4,94±1,35	3,65±0,57	<0,01	<0,01	<0,01
Самообслуговування і незалежність дій	7,23±1,03	5,92±1,26	4,84±1,11	<0,01	<0,01	<0,01
Працездатність	7,81±0,80	7,04±0,91	6,53±1,08	<0,01	<0,01	<0,05
Міжособистісна взаємодія	7,46±1,07	6,14±1,74	5,09±1,31	<0,01	<0,01	<0,01
Соціо-емоційна підтримка	7,23±1,24	5,39±1,90	3,70±0,91	<0,01	<0,01	<0,01
Громадська і службова підтримка	8,50±0,58	7,52±1,02	6,77±0,92	<0,01	<0,01	<0,01
Особистісна реалізація	6,65±1,41	5,24±1,55	3,63±0,95	<0,01	<0,01	<0,01
Духовна реалізація	7,27±1,00	6,61±1,03	6,67±0,87	<0,01	<0,01	>0,05
Загальне сприйняття життя	7,35±1,38	6,18±1,41	4,70±0,89	<0,01	<0,01	<0,01
Суб'єктивне благополуччя/задовол еність	21,50±2,14	16,73±3,24	13,12±1,40	<0,01	<0,01	<0,01
Виконання соціальних ролей	29,15±3,17	24,33±3,82	20,09±1,99	<0,01	<0,01	<0,01
Зовнішні життєві умови	23,00±1,81	19,52±2,51	17,14±1,74	<0,01	<0,01	<0,01
Показник якості життя	7,37±0,50	6,06±0,76	5,03±0,37	<0,01	<0,01	<0,01

Як видно з табл. 3.7, наявність порушень адаптації справляє значущий вплив на ЯЖ у всіх сферах. У сфері фізичного благополуччя, що відображує загальний стан фізичного здоров'я, відсутність болю, інших соматичних проблем, відчуття загальної енергії тощо) обстежувані Г1 продемонстрували високі показники: значення за цією сферою у них склало $7,65 \pm 1,16$ балів. Натомість, у обстежуваних Г2 показник за цією шкалою був середнім, і склав $5,61 \pm 1,82$ балів, а у обстежуваних Г3 – нижче середнього: $4,77 \pm 0,87$ балів. Розбіжності між усіма групами статистично значущі. Зниження показника за цією сферою пояснюється переважно відчуттям втоми і виснаження, астеничними проявами, а також психосоматичною симптоматикою, що була типова для обстежуваних Г2 і Г3 (рис. 3.11).

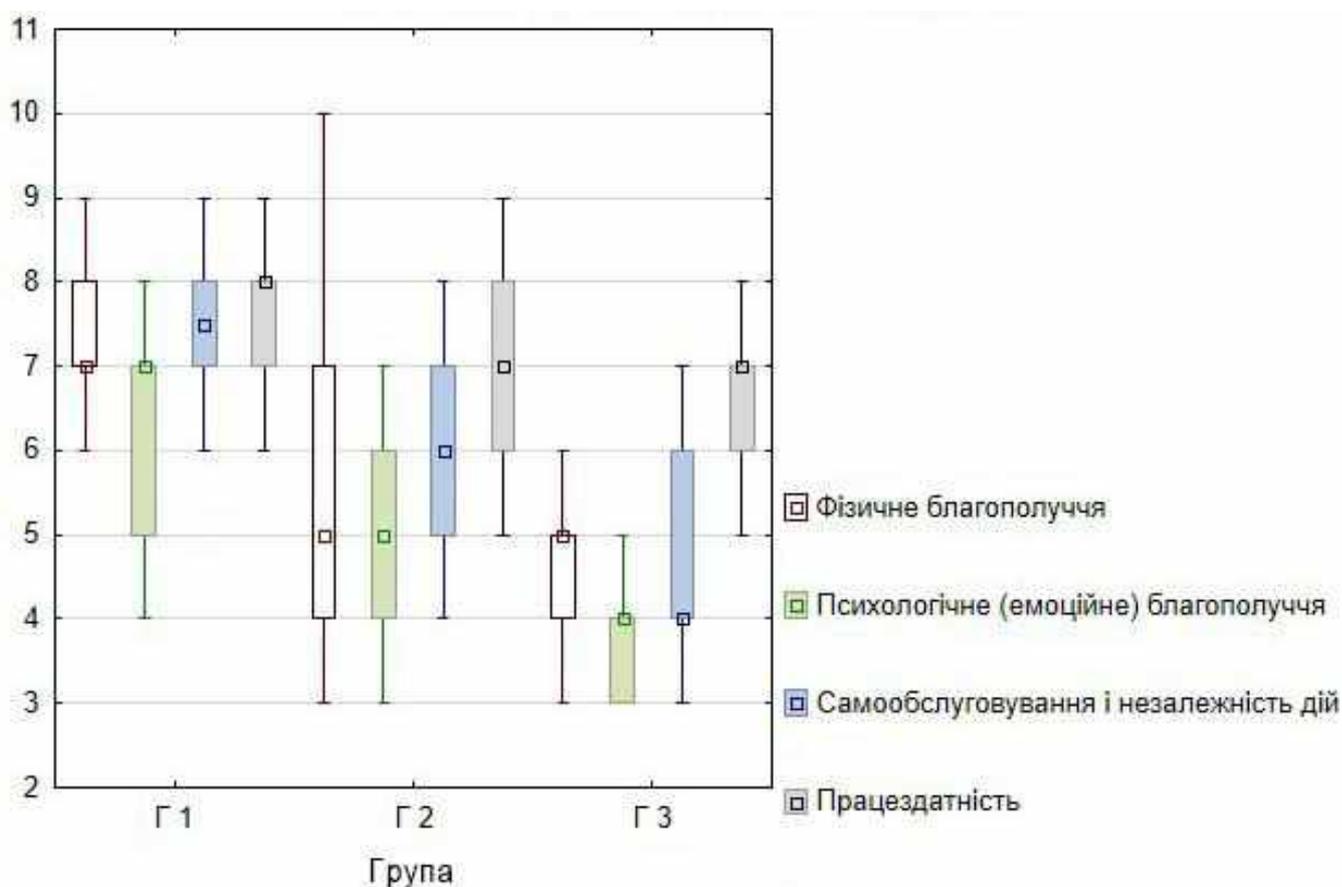


Рис. 3.11. Показники за шкалами фізичного благополуччя, психологічного (емоційного) благополуччя, самообслуговування і незалежності дій та працездатності у балах (квадратом позначено медіану значень, прямокутниками – міжквартильний діапазон, горизонтальними рисками – граничні значення показників)

Істотно нижчими в усіх групах виявилися показники за сферою психологічного (емоційного) благополуччя, що відображує відчуття психологічного комфорту, відсутності психологічних проблем, задоволеності собою; показники за цією сферою виявилися найнижчими серед усіх сфер (рис. 3.11). Так, у обстежуваних Г1 показник за цією сферою був вищим за середній: $6,50 \pm 1,36$ балів, у обстежуваних Г2 – незначно нижчим за середній: $4,94 \pm 1,35$ балів, і у обстежуваних Г3 – низьким: $3,65 \pm 0,57$ балів. Розбіжності при порівнянні груп статистично значущі ($p < 0,01$). Низькі показники за сферою психологічного (емоційного) благополуччя відображують як загальний вплив постійного психологічного стресу, пов'язаного з доглядом за родичом з деменцією, так і вплив клінічно оформленого психічного розладу (у обстежених Г3) та факторів, що впливають на стан здоров'я (у обстежуваних Г2).

У сфері самообслуговування і незалежності дій, що відображує здатність обстежуваного до звичної повсякденної діяльності, виконання рутинних завдань, прийняття рішень тощо, показники відображували загальний стан психічного і фізичного здоров'я: у обстежуваних Г1 показник був доволі високим: $7,23 \pm 1,03$ балів, у обстежуваних Г2 – вище середнього: $5,92 \pm 1,26$ балів, і у обстежуваних Г3 – нижче середнього рівня: $4,84 \pm 1,11$ балів (рис. 1). Розбіжності між групами статистично значущі ($p < 0,01$).

У сфері працездатності, що відображує здатність виконувати обов'язки, пов'язані з роботою, навчанням чи домашнім господарством, показники в усіх групах були вищими за середній рівень, при цьому обстежувані Г1 виявили найвищі показники: $7,81 \pm 0,80$ балів, обстежувані Г2 – нижчі показники: $7,04 \pm 0,91$ балів, і обстежувані Г3 – найнижчі: $6,53 \pm 1,08$ балів (рис. 3.11). Розбіжності між групами статистично значущі.

Сфера міжособистісної взаємодії, що характеризується здатністю обстежуваного підтримувати хороші відносини з оточенням – родиною, близькими, друзями, мікросоціальними групами, у обстежуваних відображує специфіку мікросоціального середовища з наявністю родича з важким психічним

захворюванням, а у обстежуваних Г2 і Г3 – також наявністю факторів, що впливають на стан здоров'я, та ознак психічного розладу (рис. 3.12). У обстежуваних Г1 показник за цією сферою виявився доволі високим: $7,46 \pm 1,07$ балів, у обстежуваних Г2 – значуще ($p < 0,01$) нижчим: $6,14 \pm 1,74$ балів, і у обстежуваних Г3 – найнижчим, близьким до середнього: $5,09 \pm 1,31$ балів ($p < 0,01$).

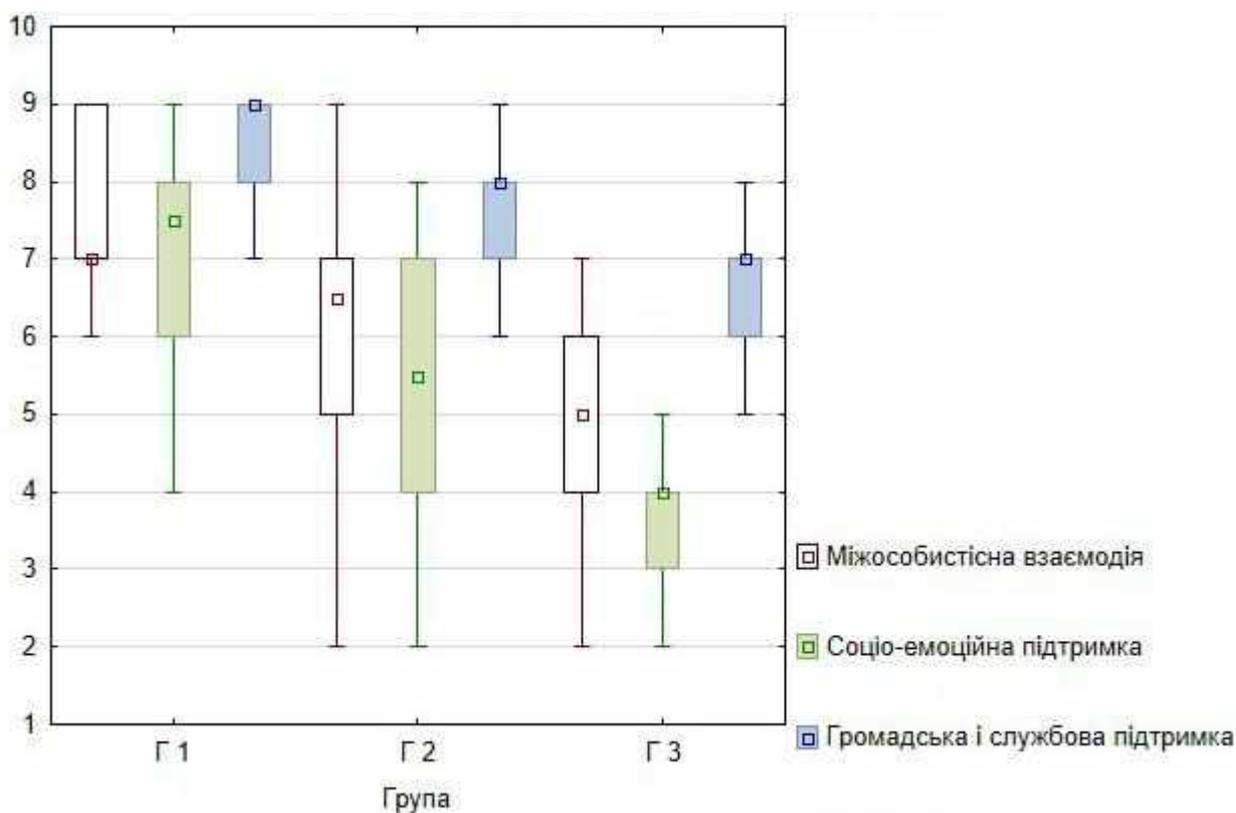


Рис. 3.12. Показники за шкалами міжособистісної взаємодії, соціо-емоційної підтримки, громадської і службової підтримки у балах (квадратом позначено медіану значень, прямокутниками – міжквартильний діапазон, горизонтальними рисками – граничні значення показників)

На показники у сфері соціо-емоційної підтримки, що відображує суб'єктивне уявлення обстежуваного про наявність у його оточенні людей, яким він може довіряти, і від яких він може одержати допомогу та емоційну підтримку, наявність розладу адаптації справляла суттєвий вплив (рис. 3.12). Так, у обстежуваних Г1 показник за цією сферою виявився достатньо високим: $7,23 \pm 1,24$ балів, у

обстежуваних Г2 – вищим за середній: $5,39 \pm 1,90$ балів, і у обстежуваних Г3 – низьким: $3,70 \pm 0,91$ балів. Розбіжності між усіма дослідженими групами статистично значущі ($p < 0,01$).

Сфера громадської і службової підтримки, що відображує можливості доступу до інформаційних, фінансових та інших ресурсів, наявність безпечних і приємних сусідів тощо, у обстежуваних родичів хворих з деменцією характеризувалася доволі високими показниками; при цьому найвищі показники були виявлені у обстежуваних Г1: $8,50 \pm 0,58$ балів, значуще ($p < 0,01$) нижчі – у обстежуваних Г2: $7,52 \pm 1,02$ балів, і найнижчі – у обстежуваних Г3: $6,77 \pm 0,92$ балів (рис. 3.12).

Показники у сфері особистісної реалізації, що відображує можливість обстежуваного одержувати задоволення від захоплень, мистецтва, сексу тощо, відчуття солідарності, рівноваги) суттєво залежали від наявності факторів, що впливають на стан здоров'я та розладу адаптації. Так, якщо у обстежуваних Г1 показники були вищими за середній рівень: $6,65 \pm 1,41$ балів, то у обстежуваних Г2 – близькими до середнього рівня: $5,24 \pm 1,55$ балів, а у обстежуваних Г3 – низькими: $3,63 \pm 0,95$ балів (рис. 3.13). Розбіжності у показниках за цією сферою значущі при порівнянні усіх груп ($p < 0,01$).

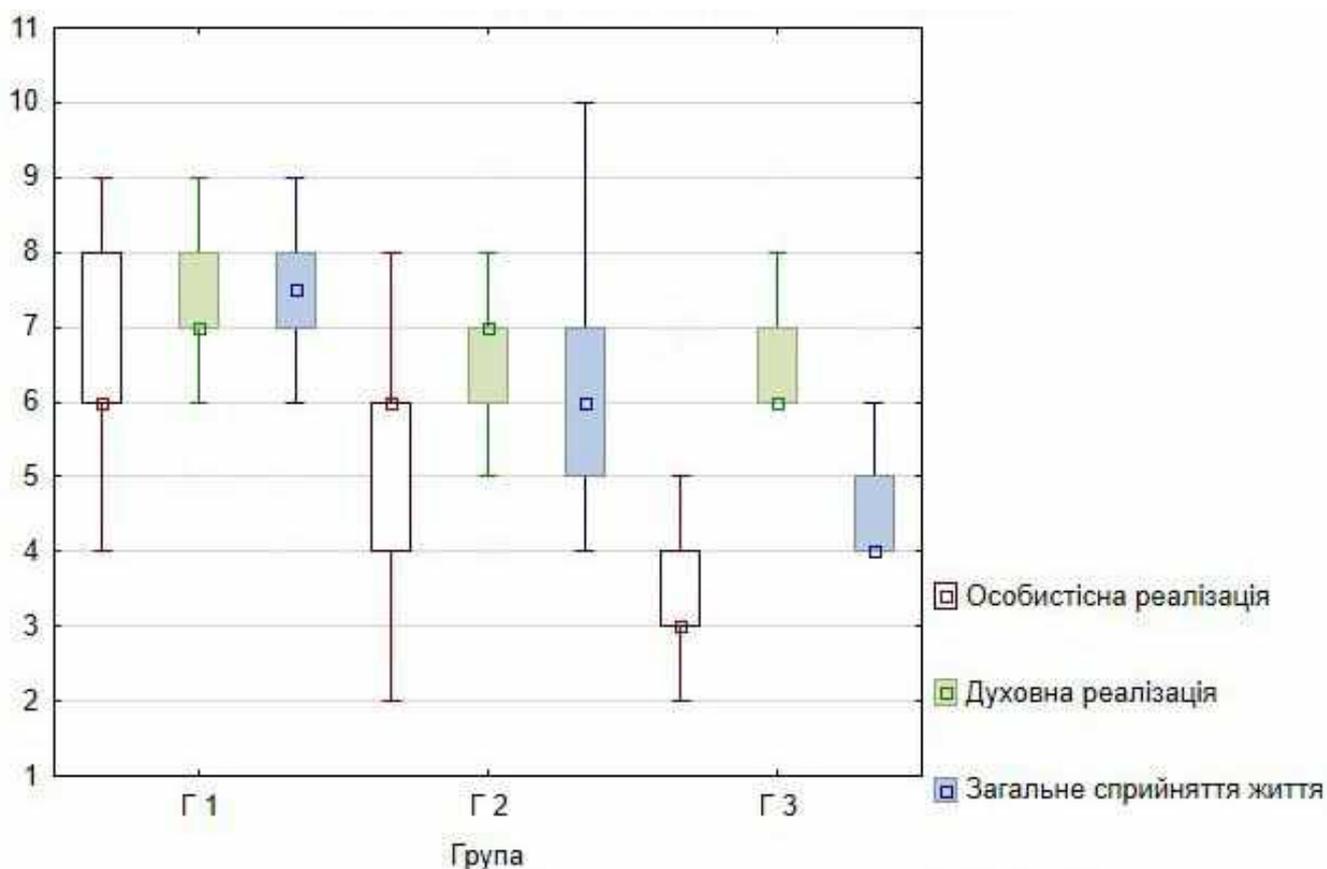


Рис. 3.13. Показники за шкалами особистісної реалізації, духовної реалізації та загального сприйняття життя у балах (квадратом позначено медіану значень, прямокутниками – міжквартильний діапазон, горизонтальними рисками – граничні значення показників)

У сфері духовної реалізації, що відображує духовні, трансцендентальні переживання, релігійність, віру, вихід за межі матеріального життя, показники у всіх досліджених групах були вищими за середній рівень, і у обстежуваних Г2 і Г3 значуще не відрізнялися: $6,61 \pm 1,03$ балів і $6,67 \pm 0,87$ балів відповідно ($p > 0,05$), а у обстежуваних Г1 були значуще більшими: $7,27 \pm 1,00$ балів ($p < 0,01$) (рис. 3.13).

Показники у сфері загального сприйняття життя, що відображує загальне відчуття щастя і задоволеності життям, істотно залежали від наявності факторів, що впливають на стан здоров'я, та розладу адаптації (рис. 3.13). Так, показник за цією сферою у обстежуваних Г1 був достатньо високим: $7,35 \pm 1,38$ балів, у обстежуваних Г2 – вищим за середній рівень: $6,18 \pm 1,41$ балів, і у обстежуваних Г3 – нижчим за

середній рівень: $4,70 \pm 0,89$ балів. Розбіжності між усіма групами статистично значущі ($p < 0,01$).

Відповідно, показники за інтегральними сферами у хворих з відсутністю ознак психічних розладів, з наявністю ознак факторів, що впливають на стан здоров'я, та з ознаками порушень адаптації, суттєво ($p < 0,01$) різнилися (рис.3.14). Так, показник за інтегральною сферою суб'єктивного благополуччя / задоволеності у обстежуваних Г1 виявився достатньо високим: $21,50 \pm 2,14$ балів, у обстежуваних Г2 – помірним: $16,73 \pm 3,24$ балів, і у обстежуваних Г3 – низьким: $13,12 \pm 1,40$ балів.

Показник за інтегральною сферою виконання соціальних ролей у обстежуваних Г1 був високим: $29,15 \pm 3,17$ балів, у обстежених Г2 – помірним: $24,33 \pm 3,82$ балів, і у обстежених Г3 – низьким: $20,09 \pm 1,99$ балів.

Аналогічно, показники за сферою зовнішніх життєвих умов виявилися найвищими у обстежуваних Г1: $23,00 \pm 1,81$ балів, у обстежуваних Г2 – нижчими у порівнянні з Г1 і вищими у порівнянні з Г3: $19,52 \pm 2,51$ балів, і у обстежуваних Г3 – найнижчими: $17,14 \pm 1,74$ балів.

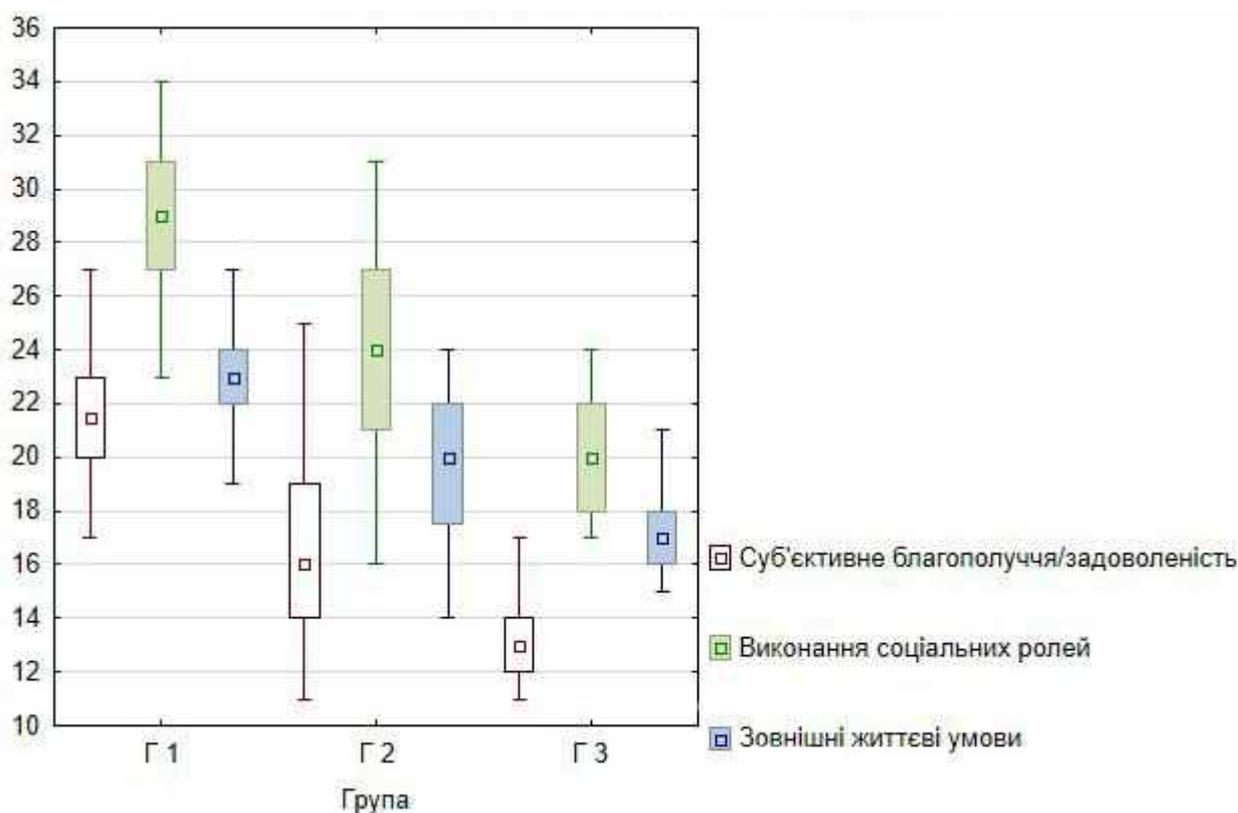


Рис. 3.14. Показники за шкалами суб'єктивного благополуччя / задоволеності, виконання соціальних ролей та зовнішніх життєвих умов у балах (квадратом позначено медіану значень, прямокутниками – міжквартильний діапазон, горизонтальними рисками – граничні значення показників)

Загальний показник якості життя у обстежуваних Г1 був достатньо високим: $7,37 \pm 0,50$ балів, у обстежуваних Г2 перевищував середній рівень: $6,06 \pm 0,76$ балів, і був значуще ($p < 0,01$) нижчим у порівнянні з Г1, а у обстежуваних Г3 відповідав середньому рівню, і був значуще ($p < 0,01$) нижчим у порівнянні з Г1 і Г2: $5,03 \pm 0,37$ балів (рис. 3.15).

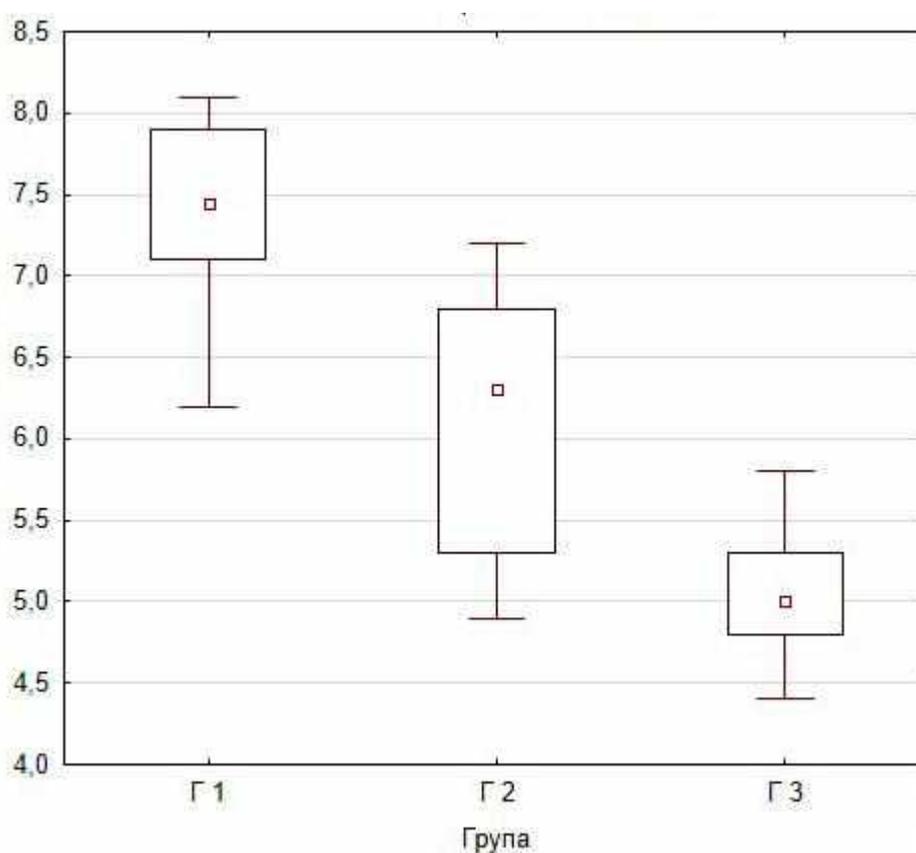


Рис. 3.15. Загальний показник якості життя у балах (квадратом позначено медіану значень, прямокутниками – міжквартильний діапазон, горизонтальними рисками – граничні значення показників)

Таким чином, наявність ознак факторів, що впливають на стан здоров'я, та порушень адаптації справляє істотний вплив на ЯЖ родичів хворих з деменцією. Родичі, у яких відсутні ознаки психічних порушень, продемонстрували найвищі показники ЯЖ в усіх сферах, а також найкращий інтегральний показник ЯЖ. У родичів з ознаками факторів, що впливають на стан здоров'я, ЯЖ була значуще гіршою у порівнянні з родичами Г1, але кращою порівняно з Г3 за всіма сферами. Родичі, у яких було виявлено порушення адаптації, характеризувалися найнижчими показниками ЯЖ в усіх сферах. Найбільш чутливими до наявності ознак факторів, що впливають на стан здоров'я, та порушень адаптації, виявилися сфери ЯЖ психологічного (емоційного) благополуччя, самообслуговування і незалежності дій, соціо-емоційної підтримки та особистісної реалізації.

Виявлені закономірності необхідно враховувати при розробці програм медико-психологічного супроводу та психіатричної допомоги родичам хворих на деменцію.

3.2.2. Феномен сімейної тривоги як чинник формування психічної дезадаптації у родичів пацієнтів з деменцією: наявність, структура, взаємозв'язок зі станом психічної сфери

Кількісний аналіз результатів оцінки сімейної тривоги та її складових у обстеженого контингенту наведено у табл. 3.8.

Таблиця 3.8

Кількісні показники за методикою «Аналіз сімейної тривоги» (у балах)

Показник	Група			р		
	Г1 (n=26)	Г2 (n=84)	Г3 (n=43)	1-2	1-3	2-3
Сімейна провина	2,81±3,63	4,33±2,60	5,63±1,79	<0,05	<0,01	<0,01
Сімейна тривожність	2,61±3,48	4,93±4,58	6,51±4,17	<0,05	<0,01	<0,05
Сімейна напруженість	2,35±3,80	4,62±4,59	6,39±3,92	<0,05	<0,01	<0,05

Загальний рівень сімейної тривоги	13,46±5,79	17,15±6,79	20,05±5,78	<0,01	<0,01	<0,01
-----------------------------------	------------	------------	------------	-------	-------	-------

Аналіз показників сімейної тривоги дозволив встановити, що родичам хворих з деменцією, у яких відсутні ознаки психічних порушень, були притаманні в цілому низькі показники за всіма складовими сімейної тривоги. Так, середнє значення показника сімейної провини у цій групі склало 2,81±3,63 балів, сімейної тривожності – 2,61±3,48 балів, сімейної напруженості – 2,35±3,80 балів.

У родичів хворих з деменцією, у яких були наявні ознаки факторів, що впливають на стан здоров'я, кількісні значення показників за складовими сімейної тривоги наближалися до межового значення у 5 балів, що відповідає наявності ознак сімейної провини, тривожності та напруженості. Так, середнє значення показника сімейної провини у цій групі склало 4,33±2,60 балів, сімейної тривожності – 4,93±4,58 балів, а сімейної напруженості – 4,62±4,59 балів.

У родичів хворих з деменцією, у яких були виявлено стан порушення адаптації, середнє значення показників за всіма складовими сімейної тривоги перевищувало 5 балів, що дозволяє говорити про наявність у обстежених цієї групи виражених ознак сімейної провини, сімейної тривожності та сімейної напруженості. Так, середнє значення показника сімейної провини у обстежених ГЗ склало 5,63±1,79 балів, сімейної тривожності – 6,51±4,17 балів, сімейної напруженості – 6,39±3,92 балів.

Значення показника загального рівня сімейної тривоги у родичів без ознак психічних порушень склало 13,46±5,79 балів, що є близьким до нормального рівня, у родичів, у яких були наявні ознаки факторів, що впливають на стан здоров'я, було підвищеним (17,15±6,79 балів), а у родичів з ознаками порушень адаптації – високим (20,05±5,78 балів).

Розбіжності у значеннях показників сімейної тривоги (складових та результуючого) між усіма дослідженими групами були статистично значущі (рис. 3.16).

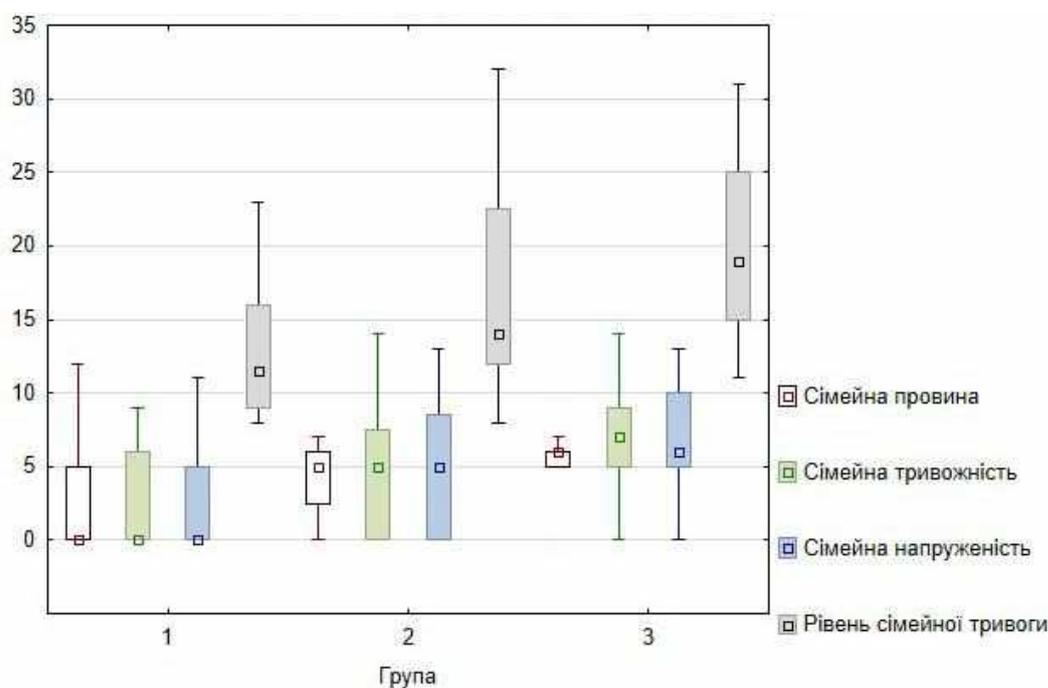


Рис. 3.16. Показники за методикою «Аналіз сімейної тривоги» у балах (квадратом позначено медіану значень, прямокутниками – міжквартильний діапазон, горизонтальними рисками – граничні значення показників)

Зазначені закономірності знайшли підтвердження при аналізі розподілу обстежених на групи в залежності від наявності у них ознак сімейної тривоги.

Так, у більшості (57,7%) обстежених Г1 ознак сімейної провини не було виявлено (табл. 3.9).

Таблиця 3.9

Розподіл обстежених на групи за наявністю ознак сімейної провини

Варіанти	Г1		Г2		Г3		p 1-2	p 1-3	p 2-3
	абс.	%	абс.	%	абс.	%			
Ознаки відсутні	15	57,7	21	25,0	3	7,0	<0,01	<0,01	<0,05
Ознаки наявні	11	42,3	63	75,0	40	93,0			
Всього	26	100,0	84	100,0	43	100,0			

Натомість, три чверті обстежених Г2 і 93,0% обстежених Г3 було виявлено підвищення відчуття сімейної провини (рис. 3.17).

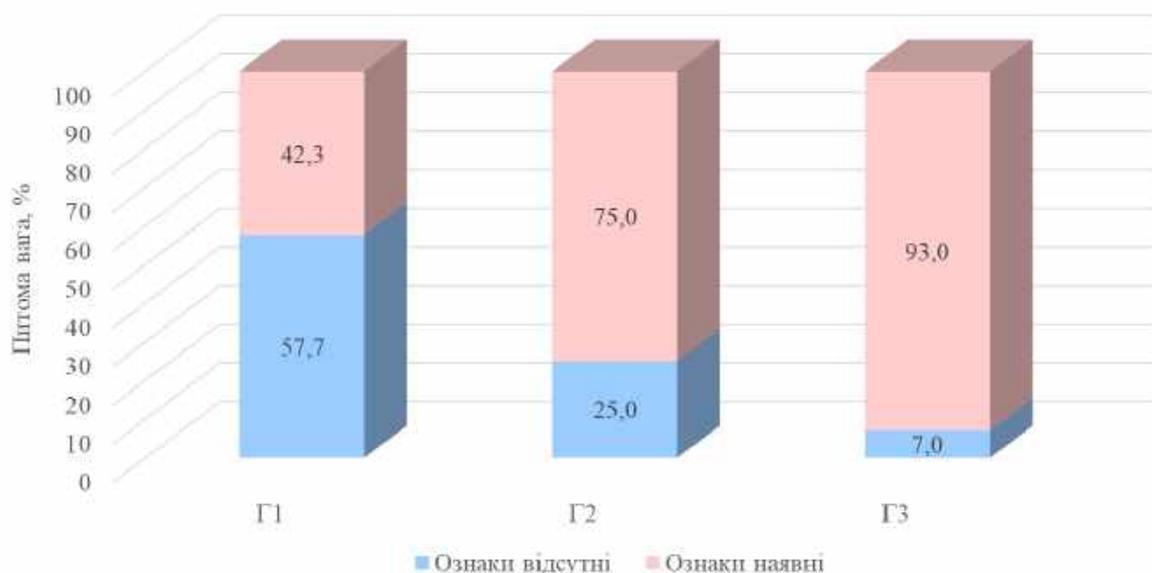


Рис. 3.17. Розподіл обстежених за наявністю ознак сімейної провини

Аналогічно, серед обстежених Г1 переважали особи з відсутністю ознак сімейної тривожності (61,5%) (табл. 3.10), тоді як у групах Г2 і Г3 переважали особи з наявністю ознак сімейної тривожності (61,9% і 79,1% відповідно) (рис. 3.18).

Таблиця 3.10

Розподіл обстежених на групи за наявністю ознак сімейної тривожності

Варіанти	Г1		Г2		Г3		p 1-2	p 1-3	p 2-3
	абс.	%	абс.	%	абс.	%			
Ознаки відсутні	16	61,5	32	38,1	9	20,9	<0,05	<0,01	<0,05
Ознаки наявні	10	38,5	52	61,9	34	79,1			
Всього	26	100,0	84	100,0	43	100,0			

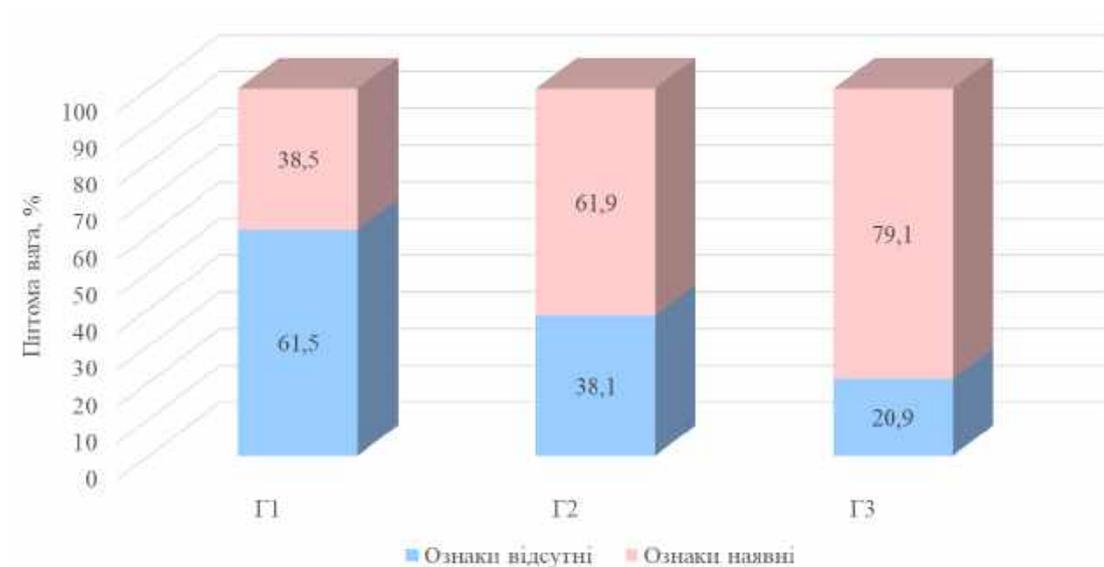


Рис. 3.18. Розподіл обстежених за наявністю ознак сімейної тривожності

Обстеженим Г1 також була притаманна переважно відсутність ознак сімейної напруженості (69,2%) (табл. 3.11), тоді як у Г2 ознаки сімейної напруженості були виявлені більш ніж у половини (56,0%) обстежених, а у Г3 – у переважній більшості (81,4%) обстежених (рис. 3.19).

Таблиця 3.11

Розподіл обстежених на групи за наявністю ознак сімейної напруженості

Варіанти	Г1		Г2		Г3		р 1-2	р 1-3	р 2-3
	абс.	%	абс.	%	абс.	%			
Ознаки відсутні	18	69,2	37	44,0	8	18,6	<0,05	<0,01	<0,01
Ознаки наявні	8	30,8	47	56,0	35	81,4			
Всього	26	100,0	84	100,0	43	100,0			

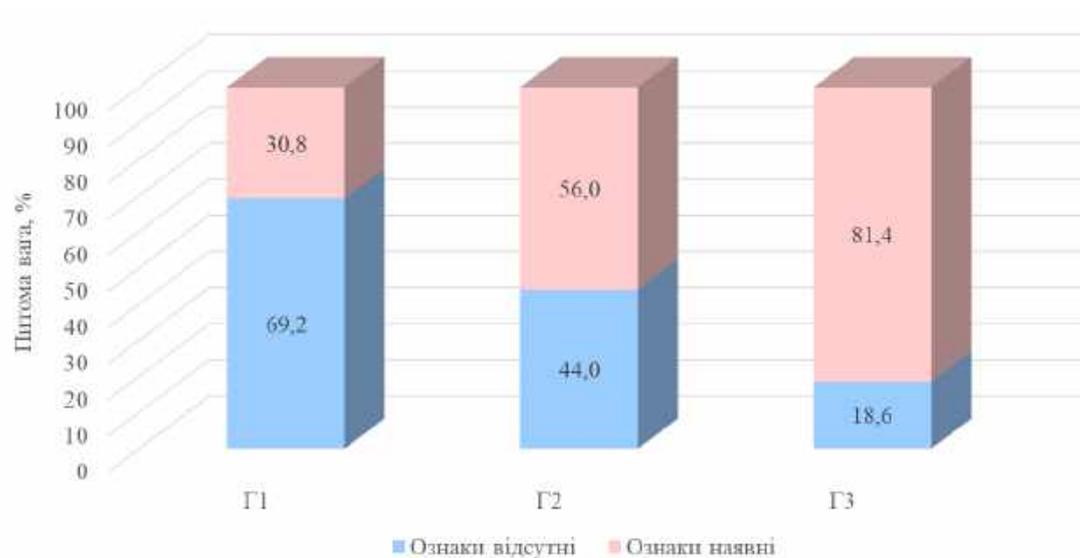


Рис. 3.19. Розподіл обстежених за наявністю ознак сімейної напруженості

Загалом, ознаки сімейної тривоги за підсумковим показником були виявлені у 30,8% обстежених Г1 (табл. 3.12), у 57,1% обстежених Г2, і у 88,4% обстежених Г3 (рис. 3.20).

Таблиця 3.12

Розподіл обстежених на групи за наявністю ознак сімейної тривоги

Варіанти	Г1		Г2		Г3		р 1-2	р 1-3	р 2-3
	абс.	%	абс.	%	абс.	%			
Ознаки відсутні	18	69,2	36	42,9	5	11,6	<0,05	<0,01	<0,01
Ознаки наявні	8	30,8	48	57,1	38	88,4			
Всього	26	100,0	84	100,0	43	100,0			



Рис. 3.20. Розподіл обстежених за наявністю ознак сімейної тривоги

Нами також були проаналізовані особливості кореляційних зв'язків показників сімейної тривоги та виразності психопатологічної симптоматики за даними опитувальника Symptom Check List-90-Revised – SCL-90-R. Результати кореляційного аналізу наведено на рис. 3.21.

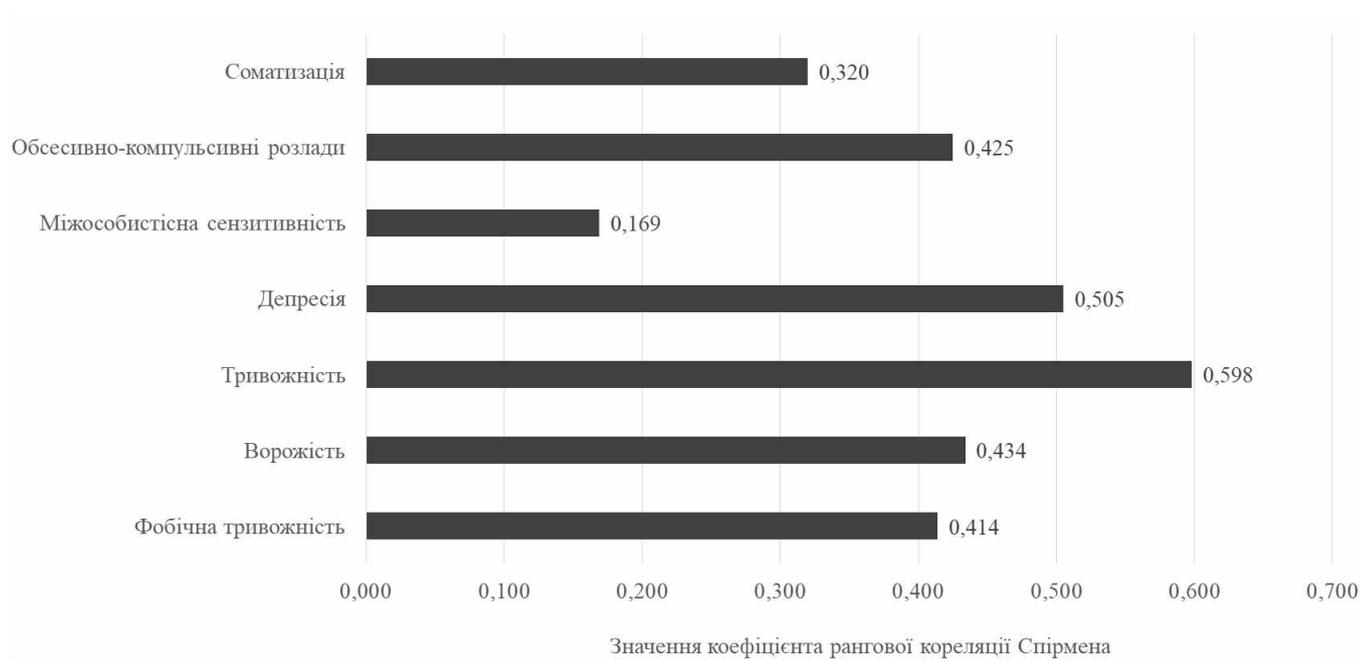


Рис. 3.21. Результати однофакторного непараметричного кореляційного аналізу зв'язків між показником сімейної тривоги та показниками виразності психопатологічної симптоматики за опитувальником SCL-90-R (наведено значущі ($p < 0,05$ і менше) значення коефіцієнтів рангової кореляції Спірмена

Як видно з рис. 3.21, найбільш тісні кореляції результуючого показника сімейної тривоги були виявлені з показниками тривоги ($r_s=0,598$) і депресії ($r_s=0,505$). Прямі кореляції помірної сили (значення коефіцієнта рангової кореляції від 0,3 до 0,7) були також виявлені з показниками ворожості ($r_s=0,434$), обсессивно-компульсивних розладів ($r_s=0,425$) та фобічної тривожності ($r_s=0,414$); слабкі значущі кореляції – з показником міжособистісної сензитивності ($r_s=0,169$).

3.2.3. Резилієнтність і тип ставлення до психічної хвороби родича як фактори функціонування сімейної системи та формування психічної дезадаптації у родичів пацієнтів з деменцією

Вивчення стану базових факторів, що визначають функціонування сімейної системи родини, в якій є хворий на деменцію – інтрапсихічного (резилієнтності найближчого до хворого референтного родича) та інтерпсихічного (його ставлення до захворювання на деменцію у члена родини), довело наступні результати.

Загальний середній рівень резилієнтності та виразності різних типів ставлення до хвороби у родича серед обстежених усіх груп наведено у табл. 3.13.

Таблиця 3.13

Кількісні показники виразності резилієнтності та типів ставлення членів родини до хвороби (психіатричного діагнозу) у родича (у балах)

Показник	Група			p		
	Г1 (n=26)	Г2 (n=84)	Г3 (n=43)	1-2	1-3	2-3
Резилієнтність	28,92±3,61	22,06±10,32	16,91±10,00	<0,01	<0,01	<0,01
Адекватне	10,12±1,18	6,88±1,91	3,35±2,02	<0,01	<0,01	<0,01
Драматизуюче	7,27±1,22	8,31±1,03	9,26±1,20	<0,01	<0,01	<0,01
Негативне (деструктивне)	5,04±1,31	7,08±1,17	8,16±1,13	<0,01	<0,01	<0,01

Як видно з табл. 3.13, середнє значення показника резилієнтності у родичів без ознак психічних порушень відповідало вищому за середній рівень: $28,92 \pm 3,61$ балів. У родичів, у яких були наявні ознаки факторів, що впливають на стан здоров'я, середнє значення показника за шкалою Коннора-Девідсона склало $22,06 \pm 10,32$ балів, що відповідало середньому рівню резилієнтності. У родичів з ознаками порушень адаптації середнє значення показника резилієнтності склало $16,91 \pm 10,00$ балів, що відповідає нижчому за середній рівень. Розбіжності у показниках між усіма дослідженими групами статистично значущі ($p < 0,01$) (рис. 3.22).

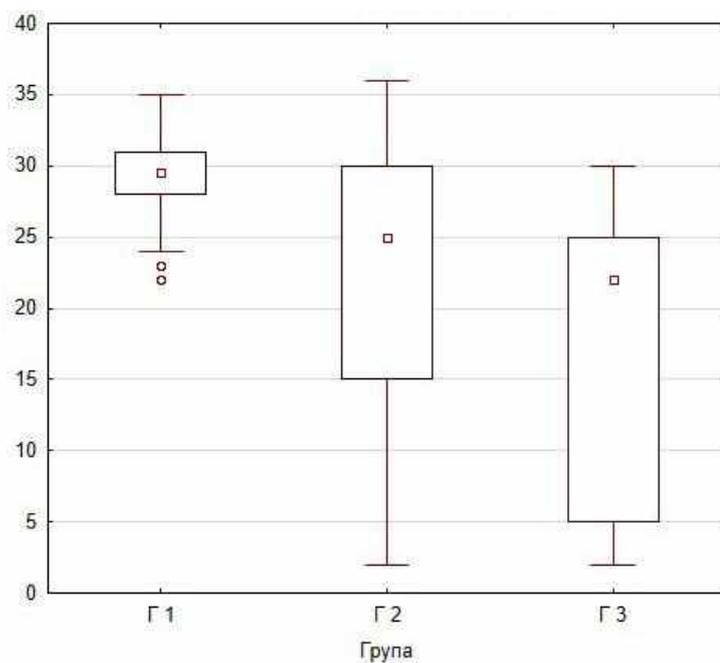


Рис. 3.22. Показники резилієнтності у балах (квадратом позначено медіану значень, прямокутниками – міжквартильний діапазон, горизонтальними рисками – граничні значення показників)

Аналіз особливостей розподілу рівню резилієнтності у обстежених залежно від стану їх психічного здоров'я підтвердив виявлені закономірності (табл. 3.14).

Рівень резилієнтності у обстежених з різним рівнем станом психічного здоров'я (за шкалою Коннора-Девідсона)

Рівні резилієнтності	Групи						р		
	Г1		Г2		Г3		1-2	1-3	2-3
	абс.	%	абс.	%	абс.	%			
Низький	0	0,0	22	26,2	18	41,8	<0,01	<0,01	>0,05
Нижчий за середній	0	0,0	7	8,3	2	4,7	>0,05	>0,05	>0,05
Середній	6	23,1	15	17,9	13	30,2	>0,05	>0,05	>0,05
Вищий за середній	12	46,2	21	25,0	10	23,3	<0,05	<0,05	>0,05
Високий	8	30,7	19	22,6	0	0,0	>0,05	<0,01	<0,01
Всього	26	100,0	84	100,0	43	100,0			

Як видно з табл. 3.14, більшість обстежених без ознак психічних розладів належали до групи з вищим за середній рівнем резилієнтності (46,2%), дещо меншою була питома вага осіб з високим (30,7%) та нижчим за середній (23,1%) рівнем резилієнтності; осіб з низькими рівнями резилієнтності у цій групі не було виявлено.

Натомість, груп родичів, у яких були наявні ознаки психічної дезадаптації, виявилася поліморфною і була представлена особами з різними рівнями резилієнтності. У цій групі приблизно однаковою виявилася питома вага осіб з низьким (26,2%), вищим за середній (25,0%) та високим (22,6%) рівнями резилієнтності, також істотною була частка осіб з середнім рівнем резилієнтності (17,9%), а найменшою – з нижчим за середній рівнем (8,3%).

У групі родичів з розладами адаптації переважали особи з низьким рівнем резилієнтності (41,8%), при цьому значною також була питома вага осіб з середнім рівнем (30,2%), і меншою – з вищим за середній (23,3%) і нижчим за середній (4,7%) рівнями. Осіб з високим рівнем резилієнтності у цій групі не було виявлено.

Вивчення *особливостей ставлення обстежених до психічного захворювання у родича* (рис. 3.23) дозволило виявити, що для обстежених Г1 найбільш типовим було адекватне ставлення до захворювання, що характеризується повним усвідомленням реальної важкості захворювання, концептуалізацією хвороби, усвідомленою готовністю родича виконувати лікувальні рекомендації, реалістичними очікуваннями від лікувально-реабілітаційних заходів, а також прийняттям факту психічного захворювання і пов'язаних з цим проблем. Середнє значення показника за адекватним ставленням у цій групі обстежених склало $10,12 \pm 1,18$ балів.

Другим за виразністю у групі родичів з відсутністю ознак психічних порушень було драматизуюче ставлення до психічного захворювання, що характеризується переоцінкою родичами важкості захворювання, неспокоєм і стурбованістю у зв'язку із захворюванням, почуттям провини, недовірою до лікування з очікуванням негативних наслідків захворювання для родини, впевненість у відсутності перспективи, руйнуванні і хаотизації внутрішнього світу хворого, низькою готовністю дотримуватися лікувально-реабілітаційних заходів. Середнє значення показника за цим типом ставлення до хвороби склало $7,27 \pm 1,22$ балів.

Найменш вираженим у родичів без ознак психічних порушень виявився негативний (деструктивний) тип ставлення до психічної хвороби, що характеризується нерозумінням або ігноруванням хвороби, ставленням до неї як до події, що порушує якість життя і розвиток сім'ї, усуненням від активної участі у долі пацієнта, невіра у позитивну терапевтичну перспективу і безконтрольність. Середнє значення показника за негативним (деструктивним) ставленням до психічного захворювання склало $5,04 \pm 1,31$ балів.

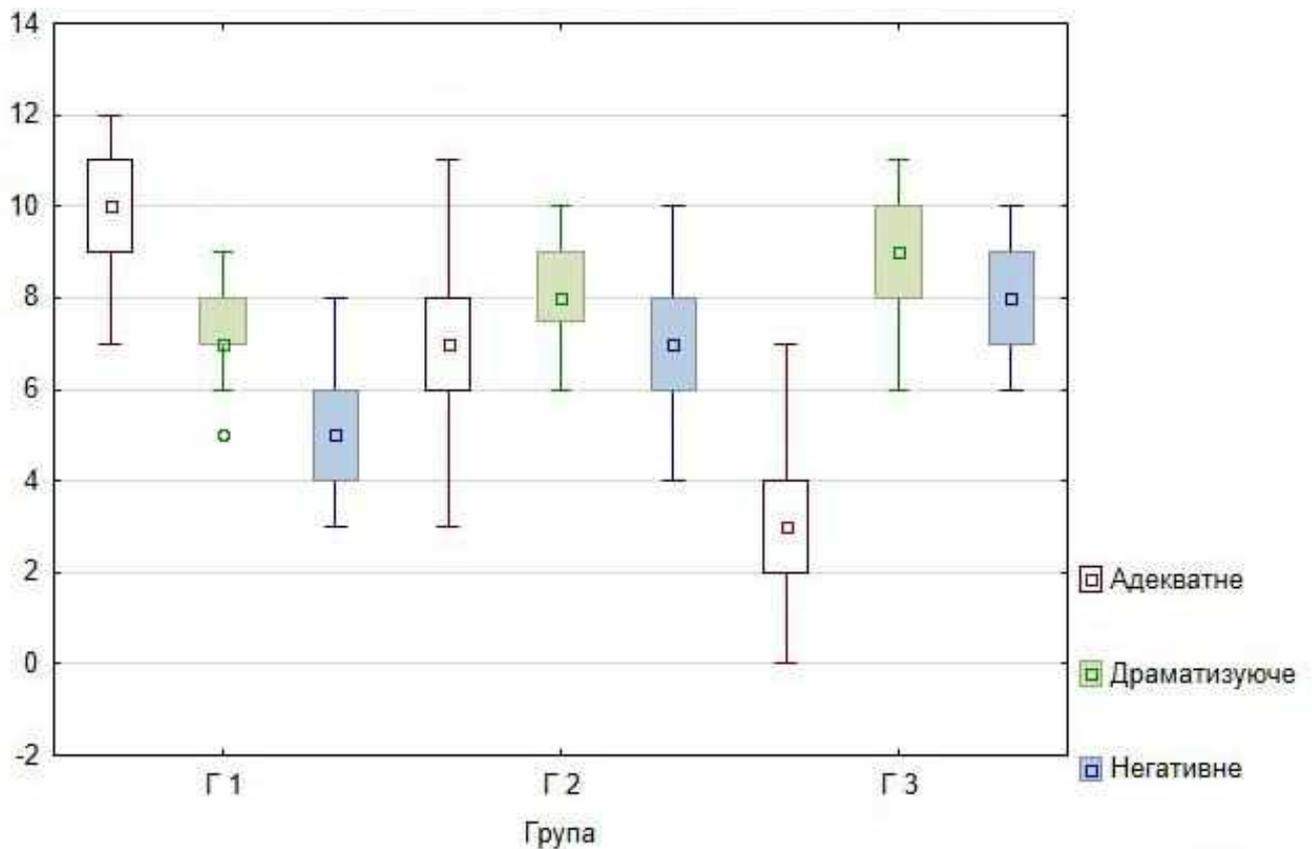


Рис. 3.23. Показники за різними типами ставлення до психічного захворювання у родича, у балах (квадратом позначено медіану значень, прямокутниками – міжквартильний діапазон, горизонтальними рисками – граничні значення показників)

У обстежених, у яких були наявні ознаки факторів, що впливають на розвиток у них стану психічної дезадаптації, виразність усіх трьох типів ставлення до психічного захворювання у родича була близькою, при дещо більшій виразності драматизуючого ставлення ($8,31 \pm 1,03$ балів), меншій – негативного (деструктивного) ставлення ($7,08 \pm 1,17$ балів), і найменшій – адекватного ($6,88 \pm 1,91$ балів).

У обстежених з наявністю адаптаційних розладів переважало драматизуюче ($9,26 \pm 1,20$ балів) і негативне (деструктивне) ставлення ($8,16 \pm 1,13$ балів), значно меншою була виразність адекватного ставлення ($3,35 \pm 2,02$ балів).

Кореляційний аналіз виявив наявність значущих ($p < 0,01$) кореляційних зв'язків між показником резиліентності та показниками виразності різних типів ставлення до психічного захворювання у родича (рис. 3.24).

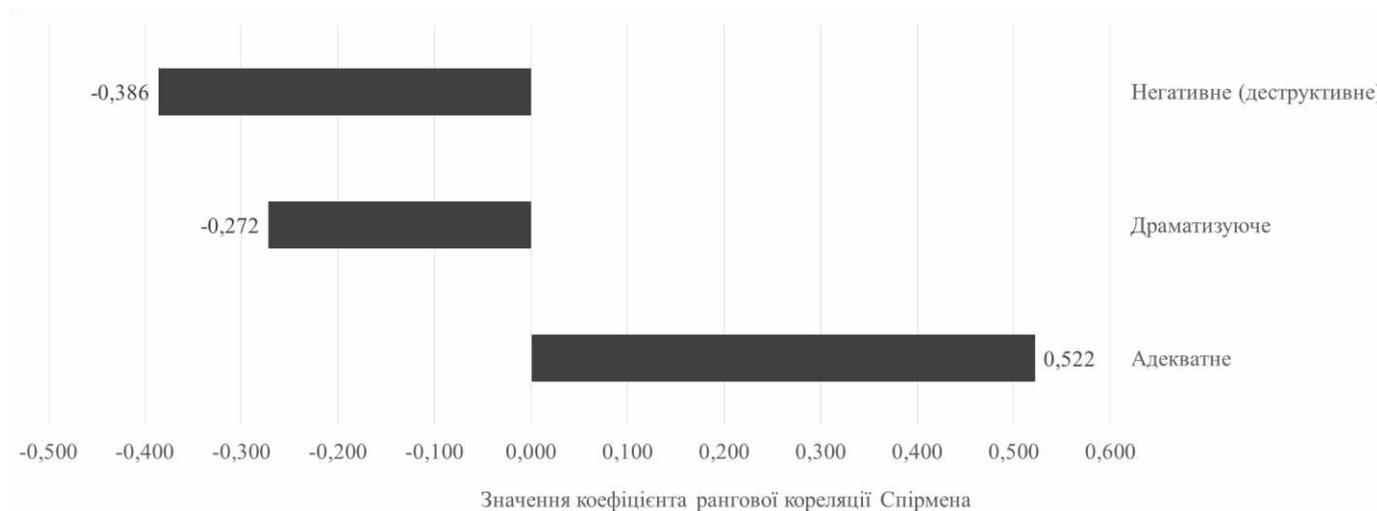


Рис. 3.24. Результати кореляційного аналізу зв'язків між показником резиліентності та показниками виразності різних типів ставлення до психічного захворювання у родича.

Показник резиліентності прямо корелював з виразністю адекватного ставлення до захворювання (кореляції помірної сили, значення $r_s = 0,522$), і зворотно корелював з виразністю неконструктивних типів ставлення до хвороби у родича: негативним (деструктивним) (кореляції помірної сили, $r_s = -0,386$) та драматизуючим (кореляції слабкі, $r_s = -0,272$).

3.2.4. Аналіз ролі інтерпсихічних і інтрапсихічних ресурсів родичів пацієнтів з деменцією у формуванні в них психічної дезадаптації

Психічна дезадаптація, що виникає у членів сім'ї хворих на деменцію, є важливою складовою комплексної проблеми сімейної та соціальної дезінтеграції, що асоційована із недоумством. Одна з основних тем досліджень, присвячених особам, що доглядають за пацієнтам з деменцією, – фактори, які збільшують або зменшують

стрес опікуна, а також збільшують або зменшують частоту психопатологічних проявів дезадаптації.

На теперішній час доведеним фактом є те, що найбільш потужними джерелами адаптивних ресурсів особистості, є інтрапсихічні і інтерпсихічні характеристики. Серед інтрапсихічних параметрів особистості, дія яких пом'якшує деструктивний вплив стресового навантаження, є конструктивні копінг-стратегії, а достатній рівень соціальної підтримки є базовим джерелом інтрапсихічної адаптації.

Конструктивними копінг-стратегіями вважаються такі, що сприяють активному вирішенню проблеми та мінімізують негативний вплив на психіку. Засвоєння навичок конструктивного копінгу сприятиме більш швидкому реагуванню у кризовій ситуації, мобілізації ресурсів, виходу із кризи. Індивіди, здатні до конструктивної поведінки правильно оцінюють власні можливості, здатні належним чином реагувати на зовнішні впливи та самостійно (або за допомогою інших) планувати власну поведінку таким чином, щоб позбавлятися деструктивних впливів стресу.

Феномен соціальної підтримки, яку можна розглядати як спосіб подолання труднощів за допомогою інших людей. Згідно стрес-буферної теорії соціальної підтримки, сформульованої у 1985 р. С. Коуеном і Т. Вілсом, остання виконує роль буфера і знижує негативні і патогенні наслідки стресу для людини за рахунок створення умов для пом'якшення патологічного та розвитку моделей ефективного реагування на стресові ситуації. В цілому, дослідження доводять, що люди, які отримують різні види підтримки від сім'ї, друзів, значущих осіб, відрізняються більш міцним здоров'ям, легше переносять повсякденні життєві труднощі і захворювання.

Кількісні показники виразності різних варіантів копінгу наведено у табл. 3.15.

**Показники виразності різних копінг-стратегій у родичів пацієнтів з деменцією
(у балах)**

Показник	Група			р		
	Г1 (n=26)	Г2 (n=84)	Г3 (n=43)	1-2	1-3	2-3
Конфронтаційний копінг	51,92±17,91	49,55±11,49	41,86±17,58	>0,05	<0,05	<0,01
Дистанціювання	46,57±15,16	55,70±15,65	66,66±31,54	<0,01	<0,01	<0,01
Самоконтроль	70,33±11,61	61,32±8,35	62,47±16,10	<0,01	<0,01	<0,05
Пошук соціальної підтримки	66,88±14,53	57,42±8,59	54,13±13,57	<0,01	<0,01	<0,05
Прийняття відповідальності	70,85±14,57	61,80±8,52	64,52±16,58	<0,01	<0,05	>0,05
Втеча-уникнення	43,75±12,59	47,92±11,75	53,79±18,08	<0,05	<0,05	<0,05
Планування вирішення проблеми	74,78±9,45	59,74±3,63	53,39±2,77	<0,01	<0,01	<0,01
Позитивна переоцінка	48,90±16,03	39,91±9,53	31,23±9,43	<0,05	<0,01	<0,01

У обстежених з відсутністю ознак психічних порушень у копінг-репертуарі переважали конструктивні та умовно конструктивні стратегії (рис. 3.25). Найбільш високі показники були виявлені за копінг-стратегією планування вирішення проблеми: 74,78±9,45 балів. Ця стратегія вважається конструктивною, такою, що сприяє вирішенню проблеми, і передбачає намагання подолати наявну проблему шляхом цілеспрямованої поведінки, орієнтованої на аналіз актуальної ситуації та доступних варіантів поведінки, з напрацюванням стратегії розв'язання ситуації, планування власних дій, спираючись на особистий досвід, наявні ресурси та аналіз об'єктивної ситуації.

Другою за виразністю у цій групі була копінг-стратегія прийняття відповідальності (середнє значення показника $70,85 \pm 14,57$ балів), що передбачає взяття суб'єктом на себе відповідальності за виникнення проблеми та усвідомлення власної ролі як у виникненні, так і у вирішенні проблеми. Поряд з позитивними сторонами цієї копінг-стратегії, що полягають в усвідомленні суб'єктом зв'язку між власними діями та їх наслідками з подальшою модифікацією поведінки для уникнення аналогічних проблем у майбутньому, стратегія прийняття відповідальності може призводити до переживання провини, незадоволеності собою та невиправданої самокритики, що збільшує ризик депресивних і тривожних станів.

Вираженою у обстежених Г1 виявилася також копінг-стратегія самоконтролю (середній показник $70,33 \pm 11,61$ балів), що полягає у намаганні суб'єкта стримувати і пригнічувати емоції для мінімізації їх впливу на можливості об'єктивної оцінки ситуації і вибору поведінкової стратегії для вирішення проблеми, та вираженому контролю за поведінкою. Характерно прагнення приховувати від оточуючих власні емоції, мотиви та переживання у зв'язку з проблемою, надмірна вимогливість до себе, високий рівень контролю за власною поведінкою. Водночас, ця стратегія сприяє зменшенню ймовірності імпульсивних вчинків, і раціоналізації підходів до вирішення проблеми.

Високі показники у родичів хворих з деменцією без ознак психічних порушень виявлені такою за стратегією пошуку соціальної підтримки: $66,88 \pm 14,53$ балів, що характеризується намаганням суб'єкта залучити зовнішні соціальні ресурси до вирішення проблеми, зокрема, дістати емоційну, дієву та інформаційну підтримку, активно взаємодіяти з іншими людьми і прагнення до співчуття, уваги та підтримки. Ця стратегія може реалізовуватися через пошук переважно емоційної підтримки, емпатії, співчуття, або корисної інформації, необхідних знань і навичок, або ж через прагнення дієвої підтримки і конкретних дій з боку оточуючих, спрямованих на розв'язання проблеми.

Натомість, у цій групі суттєво меншою виявилася виразність копінг-стратегій конфронтаційного копінгу, позитивної переоцінки, дистанціювання та втечі-уникнення (рис. 3.26).

Так, показник конфронтаційного копінгу, що передбачає намагання розв'язати проблему шляхом активної протидії або відреагування негативних емоцій, які є її наслідком, імпульсивної, часто нецілеспрямованої активності, агресії і конфліктності по відношенню до джерела проблеми, склав $51,92 \pm 17,91$ балів. Слід зазначити, що при помірному використанні цієї стратегії, що було притаманно обстеженим Г1, вона забезпечує спротив особистості труднощам, винахідливість і енергійність у вирішенні проблеми, контроль за тривогою і стресом.

Показник за копінг-стратегією позитивної переоцінки у обстежених Г1 склав $48,90 \pm 16,03$ балів, що є відносно невисоким. Позитивна переоцінка полягає у прагненні індивіда нейтралізувати негативні переживання шляхом позитивного переосмислення ситуації, і сприйняття її як стимулу для особистісного росту.

Низькими у обстежених Г1 виявилися показники за стратегією дистанціювання, що передбачає намагання суб'єкта зменшити суб'єктивне значення проблеми, і, відповідно, пов'язане з нею стресове та емоційне навантаження шляхом відсторонення від проблеми, применшення її значення та емоційної залученості через використання інтелектуальних прийомів переключення уваги, раціоналізації, гумору, відсторонення, знецінення тощо. Середнє значення показника за цим копінгом у обстежених Г1 склало $46,57 \pm 15,16$ балів.

Найнижчими у обстежених Г1 виявилися показники за копінг-стратегією втечі-уникнення: $43,75 \pm 12,59$ балів. Ця копінг-стратегія характеризується намаганням применшити суб'єктивну значущість проблеми і пов'язані з цим негативні переживання через заперечення проблеми, ухиляння від неї, фантазування, відволікання, невиправдані очікування, уникання прийняття рішень тощо. Ця стратегія може реалізуватися у патологічних формах поведінки: зловживання алкоголем, наркотиками, медикаментами, переїдання, а також занурення у фантазії та невиправдані очікування.

Загалом, копінг-репертуар родичів хворих з деменцією з відсутністю проявів психічних розладів характеризується переважанням конструктивних копінг-стратегій, і спрямований на аналіз і розв'язання актуальної стресової ситуації через планування вирішення проблеми, залучення зовнішнього соціального ресурсу та адаптивні стратегії, що передбачають усвідомлення і прийняття проблеми, та активну протидію стресовим ситуаціям, які пов'язані з нею.

У родичів хворих з деменцією, у яких були наявні ознаки факторів, що впливають на стан здоров'я (Г2), були виявлені певні відмінності у пріоритетності копінг-стратегій та менші кількісні значення показників конструктивних копінгів. Так, домінуючими у цій групі виявилися копінг-стратегії прийняття відповідальності ($61,80 \pm 8,52$ балів), самоконтролю ($61,32 \pm 8,35$ балів) та планування вирішення проблеми ($59,74 \pm 3,63$ балів); при цьому вельми близькі показники були виявлені також для копінг-стратегій пошуку соціальної підтримки ($57,42 \pm 8,59$ балів) та дистанціювання ($55,70 \pm 15,65$ балів). Менш характерними для цієї групи виявилися конфронтаційний копінг ($49,55 \pm 11,49$ балів), втеча-уникнення ($47,92 \pm 11,75$ балів), а найменш вираженою стратегією – позитивна переоцінка ($39,91 \pm 9,53$ балів).

Група родичів хворих з деменцією з розладами адаптації характеризувалася істотними відмінностями у копінг-репертуарі.

Домінуючою стратегією у цій групі виявилось дистанціювання (значення показника $66,66 \pm 31,54$ балів); суттєвою виразністю характеризувалися також стратегії прийняття відповідальності ($64,52 \pm 16,58$ балів) і самоконтролю ($62,47 \pm 16,10$ балів). Менш виразними виявилися стратегії пошуку соціальної підтримки ($54,13 \pm 13,57$ балів), втечі-уникнення ($53,79 \pm 18,08$ балів) і планування вирішення проблеми ($53,39 \pm 2,77$ балів), конфронтаційного копіngu ($41,86 \pm 17,58$ балів), а найменш вираженою – стратегія позитивної переоцінки ($31,23 \pm 9,43$ балів).

Таким чином, родичі хворих з деменцією з відсутністю ознак психічних порушень характеризувалися переважанням у копінг-репертуарі конструктивних стрес-долаючих стратегій, родичі з наявністю ознак порушень адаптації – значною

виразністю неконструктивних копінг-стратегій при меншій виразності конструктивних, а родичі з ознаками факторів, що впливають на стан здоров'я займали проміжне положення між цими двома групами.

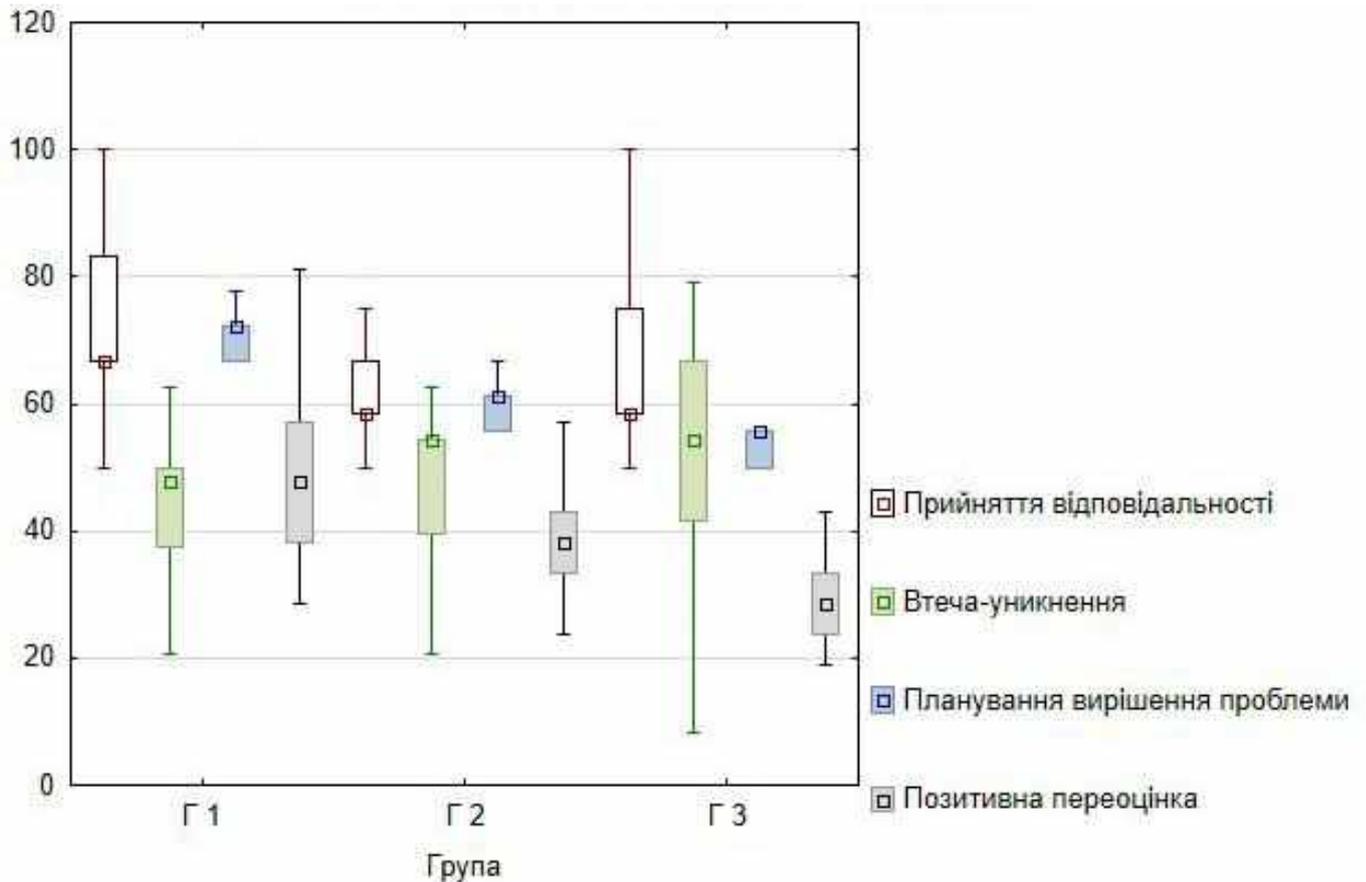


Рис. 3.25. Показники виразності копінг-стратегій прийняття відповідальності, втечі-уникнення, планування вирішення проблеми та позитивної переоцінки у родичів хворих з деменцією, у балах (квадратом позначено медіану значень, прямокутниками – міжквартильний діапазон, горизонтальними рисками – граничні значення показників)

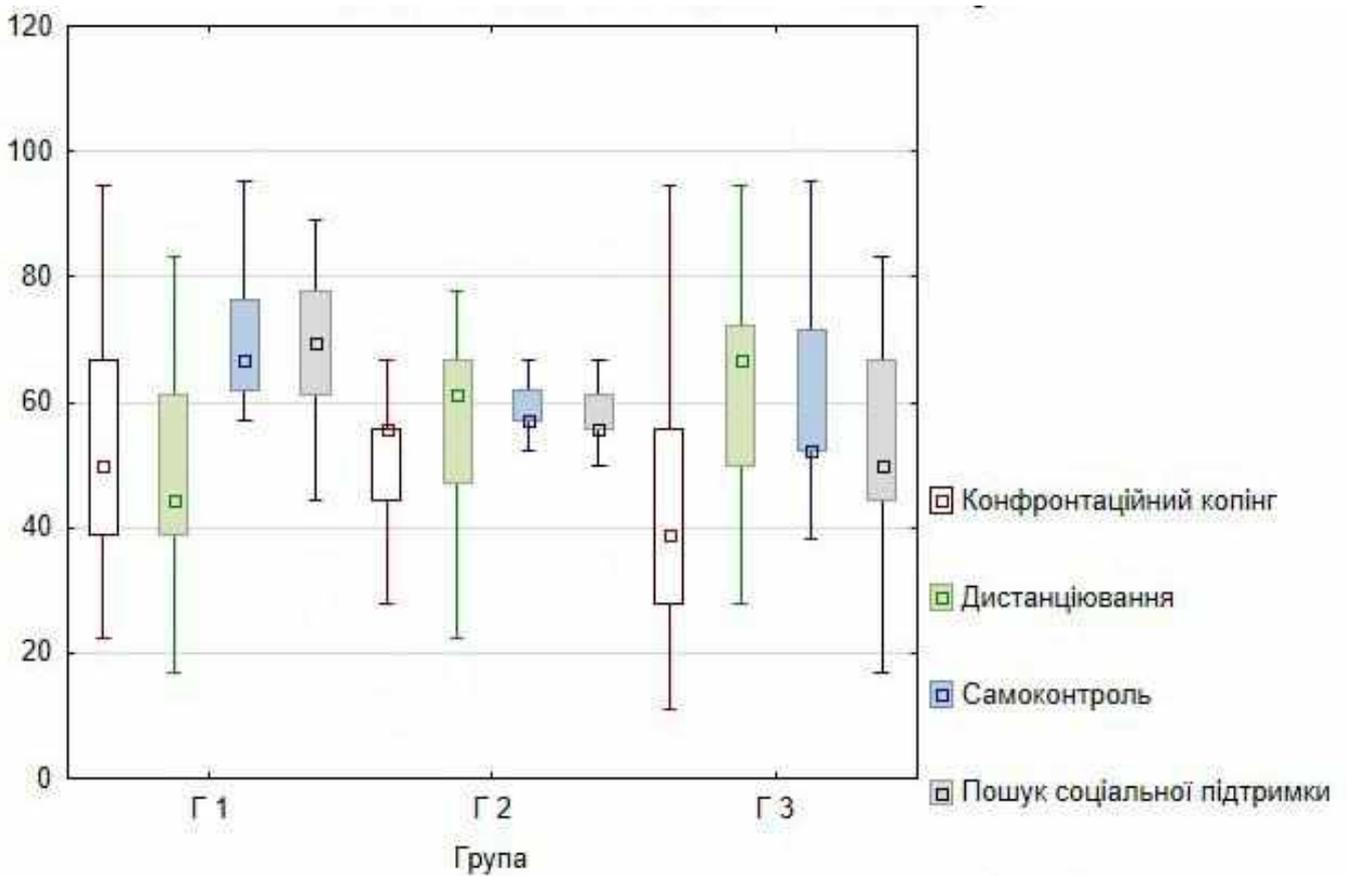


Рис. 3.26. Показники виразності конфронтаційного копінгу, дистанціювання, самоконтролю і пошуку соціальної підтримки у родичів хворих з деменцією, у балах (квадратом позначено медіану значень, прямокутниками – міжквартильний діапазон, горизонтальними рисками – граничні значення показників)

Результати оцінки наявності і вираженості соціальної підтримки наведено у табл. 3.16.

Таблиця 3.16

Показники соціальної підтримки родичів хворих з деменцією за даними шкали MSPSS (у балах)

Показник	Група			p		
	Г1 (n=26)	Г2 (n=84)	Г3 (n=43)	1-2	1-3	2-3
Соціальна підтримка сім'ї	4,69±1,57	2,04±1,00	1,63±0,98	<0,01	<0,01	<0,05

Соціальна підтримка друзів	3,73±1,46	2,18±1,17	1,44±0,88	<0,01	<0,01	<0,01
Соціальна підтримка значущих інших	4,92±1,65	1,81±1,20	1,72±0,83	<0,01	<0,01	>0,05
Загальний показник соціальної підтримки	13,35±3,44	6,02±2,32	4,79±1,87	<0,01	<0,01	<0,01

Слід зазначити, що родичі хворих з деменцією загалом не високо оцінили рівень соціальної підтримки. Так, у групі осіб з відсутністю ознак психічних порушень показник соціальної підтримки сім'ї склав $4,69 \pm 1,57$ балів, що відповідає помірному рівню, наближаючись до високого. Найнижче родичі Г1 оцінили рівень соціальної підтримки з боку друзів: $3,73 \pm 1,46$ балів, що відповідає помірному рівню, а найвище – рівень соціальної підтримки з боку значущих інших: $4,92 \pm 1,65$ балів (показник близький до високого рівня).

У родичів хворих з деменцією, у яких були наявні ознаки факторів, що впливають на стан здоров'я, оцінка рівня соціальної підтримки була низькою. Обстежені цієї групи найнижче оцінили рівень соціальної підтримки з боку значущих інших: $1,81 \pm 1,20$ балів, дещо вище – рівень соціальної підтримки з боку сім'ї: $2,04 \pm 1,00$ балів, і найвище – рівень соціальної підтримки з боку друзів: $2,18 \pm 1,17$ балів; однак, кількісні значення показників за всіма зазначеними сферами були низькими (менше 3 балів).

Найнижчою оцінка рівня соціальної підтримки виявилася у групі родичів з наявністю ознак порушень адаптації. Найгірше обстежені цієї групи оцінили рівень соціальної підтримки з боку друзів: $1,44 \pm 0,88$ балів, дещо вище – рівень соціальної підтримки з боку сім'ї: $1,63 \pm 0,98$ балів, і найвище – рівень соціальної підтримки з боку значущих інших: $1,72 \pm 0,83$ балів.

Загальний показник соціальної підтримки у родичів хворих з деменцією без ознак психічних порушень виявився помірним: $13,35 \pm 3,44$ балів, у родичів, у яких були наявні ознаки факторів, що впливають на стан здоров'я – низьким: $6,02 \pm 2,32$ балів, і у родичів, у яких були наявні порушення адаптації – дуже низьким: $4,79 \pm 1,87$ балів. Розбіжності у показниках між усіма групами статистично значущі ($p < 0,01$) (рис. 3.27).

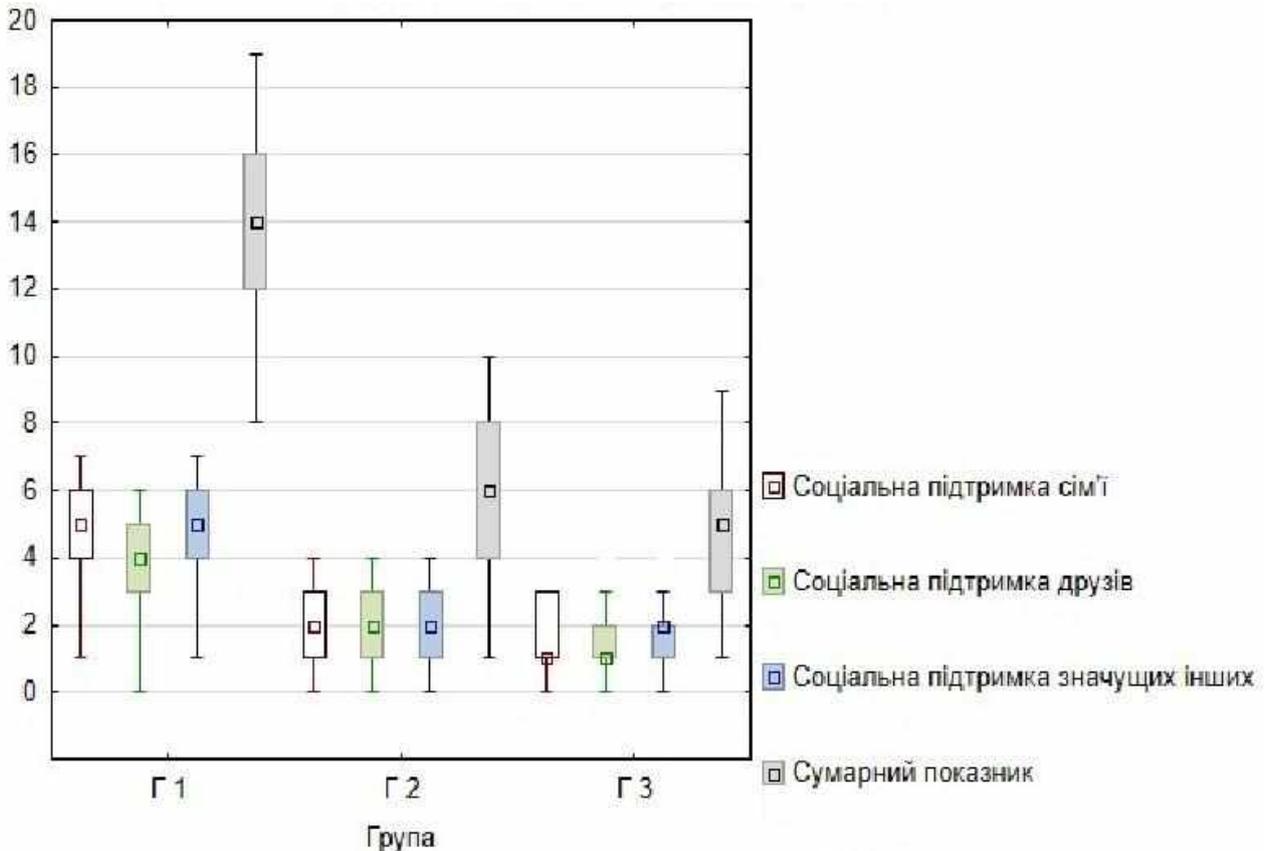


Рис. 3.27. Показники за шкалою MSPSS у балах (квадратом позначено медіану значень, прямокутниками – міжквартильний діапазон, горизонтальними рисками – граничні значення показників)

На наступному етапі роботи нами був проведений кореляційний аналіз зв'язків між виразністю наявних адаптивних ресурсів та показниками стану афективної сфери, виразності психопатологічної симптоматики, якості життя, соціальної підтримки, резилієнтності та сімейної тривожності. Оцінка стану психічної сфери здійснювалась з використанням шкал депресії і тривоги М. Гамільтона HDRS і

HARS, та шкали оцінки психопатологічної симптоматики L. Derogatis SCL-90-R; резильєнтності – за допомогою однойменної шкали Коннора-Девідсона-10, сімейної тривоги – за однойменною методикою Е. Ейдемільера, В. Юстицькіса, якості життя – за методикою Н.Mezzich в адаптації Н.О.Марути.

Результати кореляційного аналізу між виразністю різних копінг-стратегій та зазначених параметрів, наведено табл. 3.17, яка демонструє, що найбільш тісні кореляції, переважно помірної сили, були виявлені з виразністю копінг-стратегії планування вирішення проблеми, які зворотно корелювала з показниками депресії, тривоги, психопатологічної симптоматики та сімейної тривожності, і прямо корелювала з показниками якості життя. Значущі зворотні кореляції, переважно слабкі (значення коефіцієнта рангової кореляції менше 0,3) були також виявлені між показниками виразності депресії, тривоги, психопатологічної симптоматики і сімейної тривожності та виразністю копінг-стратегій позитивної переоцінки, пошуку соціальної підтримки, прийняття відповідальності та самоконтролю, а прямі кореляції – з виразністю копінг-стратегій дистанціювання і втечі-уникнення.

Таблиця 3.17

Кореляційні зв'язки між виразністю окремих копінг-стратегій як джерел інтерпсихічних адаптативних ресурсів, та показниками стану афективної сфери, виразності психопатологічної симптоматики, якості життя, соціальної підтримки, резилієнтності та сімейної тривожності

Показник	Конфронтаційний копінг		Дистанціювання		Самоконтроль		Пошук соціальної підтримки		Прийняття відповідальності		Втеча-уникнення		Планування вирішення проблеми		Позитивна переоцінка	
	r _s	p	r _s	p	r _s	p	r _s	p	r _s	p	r _s	p	r _s	p	r _s	p
Шкала депресії HDRS																
Показник депресії	0,052	>0,05	0,300	<0,01	-0,214	<0,01	-0,226	<0,01	-0,192	<0,05	0,221	<0,01	-0,523	<0,01	-0,302	<0,01
Шкала тривоги HARS																
Показник тривоги	-0,042	>0,05	0,303	<0,01	-0,203	<0,05	-0,216	<0,01	-0,199	<0,05	0,195	<0,05	-0,511	<0,01	-0,299	<0,01
Шкала HADS																
Показник тривоги	-0,122	>0,05	0,262	<0,01	-0,245	<0,01	-0,240	<0,01	0,050	>0,05	0,266	<0,01	-0,235	<0,01	-0,332	<0,01
Показник депресії	0,077	>0,05	0,249	<0,01	-0,162	<0,05	-0,133	>0,05	-0,183	<0,05	0,164	<0,05	-0,553	<0,01	-0,247	<0,01
Опитувальник Symptom Check List-90-Revised – SCL-90-R																
Соматизація	0,089	>0,05	0,293	<0,01	-0,203	<0,05	-0,208	<0,05	-0,217	<0,01	0,155	>0,05	-0,446	<0,01	-0,224	<0,01
Обсесивно-компульсивні розлади	0,175	<0,05	0,249	<0,01	-0,071	>0,05	-0,143	>0,05	-0,191	<0,05	0,061	>0,05	-0,423	<0,01	-0,164	<0,05
Міжособистісна сензитивність	0,055	>0,05	0,263	<0,01	-0,151	>0,05	-0,190	<0,05	-0,178	<0,05	0,164	<0,05	-0,352	<0,01	-0,202	<0,05
Депресія	-0,042	>0,05	0,286	<0,01	-0,055	>0,05	-0,115	>0,05	-0,080	>0,05	0,109	>0,05	-0,543	<0,01	-0,223	<0,01
Тривожність	0,199	<0,05	0,259	<0,01	-0,253	<0,01	-0,289	<0,01	-0,240	<0,01	0,133	>0,05	-0,565	<0,01	-0,306	<0,01

Ворожість	0,069	>0,05	0,152	>0,05	0,098	>0,05	0,060	>0,05	-0,008	>0,05	-0,022	>0,05	-0,342	<0,01	-0,047	>0,05
Фобічна тривожність	0,149	>0,05	0,339	<0,01	-0,240	<0,01	-0,309	<0,01	-0,267	<0,01	0,203	<0,05	-0,310	<0,01	-0,295	<0,01
Шкала якості життя Mezzich et al. в адаптації Н.О. Марути																
Суб'єктивне благополуччя/задоволеність	0,040	>0,05	-0,372	<0,01	0,299	<0,01	0,314	<0,01	0,156	>0,05	-0,238	<0,01	0,644	<0,01	0,386	<0,01
Виконання соціальних ролей	0,051	>0,05	-0,294	<0,01	0,269	<0,01	0,298	<0,01	0,205	<0,05	-0,222	<0,01	0,652	<0,01	0,357	<0,01
Зовнішні життєві умови	0,045	>0,05	-0,295	<0,01	0,208	<0,05	0,247	<0,01	0,165	<0,05	-0,219	<0,01	0,586	<0,01	0,343	<0,01
Показник якості життя	0,044	>0,05	-0,361	<0,01	0,270	<0,01	0,299	<0,01	0,186	<0,05	-0,244	<0,01	0,485	<0,01	0,384	<0,01
Багатовимірна шкала сприйняття соціальної підтримки (MSPSS)																
Соціальна підтримка сім'ї	0,096	>0,05	-0,201	<0,05	0,155	>0,05	0,159	<0,05	0,152	>0,05	-0,086	>0,05	0,467	<0,01	0,109	>0,05
Соціальна підтримка друзів	0,039	>0,05	-0,201	<0,05	0,254	<0,01	0,229	<0,01	0,186	<0,05	-0,182	<0,05	0,513	<0,01	0,313	<0,01
Соціальна підтримка значущих інших	-0,116	>0,05	-0,236	<0,01	0,219	<0,01	0,139	>0,05	0,173	<0,05	-0,149	>0,05	0,471	<0,01	0,186	<0,05
Сумарний показник	0,001	>0,05	-0,251	<0,01	0,247	<0,01	0,207	<0,05	0,204	<0,05	-0,163	<0,05	0,587	<0,01	0,244	<0,01
Шкала резиліентності Коннора-Девідсона																
Резиліентність	-0,050	>0,05	-0,247	<0,01	0,133	>0,05	0,168	<0,05	0,157	>0,05	-0,156	>0,05	0,589	<0,01	0,219	<0,01
Шкала сімейної тривожності																

Сімейна провина	0,068	>0,05	0,198	<0,05	-0,232	<0,01	-0,267	<0,01	-0,203	<0,05	0,143	>0,05	-0,563	<0,01	-0,184	<0,05
Сімейна тривожність	-0,108	>0,05	0,183	<0,05	-0,090	>0,05	-0,189	<0,05	-0,091	>0,05	0,138	>0,05	-0,489	<0,01	-0,211	<0,01
Сімейна напруженість	0,035	>0,05	0,121	>0,05	-0,161	<0,05	-0,115	>0,05	-0,080	>0,05	0,028	>0,05	-0,342	<0,01	-0,203	<0,05
Загальний рівень сімейної тривожності	-0,013	>0,05	0,304	<0,01	-0,270	<0,01	-0,291	<0,01	-0,221	<0,01	0,217	<0,01	-0,663	<0,01	-0,335	<0,01

Також було досліджено кореляційні зв'язки між показниками соціальної підтримки, як інтрапсихічного джерела адаптації, та індикаторами стану афективної сфери, виразності психопатологічної симптоматики, резилієнтності, сімейної тривоги та якості життя (табл. 3.18).

Таблиця 3.18

Результати однофакторного непараметричного кореляційного аналізу зв'язків між показниками соціальної підтримки та показниками афективної сфери, виразності психопатологічної симптоматики, резилієнтності, сімейної тривоги та якості життя

Показник	Соціальна підтримка сім'ї		Соціальна підтримка друзів		Соціальна підтримка значущих інших		Загальний показник соціальної підтримки	
	r_s	p	r_s	p	r_s	p	r_s	p
HDRS	-0,231	<0,01	-0,416	<0,01	-0,342	<0,01	-0,416	<0,01
HARS	-0,355	<0,01	-0,410	<0,01	-0,413	<0,01	-0,475	<0,01
HAM-A	-0,267	<0,01	-0,232	<0,01	-0,232	<0,01	-0,262	<0,01
HAM-D	-0,095	>0,05	-0,240	<0,01	-0,291	<0,01	-0,269	<0,01
Соматизація	-0,231	<0,01	-0,273	<0,01	-0,235	<0,01	-0,294	<0,01
Обсесивно-компульсивні розлади	-0,105	>0,05	-0,216	<0,01	-0,189	<0,05	-0,205	<0,05
Міжособистісна сензитивність	-0,211	<0,01	-0,230	<0,01	-0,165	<0,05	-0,232	<0,01
Депресія	-0,255	<0,01	-0,371	<0,01	-0,331	<0,01	-0,405	<0,01
Тривожність	-0,143	>0,05	-0,367	<0,01	-0,283	<0,01	-0,334	<0,01
Ворожість	-0,156	>0,05	-0,268	<0,01	-0,258	<0,01	-0,289	<0,01
Фобічна тривожність	-0,184	<0,05	-0,305	<0,01	-0,190	<0,05	-0,278	<0,01

Резилієнтність	0,207	<0,05	0,387	<0,01	0,311	<0,01	0,380	<0,01
Сімейна провина	-0,220	<0,01	-0,330	<0,01	-0,275	<0,01	-0,345	<0,01
Сімейна тривожність	-0,138	>0,05	-0,211	<0,01	-0,179	<0,05	-0,213	<0,01
Сімейна напруженість	-0,190	<0,05	-0,353	<0,01	-0,300	<0,01	-0,362	<0,01
Загальний рівень сімейної тривоги	-0,208	<0,05	-0,358	<0,01	-0,310	<0,01	-0,368	<0,01
Показник якості життя	0,433	<0,01	0,489	<0,01	0,415	<0,01	0,545	<0,01

Як видно з табл. 3.18, показники соціальної підтримки зворотно корелювали з показниками виразності депресії і тривоги (збільшення виразності депресивних і тривожних проявів супроводжувалося зниженням оцінки рівня соціальної підтримки), а також з показниками виразності психопатологічної симптоматики (соматизації, obsesивно-компульсивних розладів, міжособистісної сензитивності, депресії, тривожності, ворожості та фобічної тривожності). Вищі рівні резилієнтності були пов'язані з кращими оцінками рівня соціальної підтримки. Показники виразності сімейної тривоги зворотно корелювали з показниками соціальної підтримки, а між показниками соціальної підтримки та якості життя існував прямий кореляційний зв'язок. Виявлені кореляційні зв'язки переважно помірної (значення коефіцієнта рангової кореляції від 0,3 до 0,7) та слабкої (значення коефіцієнта рангової кореляції менше 0,3) сили.

Висновки до розділу 3

1. Стан психічної сфери родичів, які здійснюють догляд пацієнтів з деменцією, відрізняється різноманітністю і включає стани психічного здоров'я

(16,9%), психічної дезадаптації (54,9%) та клінічно окресленого розладу адаптації F43.2 (28,1%).

2. Родичам пацієнтів з деменцією притаманні специфічні зміни в афективній сфері. Виразність цих змін тісно пов'язана з наявністю факторів, які впливають на стан здоров'я та порушень адаптації. У родичів без ознак психічних розладів та факторів, які впливають на здоров'я, показники виразності депресії і тривоги переважно перебувають в межах норми, хоча й наближаються до показників легкої виразності депресивних і тривожних розладів. Натомість, у родичів, у яких виявлено фактори, що впливають на здоров'я, наявні ознаки депресивних і тривожних розладів, переважно субклінічного і легкого рівня (41,7% та 25,0% відповідно). У родичів, які мають порушення адаптації, виявлено ознаки депресивних і тривожних розладів помірною (51,2% та 60,5% відповідно), а у 15-20% випадків і важкого ступеня.

3. Аналіз виразності психопатологічної симптоматики у родичів хворих на деменцію виявив у них найбільш виражені прояви депресії (у осіб з ознаками порушень адаптації – підвищеного рівня, у осіб без ознак порушень адаптації та з наявними ознаками факторів, що впливають на стан здоров'я – помірною рівня) у осіб Г2 також відповідають низькому рівню, але є значуще ($p < 0,01$) вищими порівняно з Г1 ($1,11 \pm 0,40$ балів), а у осіб Г3 наближаються до помірною рівня і є значуще ($p < 0,01$) вищими у порівнянні з обстеженими перших двох груп ($1,30 \pm 0,43$ балів), тривожності (помірною рівня, у осіб з ознаками порушень адаптації – на межі підвищеного рівня), міжособистісної сензитивності (помірною рівня), obsесивно-компульсивних розладів (у осіб без ознак порушень адаптації – низького рівня, у осіб з ознаками факторів, що впливають на стан здоров'я та з ознаками порушень адаптації – помірною рівня), фобічної тривожності (у осіб без ознак порушень адаптації та у осіб з ознаками факторів, що впливають на стан здоров'я – низького рівня, у осіб з ознаками порушень адаптації – помірною рівня), соматизації (у всіх групах низького рівня, у осіб з ознаками порушень адаптації – ближче до помірною

рівня), низькими рівнями ворожості, та відсутністю проявів паранояльної симптоматики і психотизму.

4. Родичі, у яких відсутні ознаки психічних порушень, продемонстрували найвищі показники ЯЖ в усіх сферах, а також найкращий інтегральний показник ЯЖ. У родичів з ознаками факторів, що впливають на стан здоров'я, ЯЖ була значуще гіршою у порівнянні з родичами Г1, але кращою порівняно з Г3 за всіма сферами. Родичі, у яких було виявлено порушення адаптації, характеризувалися найнижчими показниками ЯЖ в усіх сферах. Найбільш чутливими до наявності ознак факторів, що впливають на стан здоров'я, та порушень адаптації, виявилися сфери ЯЖ психологічного (емоційного) благополуччя (Г1 показник вищий за середній: $6,50 \pm 1,36$ балів, Г2 – незначно нижчий за середній: $4,94 \pm 1,35$ балів, Г3 – низький: $3,65 \pm 0,57$ балів), самообслуговування і незалежності дій (Г1 показник доволі високий: $7,23 \pm 1,03$ балів, Г2 – вище середнього: $5,92 \pm 1,26$ балів, Г3 – нижче середнього рівня: $4,84 \pm 1,11$ балів), соціо-емоційної підтримки (Г1 показник достатньо високий: $7,23 \pm 1,24$ балів, Г2 – вищий за середній: $5,39 \pm 1,90$ балів, Г3 – низький: $3,70 \pm 0,91$ балів), та особистісної реалізації (Г1 показники вищі за середній рівень: $6,65 \pm 1,41$ балів, Г2 – близькі до середнього рівня: $5,24 \pm 1,55$ балів, Г3 – низькі: $3,63 \pm 0,95$ балів).

5. Встановлено, що у родичів пацієнтів з деменцією наявність і виразність проявів сімейної тривоги залежить від стану психічної сфери, а саме, наявності та інтенсивності клініко-психопатологічної симптоматики адаптаційних порушень. Так, родичі з відсутністю ознак психічних порушень продемонстрували низькі рівні сімейної тривоги та її складових; у переважній більшості обстежених цієї групи ознаки сімейної провини, сімейної тривожності та сімейної напруженості були відсутні. Родичам хворих з деменцією, зі станами дезадаптації, які не доходять до клінічно окресленого рівню і відповідають Z-кодам МКХ-10, були притаманні підвищені показники сімейної тривоги та її складових, і у більшості обстежених цієї групи були виявлені ознаки сімейної провини, сімейної тривожності та сімейної

напруженості. Найгіршими показниками сімейної тривоги характеризувалися родичі хворих з деменцією, у яких були виявлені ознаки порушень адаптації. Показник сімейної тривоги у цій групі був високим, і у переважній більшості обстежених були виявлені ознаки сімейної провини, сімейної тривожності та сімейної напруженості. Загалом, ознаки сімейної тривоги за підсумковим показником були виявлені у 30,8% обстежених Г1, у 57,1% обстежених Г2, і у 88,4% обстежених Г3. Питання щодо первинності/вторинності даних феноменів потребує подальшого вивчення.

6. Наявність розладів адаптації асоційована зі значним зниженням резиліентності у родичів хворих на деменцію. Найвищими рівнями резиліентності характеризувалися родичі з відсутністю ознак психічних порушень ($28,92 \pm 3,61$ балів), значуще нижчий рівень резиліентності був виявлений у родичів, у яких були наявні ознаки психічної дезадаптації ($22,06 \pm 10,32$ балів), і найнижчий – у родичів з ознаками порушень адаптації ($16,91 \pm 10,00$ балів). Розбіжності у показниках між усіма дослідженими групами статистично значущі ($p < 0,01$). Питання щодо первинності/вторинності даних феноменів потребує подальшого вивчення.

7. Родичам хворих на деменцію з відсутністю ознак психічних порушень притаманний переважно адекватний тип ставлення до психічного захворювання у родича, при істотно меншій виразності драматизуючого і деструктивного типів ($5,04 \pm 1,31$ балів). Родичам, у яких були наявні ознаки факторів, що впливають на стан здоров'я, виявлено близьку поширеність усіх типів ставлення до хвороби при дещо більшій виразності драматизуючого типу ($8,31 \pm 1,03$ балів). У родичів з ознаками порушень адаптації домінували драматизуючий ($9,26 \pm 1,20$ балів) і деструктивний ($8,16 \pm 1,13$ балів) типи, за мінімальною представленістю адекватного типу ставлення до психічної хвороби родича.

8. Родичам хворих з деменцією притаманні певні особливості копінг-репертуару в залежності від стану їх психічної сфери. Родичам з відсутністю ознак психічних порушень було притаманне переважання конструктивних

копінг-стратегій, спрямованих на подолання актуальної стресової ситуації через планування вирішення проблеми, пошук соціальної підтримки, самоконтроль і активну діяльність з протидії проблемі. Родичам з порушеннями психічної сфери рівня розладу адаптації була притаманна більша виразність неконструктивних копінг-стратегій, а копінг-репертуар родичів з групи ризику, відрізнявся як від родичів без ознак психічних порушень, так і від родичів з ознаками порушень адаптації, і характеризувався поєднанням конструктивних, умовно конструктивних і неконструктивних копінг-стратегій.

9. Для родичів хворих на деменцією були характерні невисокі оцінки рівня соціальної підтримки з боку сім'ї, друзів та значущих інших. Загальний показник соціальної підтримки у родичів без ознак психічних порушень виявився помірним: $13,35 \pm 3,44$ балів, у родичів, у яких були наявні ознаки факторів, що впливають на стан здоров'я – низьким: $6,02 \pm 2,32$ балів, і у родичів, у яких були порушення адаптації – дуже низьким: $4,79 \pm 1,87$ балів.

10. За результатами кореляційного аналізу було встановлено, що найбільш тісні кореляції, переважно помірної сили, були виявлені з виразністю копінг-стратегії планування вирішення проблеми, які зворотно корелювала з показниками депресії, тривоги, психопатологічної симптоматики та сімейної тривожності, і прямо корелювала з показниками якості життя. Значущі зворотні кореляції, переважно слабкі (значення коефіцієнта рангової кореляції менше 0,3) були також виявлені між показниками виразності депресії, тривоги, психопатологічної симптоматики і сімейної тривожності та виразністю копінг-стратегій позитивної переоцінки, пошуку соціальної підтримки, прийняття відповідальності та самоконтролю, а прямі кореляції – з виразністю копінг-стратегій дистанціювання і втечі-уникнення. Показники соціальної підтримки зворотно корелювали з показниками виразності депресії і тривоги (збільшення виразності депресивних і тривожних проявів супроводжувалося зниженням оцінки рівня соціальної підтримки), а також з показниками виразності психопатологічної симптоматики (соматизації, obsесивно-компульсивних розладів, міжособистісної сензитивності, депресії, тривожності, ворожості та

фобічної тривожності). Вищі рівні резилієнтності були пов'язані з кращими оцінками рівня соціальної підтримки. Показники виразності сімейної тривоги зворотно корелювали з показниками соціальної підтримки, а між показниками соціальної підтримки та якості життя існував прямий кореляційний зв'язок. Виявлені кореляційні зв'язки переважно помірної (значення коефіцієнта рангової кореляції від 0,3 до 0,7) та слабкої (значення коефіцієнта рангової кореляції менше 0,3) сили.

Таким чином, формування психічної дезадаптації у родичів пацієнтів з деменцією є складним, багаторівневим процесом, у якому взаємодіють як інтрапсихічні, так і інтерпсихічні чинники, які можуть грати як протективну, так і патогенну роль у процесі формування та розвитку психічної дезадаптації. Стан психічної адаптації родичів пацієнтів з деменцією напряму залежить від стану їх інтерпсихічних і інтрапсихічних ресурсів. Інтрапсихічними чинниками формування психічної дезадаптації є резилієнтність та копінг-поведінка. Високий рівень особистісної резильєнтності, який визначає здатність людини долати хронічний стрес, пов'язаний із доглядом, зберігати психологічну рівновагу та підтримувати життєві смисли навіть у ситуації прогресуючої втрати близької особи, зменшує ризик психічної дезадаптації. Переважання адаптивних поведінкових стратегій (планування, підтримка, позитивна переоцінка, самоконтроль, відповідальність) знижують ризик розвитку психічної дезадаптації, тоді як превалювання неадаптивних (конфронтація, дистанціювання, уникання) є фактором формування та прогресування дезадаптацію. Інтрапсихічними чинниками, які підтримують адаптацію, або, навпаки, сприяють розвитку психічної дезадаптації у родичів хворих на деменцію, є сімейна тривога, тип ставлення до психічної хвороби родича та соціальна підтримка. Сімейна тривога діє як «емоційне поле» сімейної системи: вона може циркулювати між членами родини, підсилюючи відчуття безпорадності, або ж трансформуватись у ресурс згуртованості. Тип ставлення до психічної хвороби родича (адекватне, драматизуюче, негативне) є інтрапсихічною позицією кожного окремого члена сім'ї, але на інтерпсихічному

рівні воно формує стиль взаємодії в родині. Адекватне ставлення сприяє конструктивному розподілу ролей і зниженню конфліктності, тоді як драматизуюче та негативне – посилюють дезадаптацію, ведуть до конфліктів і стигматизації хворого. Соціальна підтримка (від інших родичів, спільноти, професійних служб) істотно знижує навантаження на окремого доглядальника, створює можливості для емоційного розвантаження і попереджає хронічне виснаження. Її відсутність, навпаки, підвищує ризик розвитку психічної дезадаптації до формування клінічно окресленого розладу адаптації.

РОЗДІЛ 4

КОРЕКЦІЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА ПСИХІЧНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ У РОДИЧІВ ХВОРИХ НА ДЕМЕНЦІЮ ТА ОЦІНКА ЇЇ ЕФЕКТИВНОСТІ

4.1. Система диференційованої корекції і профілактики психічної дезадаптації у родичів хворих на деменцію

За результатами нашого дослідження, були виявлені суттєві відмінності у психопатологічному реагуванні та психосоціальному функціонуванні родичів хворих з деменцією з різними рівнями психічної дезадаптації. Це дозволило нам науково обґрунтувати і розробити систему диференційованої корекції і профілактики психічної дезадаптації для родичів хворих з деменцією, індивідуалізовану в залежності від рівня порушення адаптації.

Принциповими засадами, на яких ґрунтується зазначена система, визначені:

1. Комплексність заходів, що поєднують психофармакологічні, психокорекційні та психотерапевтичні заходи.
2. Диференціація заходів з урахуванням психічного стану, індивідуально-психологічних характеристик та стану соціально-психологічної адаптації.
3. Реалізація заходів зазначеної системи у визначеній послідовності, поєднання заходів за принципами наступності і взаємного доповнення.
4. Гнучкість і динамічність реалізації заходів з внесенням коректив у індивідуальну лікувально-корекційну траєкторію в залежності від динаміки психопатологічних змін.

Метою системи диференційованої корекції і профілактики є нормалізація психічного стану родичів хворих з деменцією та усунення порушень адаптації та ознак факторів, що впливають на стан здоров'я.

Об'єктом лікувально-корекційних втручань є порушення адаптації у родичів хворих з деменцією.

Ключовими мішенями впливу системи диференційованої корекції і профілактики для родичів хворих з деменцією є:

1. Порушення адаптації.
2. Депресивна, тривожна та інша психопатологічна симптоматика.
3. Прояви соціально-психологічної дезадаптації та порушення психосоціального функціонування.

Нами рекомендовано реалізовувати систему заходів диференційованої корекції і профілактики для родичів хворих з деменцією у три етапи, поєднані комплексністю і наступністю заходів:

Перший етап – діагностичний. Метою етапу є визначення спектру наявної у обстежуваного психопатологічної симптоматики та діагностика актуальних порушень адаптації, індивідуально-психологічних характеристик, а також сімейної взаємодії (сімейної тривожності та ставлення до психічного захворювання). Проведенню діагностики передують ознайомча бесіда з обстежуваним, метою якої є встановлення довірчих терапевтичних відносин, формування комплаєнсу і запиту на подальшу взаємодію, корекцію та лікування. На цьому етапі формується план лікувально-корекційних втручань.

Другий етап – лікувально-інтервенційний. Метою цього етапу є усунення проявів порушень адаптації, ліквідація психопатологічної симптоматики, відновлення соціально-психологічної адаптації та формування передумов для недопущення рецидивування порушень адаптації. Тривалість цього етапу – до 3 місяців.

Третій етап – реабілітаційно-корекційний. Основною метою цього етапу є стабілізація психоемоційного стану на нормальному рівні, забезпечення високої стійкості до стресових впливів, недопущення рецидивування порушень адаптації. Тривалість цього етапу – від 6 місяців до 3 років, в залежності від порушень адаптації.

Усі заходи на лікувально-інтервенційному та реабілітаційно-корекційному етапах диференційовані в залежності від виявлених у обстежуваних порушень адаптації та ознак факторів, що впливають на стан

здоров'я. Це дозволяє оптимізувати лікувально-корекційні заходи і мінімізувати витрати часу на корекцію при збереженні максимальної ефективності терапевтичних втручань.

Заходи першого (діагностичного) етапу уніфіковані; їх структура і зміст представлені у табл. 4.1.

Таблиця 4.1

Структура і зміст заходів діагностичного етапу

Основні завдання	Методи і засоби	Критерії ефективності
<p>1. Встановлення довірчих, комплаєнтних відносин, формування запиту на взаємодію, терапію та корекцію.</p> <p>2. Визначення індивідуально-психологічних особливостей.</p> <p>3. Встановлення наявних порушень адаптації та ознак факторів, що впливають на стан здоров'я.</p> <p>4. Визначення спектру наявної у обстежуваного спектру психопатологічної симптоматики.</p> <p>5. Визначення стану сімейної тривожності, ставлення до психічного захворювання та якості життя</p>	<p>1. Клінічна бесіда, організована за принципом напівструктурованого клінічного інтерв'ю.</p> <p>2. Психодіагностичне обстеження з використанням методики дослідження копінг-поведінки S. Folkman & R. Lazarus і методики оцінки резилієнтності Коннора-Девідсона.</p> <p>3. Клінічне обстеження із застосуванням критеріїв МКХ-10 та МКХ-11.</p> <p>4. Клінічне та психодіагностичне обстеження з використанням шкал депресії і тривоги HDRS, HARS, HADS, опитувальника SCL-90-R.</p> <p>5. Психометричне та психодіагностичне обстеження з використанням шкали сімейної тривожності, шкали структурованого інтерв'ю для визначення ставлення членів родини до хвороби (психіатричного діагнозу) у родича</p>	<p>1. Наявність комплаєнсу, готовність до подальшої взаємодії.</p> <p>2. Визначення копінг репертуару та показника резилієнтності</p> <p>3. Визначення діагнозу порушень адаптації відповідно до МКХ.</p> <p>4. Визначення спектру психопатологічної симптоматики</p> <p>5. Визначення особливостей сімейного функціонування та якості життя</p>

Заходи лікувально-інтервенційного етапу диференційовані залежно від наявних порушень адаптації.

Нами рекомендовано виділяти три групи для реалізації заходів цього етапу.

До першої групи слід включати родичів хворих з деменцією, у яких не виявлено ознак психічних розладів та факторів, які впливають на стан здоров'я населення та звертання до закладів охорони здоров'я.

До другої групи ми рекомендуємо включати родичів, у яких є наявні ознаки факторів, що впливають на стан здоров'я (коди за МКХ-10 Z63.10 «Проблеми взаємовідносин з батьками та родичами чоловіка чи дружини», Z63.20 «Недостатня підтримка сім'ї», Z63.60 «Залежний член сім'ї, який потребує догляду в домашніх умовах», Z63.70 «Інші стресові життєві події, що впливають на сім'ю та її членів», Z63.80 «Інші уточнені проблеми, пов'язані з найближчим оточенням», Z63.90 «Проблема, пов'язана з найближчим оточенням, не уточнена»).

До третьої групи слід включати родичів, у яких виявлено ознаки порушення адаптації (код F43.2) відповідно до критеріїв МКХ-10.

Структура і зміст заходів другого етапу для зазначених груп наведено у табл. 4.2.

Таблиця 4.2

Структура і зміст заходів лікувально-інтервенційного етапу

Основні завдання	Методи і засоби	Критерії ефективності
Родичі хворих з деменцією, у яких не виявлено ознак психічних розладів та факторів, які впливають на стан здоров'я населення та звертання до закладів охорони здоров'я		
1. Усунення окремих проявів депресії і тривоги, нормалізація психологічного стану.	1. Психосвіта, психокорекція, аутотренінг, медитативні техніки.	1. Відсутність депресивних і тривожних проявів за даними клінічного та

<p>2. Профілактика порушень адаптації.</p> <p>3. Забезпечення повноцінної соціально-психологічної адаптації та належної якості життя</p>	<p>2. Психосвіта, напрацювання оптимального режиму, аутосугестивні практики.</p> <p>3. Психологічне та сімейне консультування.</p>	<p>психодіагностичного обстеження.</p> <p>2. Відсутність порушень адаптації.</p> <p>3. Задовільна соціально-психологічна адаптація та висока якість життя.</p>
<p>Родичі, у яких були наявні ознаки факторів, що впливають на стан здоров'я</p>		
<p>1. Усунення проявів депресії, тривоги, obsesивно-фобічних проявів, порушень сну.</p> <p>2. Корекція проблем у взаємовідносинах з родичами, недостатньої підтримки сім'ї, інших стресових життєвих подій, що впливають на сім'ю та її членів, проблем, пов'язаних з найближчим оточенням.</p> <p>3. Відновлення соціально-психологічної адаптації</p>	<p>1. Психосвіта, когнітивно-поведінкова терапія, аутосугестивні техніки. За наявності клінічно оформлених депресивних і тривожних розладів – фармакологічна корекція: есциталопрам 10-20 мг на добу, сертралін 50-150 мг на добу, пароксетин 20-40 мг на добу, міртазапін 15-45 мг на добу, агомелатин 25-50 мг на добу.</p> <p>2. Сімейна та групова психотерапія, сімейне консультування.</p>	<p>1. Відсутність депресивних і тривожних проявів за даними клінічного та психодіагностичного обстеження.</p> <p>2. Відсутність проблем у взаємовідносинах з родичами і проблем, пов'язаних з найближчим оточенням.</p> <p>3. Задовільна соціально-психологічна адаптація та висока якість життя.</p>

	3. Психологічне консультування, тренінги адаптації	
Родичі, у яких виявлено ознаки порушення адаптації		
1. Лікування порушень адаптації 2. Відновлення нормального соціально-психологічного функціонування і міжособистісної взаємодії.	1. Медикаментозне лікування: есциталопрам 10-20 мг/добу, сертралін 50-225 мг на добу, пароксетин 20-60 мг на добу, міртазапін 15-45 мг на добу, агомелатин 25-50 мг на добу, міансерин 30-90 мг/добу, венлафаксин 75-225 мг на добу, дулоксетин 60-120 мг на добу, кветіапін 25-200 мг на добу (за потреби). Когнітивно-поведінкова терапія, управління стресом, психоосвіта, аутосугестивні техніки. 2. Сімейне та психологічне консультування, сімейна терапія, групова психотерапія	1. Відсутність клінічно значущих порушень адаптації за даними клінічного обстеження. Відсутність депресивних, тривожних, диссомнічних та інших психопатологічних проявів за даними психодіагностичного обстеження. 2. Задовільний рівень соціально-психологічного функціонування та якості життя.

Заходи третього (реабілітаційно-корекційного) етапу також рекомендується проводити диференційовано залежно від групи за порушеннями адаптації (табл. 4.3).

Таблиця 4.3

Структура і зміст заходів реабілітаційно-корекційного етапу

Основні завдання	Методи і засоби	Критерії ефективності
Родичі хворих з деменцією, у яких не виявлено ознак психічних розладів та факторів, які впливають на стан здоров'я населення та звертання до закладів охорони здоров'я		
1. Попередження порушень адаптації та станів, що можуть негативно впливати на стан здоров'я. 2. Підтримка високого рівня соціально-психологічної адаптації та якості життя.	1. Періодичні консультативно-діагностичні сеанси (один на 3-6 місяців). 2. Психосвіта, психологічне консультування.	1. Відсутність порушень адаптації та станів, що можуть негативно впливати на стан здоров'я. 2. Високий рівень соціально-психологічної адаптації та якості життя.
Родичі, у яких були наявні ознаки факторів, що впливають на стан здоров'я		
1. Повне усунення проявів депресії, тривоги, порушень сну, obsesивно-фобічних та інших психопатологічних проявів. 2. Остаточне розв'язання проблем у взаємовідносинах з	1. Психосвіта, когнітивно-поведінкова терапія, аутосугестивні техніки. У разі призначення антидепресивної терапії – продовження лікування протягом щонайменше 6 місяців з	1. Відсутність депресивних і тривожних проявів за даними клінічного та психодіагностичного обстеження. 2. Відсутність проблем у взаємовідносинах з родичами і проблем,

<p>родичами, недостатньої підтримки сім'ї, інших стресових життєвих подій, що впливають на сім'ю та її членів, проблем, пов'язаних з найближчим оточенням.</p> <p>3. Підтримка високого рівня соціально-психологічного функціонування та якості життя.</p>	<p>моменту досягнення клінічного ефекту.</p> <p>2. Сімейна психотерапія, групова терапія.</p> <p>3. Психологічне консультування, соціальна підтримка.</p>	<p>пов'язаних з найближчим оточенням.</p> <p>3. Задовільна соціально-психологічна адаптація та висока якість життя.</p>
<p>Родичі з розладом адаптацією , у яких виявлено ознаки порушення адаптації</p>		
<p>1. Повне усунення розладів адаптації, ліквідація депресивних, тривожних та інших психопатологічних проявів.</p> <p>2. Профілактика рецидиву розладів адаптації.</p> <p>3. Підтримка задовільного рівня соціально-психологічної</p>	<p>1. Продовження психофармакологічної терапії з періодичним контролем стану.</p> <p>Когнітивно-поведінкова терапія, аутосугестивна терапія, психоосвіта</p> <p>періодичними курсами з інтервалом 1-3 місяці.</p> <p>2. Тренінг адаптації, групова терапія, сімейна терапія з повторними</p>	<p>1. Відсутність клінічно значущих порушень адаптації за даними клінічного обстеження.</p> <p>Відсутність депресивних, тривожних, диссомнічних та інших психопатологічних проявів за даними психодіагностичного обстеження.</p> <p>2. Задовільний рівень адаптації за даними</p>

адаптації, міжособистісної взаємодії та якості життя	підтримуючими сесіями. 3. Психологічне та сімейне консультування, періодичний контроль стану соціально- психологічної адаптації	клінічного обстеження та психодіагностики. 3. Задовільний рівень соціально- психологічного функціонування та якості життя.
---	--	--

4.2. Оцінка ефективності системи заходів диференційованої корекції і профілактики психічної дезадаптації у родичів хворих з деменцією

Реалізація розробленої системи заходів у зазначеному обсязі та у визначеній послідовності дає можливість суттєво зменшити виразність порушень адаптації і досягти високого рівня соціально-психологічної адаптації родичів хворих на деменцію.

Для підтвердження цього факту нами було проведено оцінку ефективності застосування запропонованої нами системи заходів диференційованої корекції і профілактики психічної дезадаптації у родичів хворих з деменцією. Для цього нами було сформовано три групи. До першої групи, чисельністю 26 осіб, були віднесені родичі, у яких не виявлено ознак психічних розладів та факторів, які впливають на стан здоров'я населення та звертання до закладів охорони здоров'я. До другої групи (84 особи) були віднесені родичі з ознаками психічної дезадаптації, до третьої групи (43 особи), були віднесені родичі з порушенням адаптації (код F43.2) відповідно до критеріїв МКХ-10. В двох останніх групах було сформовано по дві підгрупи: контрольну та втручання. Родичі контрольної групи отримували стандартну терапію відповідно до чинних клінічних протоколів. Родичі групи втручання пройшли повний курс запропонованої системи заходів. Відбір до груп

втручання проводився методом рандомізованої селекції. Пацієнти контрольних груп та груп втручання не мали значущих відмінностей за всіма симптомами і даними психодіагностичного обстеження до початку корекції.

Остаточна оцінка результатів корекції проводилася через 6 місяців після її початку.

У процесі корекції деякі родичів вибули з-під спостереження з причин, не пов'язаних з корекцією. Таким чином, загальна кількість родичів, яким проводилася оцінка ефективності запропонованої лікувально-корекційної програми, склала:

- у групі родичів, у яких не виявлено ознак психічних розладів та факторів, які впливають на стан здоров'я населення та звертання до закладів охорони здоров'я – 25 осіб;

- у групі родичів, у яких були наявні ознаки факторів, що впливають на стан здоров'я: контрольна група – 40 осіб, група втручання – 41 особа;

- у групі родичів, у яких виявлено ознаки порушення адаптації: контрольна група – 20 осіб, група втручання – 21 особа.

Випадків відмови від лікувально-корекційної програми не було.

Оцінка ефективності впровадження розробленої системи проводилась за наступними критеріями: а) стан психічної сфери – визначався через клініко-психопатологічну оцінку, доповнену психометричними даними шкал депресії і тривоги М. Гамільтона HDRS і HARS, шкалою HADS та шкалою оцінки психопатологічної симптоматики L. Derogatis SCL-90-R; б) стан якості життя (ЯЖ) – діагностували з використанням однойменної методики J.Mezzih в адаптації Н.О.Марути; в) стан сімейного функціонування – досліджували за допомогою методики «Аналіз сімейної тривоги» Е.Ейдемільера, В.Юстицькіса.

У групі родичів, у яких не виявлено ознак психічних розладів та факторів, які впливають на стан здоров'я населення та звертання до закладів охорони здоров'я було виявлено значуще покращення суб'єктивної симптоматики в динаміці: щодо зниженого настрою, швидкої втомлюваності, а також тривоги і страху (табл. 4.4). За іншими психопатологічними проявами також була наявна

позитивна динаміка, однак, розбіжності у поширеності цих симптомів в динаміці були статистично не значущими.

Таблиця 4.4

Поширеність психопатологічної симптоматики в процесі лікування у родичів, у яких не виявлено ознак психічних розладів та факторів, які впливають на стан здоров'я населення та звертання до закладів охорони здоров'я

Симптом	Усі пацієнти, n=25				
	до лікування		після лікування		p
	абс.	%	абс.	%	
Знижений настрій	17	68,0	10	40,0	<0,05
Втомлюваність	11	44,0	5	20,0	<0,05
Тривога, страх	17	68,0	10	40,0	<0,05
Занижена самооцінка	3	12,0	1	4,0	>0,05
Когнітивні порушення	12	48,0	8	32,0	>0,05
Порушення сну	8	32,0	5	20,0	>0,05
Діагноз депресії	4	16,0	1	4,0	>0,05

У групі родичів, у яких були наявні ознаки факторів, що впливають на стан здоров'я, особи контрольної групи виявили позитивну динаміку щодо усіх суб'єктивних психопатологічних проявів, однак, розбіжності у поширеності психопатологічної симптоматики до початку і після корекції були статистично не значущими (табл. 4.5).

Натомість, у групі втручання була виявлена значуща позитивна динаміка за всіма суб'єктивними проявами. Поширеність психопатологічної симптоматики у цій групі після корекції була значуще меншою у порівнянні з групою контролю.

Питома вага осіб, які відповідали критеріям депресивного розладу, у групі контролю зменшилася з 40,0% до 36,8%, а у групі втручання – з 46,3% до 19,5% ($p=0,093$).

**Поширеність психопатологічної симптоматики в процесі лікування у родичів, у яких виявлені ознаки факторів,
що впливають на стан здоров'я**

Симптом	Контрольна група, n=40					Група втручання, n=41					Порівняння контрольної та основної групи	
	до лікування		після лікування		р	до лікування		після лікування		р	до ліку- вання	після ліку- вання
	абс.	%	абс.	%		абс.	%	абс.	%			
Знижений настрій	35	87,5	24	60,0	>0,05	36	87,8	14	34,1	<0,05	>0,05	<0,05
Втомлюваність	20	50,0	17	42,5	>0,05	26	63,4	14	34,1	<0,05	>0,05	<0,05
Тривога, страх	25	62,5	17	42,5	>0,05	29	70,7	9	22,0	<0,05	>0,05	<0,05
Когнітивні порушення	28	70,0	20	50,0	>0,05	31	75,6	10	24,4	<0,05	>0,05	<0,05
Порушення сну	21	52,5	17	42,5	>0,05	24	58,5	9	22,0	<0,05	>0,05	<0,05
Діагноз депресії	16	40,0	14	36,8	>0,05	19	46,3	8	19,5	<0,05	>0,05	>0,05

У групі у родичів з наявністю порушень адаптації показники після корекції були найгіршими з усіх груп, однак, у групі втручання вони наближалися до тих, які були притаманні родичам з наявністю ознак факторів, що впливають на стан здоров'я (табл. 4.6). При цьому в групі контролю була наявна позитивна динаміка в процесі спостереження, однак, вона була несуттєвою. Натомість, у групі втручання було виявлено значуще зменшення в процесі корекції питомої ваги осіб зі зниженим настроєм (з 95,2% до 57,1%), порушеннями когнітивного функціонування (з 90,5% до 52,4%) та загальної кількості пацієнтів, які відповідали критеріям депресивного розладу (з 66,7% до 23,8%).

Результати психодіагностичного обстеження підтвердили закономірності, виявлені при клінічному обстеженні.

Так, у родичів, у яких не виявлено ознак психічних розладів та факторів, які впливають на стан здоров'я населення та звертання до закладів охорони здоров'я, у процесі спостереження було виявлено значуще зменшення загального показника депресії за HDRS, а також окремих видів депресії: адинамічної, ажитованої, зі страхом і недиференційованої, зменшення загального показника тривоги за HARS, а також окремих видів тривоги: психічної і соматичної, та показників тривоги і депресії за HADS (табл. 4.7).

У контрольній групі родичів, у яких виявлені ознаки факторів, що впливають на стан здоров'я, також було виявлено позитивну динаміку за всіма зазначеними показниками, але значуще покращення в процесі спостереження було виявлено лише за окремими видами депресії і тривоги – адинамічною депресією та соматичною тривогою. Натомість, у групі втручання була виявлена значуща позитивна динаміка за всіма показниками депресії і тривоги; при цьому показники депресії і тривоги за даними оціночних шкал і опитувальників після лікування у цій групі були значуще кращими порівняно з контрольною групою (табл. 4.8). При цьому слід зауважити, що показники депресії і тривоги у групі втручання до початку корекції були дещо вищими (незначуще) у порівнянні з групою контролю.

Серед родичів з нозологічно окресленими психічними розладами в рамках порушення адаптації, в групі втручання спостерігалось зменшення поширеності

проявів психопатологічної симптоматики (табл. 4.9). У контрольній групі родичів з ознаками порушень адаптації відбулося значуще покращення показників депресії і тривоги в процесі спостереження за всіма показниками, за виключенням показника психічної тривоги (табл. 4.10). Однак, у групі втручання покращення показників депресії і тривоги було значуще більш суттєвим; показники після корекції у цій групі також були значуще кращими у порівнянні з контрольною групою.

Таблиця 4.7

Динаміка показників депресії і тривоги в процесі лікування у родичів, у яких не виявлено ознак психічних розладів та факторів, які впливають на стан здоров'я населення та звертання до закладів охорони здоров'я

Показник	Усі пацієнти, n=25		
	до лікування	після лікування	p
Загальний показник депресії за HDRS	8,00±3,12	6,08±2,48	<0,01
Показник адинамічної депресії	4,96±2,34	3,72±1,88	<0,01
Показник ажитованої депресії	4,32±2,06	3,40±1,53	<0,01
Показник депресії зі страхом	2,84±1,60	2,08±1,22	<0,01
Показник недиференційованої депресії	1,48±1,50	1,08±1,26	<0,01
Загальний показник тривоги за HARS	10,72±4,47	8,72±3,75	<0,01
Показник психічної тривоги	6,72±2,98	5,40±2,55	<0,01
Показник соматичної тривоги	4,00±2,71	3,32±2,21	<0,01
Показник тривоги за HADS	7,60±1,68	5,92±1,71	<0,01
Показник депресії за HADS	8,04±4,67	6,36±4,13	<0,01

Динаміка показників депресії і тривоги в процесі лікування у родичів, у яких виявлені ознаки факторів, що впливають на стан здоров'я

Показник	Контрольна група, n=40			Група втручання, n=41			Порівняння контрольної та основної групи	
	до лікування	після лікування	p	до лікування	після лікування	p	до лікування	після лікування
Загальний показник депресії за HDRS	10,60±5,43	9,73±5,50	>0,05	12,41±4,94	7,37±6,09	<0,01	>0,05	<0,05
Показник адинамічної депресії	7,15±3,84	5,55±3,44	<0,01	8,32±3,39	4,27±4,12	<0,01	>0,05	<0,05
Показник ажитованої депресії	5,08±3,04	4,98±3,46	>0,05	6,10±2,68	4,22±3,73	<0,01	>0,05	<0,05
Показник депресії зі страхом	3,45±2,18	3,33±2,66	>0,05	4,00±1,92	1,95±2,59	<0,01	>0,05	<0,01
Показник недиференційованої депресії	2,60±2,06	2,43±2,01	>0,05	2,73±1,69	1,73±1,83	<0,01	>0,05	<0,05
Загальний показник тривоги за HARS	17,53±4,55	15,83±5,90	>0,05	19,02±6,45	11,98±4,89	<0,01	>0,05	<0,01
Показник психічної тривоги	8,33±3,41	8,28±4,18	>0,05	9,68±3,42	6,32±2,95	<0,01	>0,05	<0,05
Показник соматичної тривоги	9,20±3,03	7,55±3,59	<0,05	9,34±4,06	5,66±2,74	<0,01	>0,05	<0,05
Показник тривоги за HADS	9,70±2,10	8,90±2,69	>0,05	9,68±1,97	7,41±3,22	<0,01	>0,05	<0,05
Показник депресії за HADS	9,90±4,73	9,28±3,15	>0,05	10,93±4,25	7,61±3,48	<0,01	>0,05	<0,05

Таблиця 4.9

Поширеність психопатологічної симптоматики в процесі лікування у родичів з наявністю порушень адаптації

Симптом	Контрольна група, n=20					Група втручання, n=21					Порівняння контрольної та основної групи	
	до лікування		після лікування		р	до лікування		після лікування		р	до лікування	після лікування
	абс.	%	абс.	%		абс.	%	абс.	%			
Знижений настрій	18	90,0	17	85,0	>0,05	20	95,2	12	57,1	<0,01	>0,05	>0,05
Втомлюваність	14	70,0	13	65,0	>0,05	17	81,0	12	57,1	>0,05	>0,05	>0,05
Тривога, страх	12	60,0	11	55,0	>0,05	13	61,9	8	38,1	>0,05	>0,05	>0,05
Когнітивні порушення	18	90,0	16	80,0	>0,05	19	90,5	11	52,4	<0,01	>0,05	>0,05
Порушення сну	16	80,0	15	75,0	>0,05	16	76,2	10	47,6	>0,05	>0,05	>0,05
Діагноз депресії	12	60,0	11	55,0	>0,05	14	66,7	5	23,8	<0,01	>0,05	<0,05

Динаміка показників депресії і тривоги в процесі лікування у родичів з ознаками порушень адаптації

Показник	Контрольна група, n=20			Група втручання, n=21			Порівняння контрольної та основної групи	
	до лікування	після лікування	p	до лікування	після лікування	p	до лікування	після лікування
Загальний показник депресії за HDRS	14,80±3,17	11,90±2,95	<0,01	15,57±3,68	9,24±6,84	<0,01	>0,05	<0,01
Показник адинамічної депресії	8,50±2,61	7,10±2,57	<0,01	9,71±3,35	5,76±4,45	<0,01	>0,05	<0,01
Показник ажитованої депресії	7,95±1,79	6,55±1,88	<0,01	7,43±1,94	5,29±3,94	<0,01	>0,05	<0,05
Показник депресії зі страхом	5,15±1,50	4,00±1,26	<0,01	5,05±1,56	2,90±2,98	<0,01	>0,05	<0,01
Показник недиференційованої депресії	3,45±1,28	2,55±1,10	<0,01	4,14±1,77	2,29±3,16	<0,01	>0,05	<0,05
Загальний показник тривоги за HARS	20,60±5,06	13,55±3,41	<0,01	21,71±4,43	9,86±3,61	<0,01	>0,05	<0,01
Показник психічної тривоги	10,45±2,63	9,15±1,84	>0,05	10,81±2,66	7,48±2,50	<0,01	>0,05	<0,01
Показник соматичної тривоги	10,15±4,21	4,40±3,32	<0,05	10,90±3,45	2,38±2,52	<0,01	>0,05	<0,01
Показник тривоги за HADS	12,20±1,82	10,80±1,91	<0,01	12,05±2,36	9,05±2,75	<0,01	>0,05	<0,05
Показник депресії за HADS	11,75±4,33	10,40±4,36	<0,01	12,48±2,91	8,00±4,07	<0,01	>0,05	<0,01

При оцінці динаміки психопатологічної симптоматики в процесі корекції за даними опитувальника SCL-90-R у групі родичів, у яких не виявлено ознак психічних розладів та факторів, які впливають на стан здоров'я населення та звертання до закладів охорони здоров'я, було виявлено значуще покращення стану за шкалами соматизації, obsесивно-компульсивних розладів, міжособистісної сензитивності, депресії, тривожності та фобічної тривожності (табл. 4.11).

Аналогічно, у контрольній групі родичів, у яких у яких виявлені ознаки факторів, що впливають на стан здоров'я, була виявлена значуща позитивна динаміка показників соматизації, obsесивно-компульсивних розладів, міжособистісної сензитивності, депресії, тривожності та фобічної тривожності. У групі втручання вдалося досягти не лише значущого покращення за цими шкалами в процесі корекції, а й статистично значуще кращих показників після лікування у порівнянні з групою контролю (табл. 4.12).

У контрольній групі родичів з ознаками порушень адаптації динаміка показників психопатологічної симптоматики була менш вираженою (табл. 4.13). Статистично значуща динаміка у цій групі в процесі спостереження була виявлена для obsесивно-компульсивних розладів, міжособистісної сензитивності, депресії, тривожності та фобічної тривожності. У групі втручання динаміка показників виразності психопатологічної симптоматики в процесі корекції була суттєво кращою. У цій групі вдалося добитися значущого покращення за показниками соматизації, obsесивно-компульсивних розладів, міжособистісної сензитивності, депресії, тривожності, ворожості та фобічної тривожності. Показники після лікування у групі втручання також були значуще кращими у порівнянні з групою контролю.

Таблиця 4.11

Динаміка показників виразності психопатологічної симптоматики в процесі лікування у родичів, у яких не виявлено ознак психічних розладів та факторів, які впливають на стан здоров'я населення та звертання до закладів охорони здоров'я

Показник	Усі пацієнти, n=25		
	до лікування	після лікування	p
Соматизація	0,86±0,35	0,71±0,35	<0,01
Обсесивно-компульсивні розлади	1,06±0,86	0,86±0,72	<0,01
Міжособистісна сензитивність	1,49±0,43	1,28±0,44	<0,01
Депресія	1,76±0,34	1,50±0,31	<0,01
Тривожність	1,76±0,31	1,51±0,27	<0,01
Ворожість	0,04±0,10	0,04±0,09	>0,05
Фобічна тривожність	0,79±0,40	0,69±0,35	<0,01
Паранояльні симптоми	0,00±0,00	0,00±0,00	>0,05
Психотизм	0,06±0,09	0,05±0,08	>0,05

Таблиця 4.12

Динаміка показників виразності психопатологічної симптоматики в процесі лікування у родичів, у яких виявлені ознаки факторів, що впливають на стан здоров'я

Показник	Контрольна група, n=40			Група втручання, n=41			Порівняння контрольної та основної групи	
	до лікування	після лікування	p	до лікування	після лікування	p	до лікування	після лікування
Соматизація	1,10±0,39	0,90±0,42	<0,01	1,13±0,43	0,62±0,33	<0,01	>0,05	<0,01
Обсесивно-компульсивні розлади	1,56±0,79	1,30±0,77	<0,01	1,72±0,69	0,93±0,41	<0,01	>0,05	<0,01
Міжособистісна сензитивність	1,87±0,41	1,62±0,49	<0,01	1,78±0,47	1,13±0,34	<0,01	>0,05	<0,01
Депресія	2,10±0,78	1,76±0,66	<0,01	2,35±0,64	1,46±0,48	<0,01	>0,05	<0,05
Тривожність	1,98±0,60	1,71±0,67	<0,01	2,20±0,46	1,39±0,39	<0,01	>0,05	<0,05
Ворожість	0,12±0,19	0,10±0,16	>0,05	0,19±0,21	0,03±0,08	<0,01	>0,05	>0,05
Фобічна тривожність	1,03±0,44	0,85±0,47	<0,01	1,08±0,45	0,56±0,34	<0,01	>0,05	<0,01
Паранояльні симптоми	0,02±0,07	0,01±0,06	>0,05	0,02±0,07	0,00±0,00	>0,05	>0,05	>0,05
Психотизм	0,05±0,09	0,03±0,08	>0,05	0,08±0,10	0,03±0,06	<0,01	>0,05	>0,05

Динаміка показників виразності психопатологічної симптоматики в процесі лікування у родичів з ознаками порушень адаптації

Показник	Контрольна група, n=20			Група втручання, n=21			Порівняння контрольної та основної групи	
	до лікування	після лікування	p	до лікування	після лікування	p	до лікування	після лікування
Соматизація	1,23±0,29	1,22±0,21	>0,05	1,33±0,53	1,04±0,24	<0,01	>0,05	<0,05
Обсесивно-компульсивні розлади	1,78±0,73	1,50±0,63	<0,01	1,85±0,78	1,10±0,50	<0,01	>0,05	<0,05
Міжособистісна сензитивність	2,00±0,34	1,84±0,35	<0,05	2,07±0,37	1,54±0,39	<0,01	>0,05	<0,05
Депресія	2,64±0,56	2,32±0,52	<0,01	2,75±0,49	1,82±0,71	<0,01	>0,05	<0,05
Тривожність	2,32±0,40	2,15±0,31	<0,05	2,37±0,47	1,80±0,55	<0,01	>0,05	<0,05
Ворожість	0,18±0,20	0,17±0,24	>0,05	0,23±0,22	0,13±0,19	<0,05	>0,05	<0,05
Фобічна тривожність	1,37±0,38	1,17±0,35	<0,01	1,45±0,45	0,91±0,33	<0,01	>0,05	<0,05
Паранояльні симптоми	0,04±0,08	0,03±0,07	>0,05	0,04±0,08	0,02±0,08	>0,05	>0,05	>0,05
Психотизм	0,06±0,10	0,05±0,09	>0,05	0,06±0,11	0,03±0,07	>0,05	>0,05	>0,05

Покращення психоемоційного стану, усунення проявів порушень адаптації, покращення функціонування знайшло відображення у покращенні показників ЯЖ в процесі корекції.

Так, у групі родичів, у яких не виявлено ознак психічних розладів та факторів, які впливають на стан здоров'я населення та звертання до закладів охорони здоров'я, у динаміці спостереження було виявлено покращення показників ЯЖ у сферах суб'єктивного благополуччя / задоволеності, виконання соціальних ролей, зовнішніх життєвих умов, а також загального показника ЯЖ. Однак статистично значущими ці зміни виявилися лише для загального показника ЯЖ (табл. 4.14).

У групі родичів, у яких виявлені ознаки факторів, що впливають на стан здоров'я, в процесі корекції показники ЯЖ значуще збільшилися. При цьому зростання показників ЯЖ у групі втручання було значуще більшим за всіма сферами (табл. 4.15).

У групі родичів з ознаками порушень адаптації показники ЯЖ в динаміці покращилися і у групі втручання, і у контрольній групі, однак, це покращення у групі втручання було значуще більшим (табл. 4.16).

Проведений аналіз результатів засвідчив, що розроблена програма втручання має високу практичну значущість у підвищенні якості життя пацієнтів, хоча сила цього ефекту суттєво варіюється між досліджуваними когортами. Порівняння групи втручання з контрольною групою за показниками після експерименту показало, що у Г2 всі відмінності, які були статистично значущими, характеризуються середнім практичним ефектом (Коена d в діапазоні від 0,53 до 0,67). Це свідчить про помітну, але не виняткову клінічну перевагу експериментальної групи. На противагу цьому, в Групі Г3 ефективність втручання була надзвичайно високою: для показника Суб'єктивне благополуччя/задоволеність сила ефекту становила $d=2,56$ (дуже великий ефект), а для Виконання соціальних ролей та Зовнішніх життєвих умов - 1,24 та 1,19 відповідно (великий ефект).

Внутрішньогруповий аналіз динаміки змін від "до" до "після" втручання додатково підкреслює різницю в ефективності. Втручання в Групі Г2 призвело до великого ефекту покращення за всіма трьома показниками (d в діапазоні 1,03-1,33), тоді як контрольна група показала лише малий позитивний зсув ($d < 0,42$). Найбільший ефект був зафіксований в експериментальній підгрупі Г3, де показники суб'єктивного благополуччя ($d=3,65$) та виконання соціальних ролей ($d=2,65$) досягли рівня дуже великого ефекту. Це підтверджує, що програма є високорезультативною з точки зору практичної значущості. Отримані дані дозволяють зробити висновок, що втручання забезпечує не лише статистично надійний результат, але й має високу клінічну релевантність, значно змінюючи показники якості життя.

Позитивні зміни були виявлені також для показників сімейної тривожності; динаміка цих показників у різних групах суттєво відрізнялася. Так, у групі родичів, у яких не виявлено ознак психічних розладів та факторів, які впливають на стан здоров'я населення, показники сімейної провини, сімейної тривожності, сімейної напруженості та загальний показник сімейної тривожності значуще покращилися у динаміці спостереження (табл. 4.17).

У родичів, у яких виявлені ознаки факторів, що впливають на стан здоров'я, у групі контролю значущі позитивні зміни в динаміці були виявлені лише для загального показника сімейної тривожності (табл. 4.18).

Натомість, у групі втручання значущі позитивні зміни були виявлені для всіх показників сімейної тривожності. У контрольній групі родичів, у яких виявлені порушення адаптації, була наявна позитивна динаміка показників сімейної тривожності, однак, відмінності були статистично не значущими. Натомість, у групі втручання під впливом лікувально-корекційних заходів була виявлена значуща позитивна динаміка за всіма показниками сімейної тривожності (табл. 4.19).

Аналіз сили ефекту підтвердив високу клінічну значущість втручання, особливо щодо зменшення негативних сімейних переживань. Порівняння групи втручання та контрольної групи показало, що група втручання досягла значно

кращих результатів, що підтверджується середнім або близьким до великого практичним ефектом. У Групі Г2 (n=81), втручання призвело до Середнього ефекту зменшення всіх трьох показників сімейної динаміки (d=0,53 для провини, тривожності та напруженості). Хоча ці результати не були статистично значущими ($p > 0,05$ за деякими показниками), сила ефекту вказує на помітну клінічну різницю. У Групі Г3 (n=41), ефективність була вищою. Тут спостерігається середній або близький до великого ефект зменшення негативних показників (d в діапазоні від -0,68 до -0,76). Таким чином, програма втручання демонструє не лише статистично надійний результат, але й високу клінічну релевантність, значно зменшуючи негативні емоційні та психологічні навантаження в сім'ї.

Динаміка показників якості життя в процесі лікування у родичів, у яких не виявлено ознак психічних розладів та факторів, які впливають на стан здоров'я населення та звертання до закладів охорони здоров'я

Показник	Усі пацієнти, n=25		
	до лікування	після лікування	p
Суб'єктивне благополуччя / задоволеність	21,44±2,16	22,12±1,99	>0,05
Виконання соціальних ролей	29,08±3,21	29,88±2,62	>0,05
Зовнішні життєві умови	23,04±1,84	23,52±2,08	>0,05
Показник якості життя	7,36±0,51	7,55±0,53	<0,05

Динаміка показників якості життя в процесі лікування у родичів, у яких виявлені ознаки факторів, що впливають на стан здоров'я

Показник	Контрольна група, n=40			Група втручання, n=41			Порівняння контрольної та основної групи	
	до лікування	після лікування	p	до лікування	після лікування	p	до лікування	після лікування
Суб'єктивне благополуччя / задоволеність	17,05±3,59	18,05±3,75	<0,01	16,27±2,85	20,07±2,99	<0,01	>0,05	<0,01
Виконання соціальних ролей	24,70±3,88	25,68±4,43	<0,05	23,88±3,87	27,88±3,87	<0,01	>0,05	<0,05
Зовнішні життєві умови	19,63±2,50	20,68±2,62	<0,01	19,41±2,58	22,41±2,58	<0,01	>0,05	<0,01
Показник якості життя	6,14±0,78	6,44±0,85	<0,01	5,96±0,75	7,04±0,76	<0,01	>0,05	<0,01

Динаміка показників якості життя в процесі лікування у родичів з ознаками порушень адаптації

Показник	Контрольна група, n=20			Група втручання, n=21			Порівняння контрольної та основної групи	
	до лікування	після лікування	p	до лікування	після лікування	p	до лікування	після лікування
Суб'єктивне благополуччя / задоволеність	13,35±1,14	14,80±1,36	<0,01	12,86±1,46	18,19±1,29	<0,01	>0,05	<0,01
Виконання соціальних ролей	20,25±2,05	23,05±1,57	<0,01	19,95±1,96	25,14±1,80	<0,01	>0,05	<0,01
Зовнішні життєві умови	17,40±2,04	16,40±2,04	<0,01	16,95±1,43	19,00±2,32	<0,01	>0,05	<0,01
Показник якості життя	5,10±0,37	5,43±0,35	<0,01	4,98±0,33	6,23±0,37	<0,01	>0,05	<0,01

Динаміка показників сімейної тривожності в процесі лікування у родичів, у яких не виявлено ознак психічних розладів та факторів, які впливають на стан здоров'я населення та звертання до закладів охорони здоров'я

Показник	Усі пацієнти, n=25		
	до лікування	після лікування	p
Сімейна провина	2,68±3,65	1,08±2,55	<0,01
Сімейна тривожність	2,72±3,51	1,44±2,63	<0,01
Сімейна напруженість	2,44±3,85	1,68±3,16	<0,05
Загальний рівень сімейної тривожності	13,48±5,91	9,56±5,11	<0,01

Динаміка показників сімейної тривожності в процесі лікування у родичів, у яких виявлені ознаки факторів, що впливають на стан здоров'я

Показник	Контрольна група, n=40			Група втручання, n=41			Порівняння контрольної та основної групи	
	до лікування	після лікування	p	до лікування	після лікування	p	до лікування	після лікування
Сімейна провина	4,13±2,67	3,58±2,88	>0,05	4,56±2,52	2,07±2,79	<0,01	>0,05	<0,05
Сімейна тривожність	4,83±4,65	4,53±4,56	>0,05	5,39±4,53	2,41±3,39	<0,01	>0,05	<0,01
Сімейна напруженість	4,23±4,90	4,03±4,53	>0,05	5,05±4,39	1,93±3,36	<0,01	>0,05	<0,01
Загальний рівень сімейної тривожності	16,85±7,22	15,18±8,28	<0,05	17,71±6,57	8,05±8,11	<0,01	>0,05	<0,01

Таблиця 4.19

Динаміка показників сімейної тривожності в процесі лікування у родичів з наявністю ознак порушень адаптації

Показник	Контрольна група, n=20			Група втручання, n=21			Порівняння контрольної та основної групи	
	до лікування	після лікування	p	до лікування	після лікування	p	до лікування	після лікування
Сімейна провина	5,25±1,94	4,60±2,41	>0,05	5,90±1,70	2,52±3,06	<0,01	>0,05	<0,01
Сімейна тривожність	6,45±3,82	5,90±4,30	>0,05	6,81±4,51	3,05±4,06	<0,01	>0,05	<0,01
Сімейна напруженість	6,25±3,93	5,95±4,17	>0,05	6,62±3,79	2,90±4,13	<0,01	>0,05	<0,01
Загальний рівень сімейної тривожності	19,50±5,51	18,70±6,37	>0,05	20,57±6,10	12,71±6,86	<0,01	>0,05	<0,01

Висновки до розділу 4

1. На основі аналізу і узагальнення отриманих даних, розроблена та апробована комплексна система заходів диференційованої корекції і профілактики психічної дезадаптації, яка враховує варіативність і інтенсивність психопатологічних проявів, і спирається на стан інтрапсихічних і інтерпсихічних ресурсів особистості, що дозволяє реалізувати індивідуалізований підхід до курації осіб з психічною дезадаптацією. Впровадження даної системи довело її результативність стосовно досягнення значуще кращої динаміки змін у психоемоційній сфері, зменшення виразності депресивної, тривожної та іншої психопатологічної симптоматики, усунення проявів порушень адаптації, покращення якості життя та сімейного функціонування родичів хворих з деменцією.

2. У групі родичів, у яких були наявні ознаки факторів, що впливають на стан здоров'я, у групі втручання була виявлена значуща позитивна динаміка за всіма суб'єктивними проявами. Поширеність психопатологічної симптоматики після корекції була значуще меншою у порівнянні з групою контролю. Питома вага осіб, які відповідали критеріям депресивного розладу, у групі контролю зменшилася з 40,0% до 36,8%, а у групі втручання – з 46,3% до 19,5% ($p=0,093$).

У групі у родичів з наявністю порушень адаптації, у групі втручання було виявлено значуще зменшення в процесі корекції питомої ваги осіб зі зниженим настроєм (з 95,2% до 57,1%), порушеннями когнітивного функціонування (з 90,5% до 52,4%) та загальної кількості пацієнтів, які відповідали критеріям депресивного розладу (з 66,7% до 23,8%). В групі контролю позитивна динаміка була несуттєвою.

3. При оцінці динаміки психопатологічної симптоматики в процесі корекції за даними опитувальника SCL-90-R, показники після лікування у групах втручання також значуще кращими у порівнянні з групами контролю у Г2 і Г3 за показниками соматизації, obsесивно-компульсивних розладів,

міжособистісної сензитивності, депресії, тривожності, ворожості та фобічної тривожності.

4. Оцінка показників ЯЖ в процесі корекції продемонструвала у Г2 і Г3 показники ЯЖ в динаміці покращилися і у групах втручання, і у контрольних групах, однак, це покращення у групах втручання було значуще більшим. Треба зауважити, що зростання показників ЯЖ у групі втручання було значуще більшим за всіма сферами.

Порівняння групи втручання з контрольною групою в динаміці показало, що у Г2 всі відмінності, які були статистично значущими, характеризуються середнім практичним ефектом (Коена d в діапазоні від 0,53 до 0,67). У Г3 ефективність втручання була надзвичайно високою: для показника Суб'єктивне благополуччя/задоволеність сила ефекту становила $d=2,56$ (дуже великий ефект), а для Виконання соціальних ролей та Зовнішніх життєвих умов - 1,24 та 1,19 відповідно (великий ефект). При внутрішньогруповому аналізі, втручання в Г2 призвело до великого ефекту покращення за всіма трьома показниками (d в діапазоні 1,03-1,33), контрольна група показала лише малий позитивний зсув ($d < 0,42$). Найбільший ефект був зафіксований в Г3, де показники суб'єктивного благополуччя ($d=3,65$) та виконання соціальних ролей ($d=2,65$) досягли рівня дуже великого ефекту.

5. Щодо динаміки показників сімейної тривожності у групах втручання була значуща позитивна динаміка за всіма показниками сімейної тривожності у порівнянні з контрольними групами. У Г2 втручання призвело до Середнього ефекту зменшення всіх трьох показників сімейної динаміки ($d=0,53$ для провини, тривожності та напруженості). У Г3 ($n=41$), ефективність була вищою. Тут спостерігався середній або близький до великого ефект зменшення негативних показників (d в діапазоні від -0,68 до -0,76).

АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

Деменція входить до провідних причин смертності в Україні; при цьому відсутність розгорнутої національної програми підтримки людей із деменцією та їхніх родин посилює соціальне й клінічне навантаження на неформальних доглядальників. Аналітичні матеріали й парламентські дебати у 2024 р. прямо вказують на дефіцит спроможностей та сервісів підтримки сімей.

Водночас, фахівці підкреслюють, що психічна дезадаптація родичів є не побічним ефектом, а центральним медико-соціальним питанням: саме вона визначає стійкість доглядових траєкторій, частоту госпіталізацій, якість життя пацієнта і сім'ї, а інколи – і виживаність. Це обґрунтовує необхідність досліджень, спрямованих на виявлення інтрапсихічних детермінант, інтерпсихічних чинників формування психічної дезадаптації у даного контингенту, та розробку на цих засадах інтервенцій, що зменшують тягар.

Об'єкт дослідження: психічна дезадаптація у родичів хворих на деменцію.

Предмет дослідження: психопатологічна феноменологія, чинники формування, корекція та профілактика психічної дезадаптації у родичів хворих на деменцію.

Мета дослідження: на підставі вивчення клініко-психопатологічної феноменології та ідентифікації інтер- і інтрапсихічних чинників формування психічної дезадаптації у родичів хворих на деменцію, розробити для даної категорії осіб диференційовану систему корекції і профілактики, та оцінити її ефективність.

Для досягнення мети були вирішені наступні задачі:

Здійснити клініко-психопатологічний аналіз стану психічної сфери родичів пацієнтів з деменцією та дослідити варіативність психопатологічних феноменів, характерних для даної групи осіб.

Виявити зв'язок між якістю життя та станом психічної адаптації у родичів пацієнтів з деменцією.

Проаналізувати феномен сімейної тривоги та його взаємозв'язок зі станом психічної сфери у родичів пацієнтів з деменцією.

Дослідити резилієнтність і тип ставлення до психічної хвороби родича як фактори функціонування сімейної системи та формування психічної дезадаптації у родичів пацієнтів з деменцією.

Вивчити особливості долаючої поведінки та соціальної підтримки у родичів пацієнтів з деменцією, залежно від стану їх психічної сфери.

Визначити роль інтерпсихічних і інтрапсихічних чинників у формуванні психічної дезадаптації у родичів пацієнтів з деменцією.

Обґрунтувати, розробити і оцінити ефективність впровадження системи диференційованої корекції і профілактики психічної дезадаптації у родичів хворих на деменцію.

Методи дослідження: клініко-психопатологічний, клініко-анамнестичний, психодіагностичний, соціально-демографічний, статистичний.

З урахуванням визначених нами мети і завдань дослідження, воно було виконано у три етапи. Перший етап – підготовчий, на ньому нами було проведено аналіз сучасної літератури з проблеми психічної дезадаптації родичів пацієнтів з деменцією, окреслено коло невирішених питань, визначено мету і завдання дослідження, розроблено його методологію і сформовано комплекс психодіагностичних методик для вирішення завдань дослідження. На цьому етапі було визначено критерії включення до дослідження, а також одержано дозвіл етичної комісії на проведення дослідження. Другий етап – дослідницький, на ньому було проведено клініко-психіатричне обстеження і комплексне психодіагностичне обстеження родичів пацієнтів з деменцією, сформовано електронну базу, в яку були внесені результати обстежень. Наприкінці цього етапу нами був проведений статистичний аналіз одержаних даних і визначено результати дослідження, що лягли в основу розробленої нами системи диференційованої корекції і профілактики психічної дезадаптації у родичів хворих на деменцію. Третій етап – корекційно-аналітичний, на ньому було розроблено систему диференційованої корекції і профілактики психічної

дезадаптації у родичів хворих на деменцію, сформовано групи втручання та контролю, а також проведено порівняльну оцінку ефективності запропонованої схеми корекції у порівнянні зі стандартною терапією. На цьому є етапі було сформовано рекомендації за результатами аналізу ефективності запропонованої нами схеми.

Відбір пацієнтів для дослідження проводився суцільним методом. До дослідження були залучені родичі хворих з встановленим діагнозом деменції відповідно до критеріїв МКХ-10, які зверталися за медичною допомогою до клінічних баз кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Дніпровського державного медичного університету та Комунального некомерційного підприємства «Клінічна лікарня швидкої медичної допомоги» Дніпровської міської ради протягом 2021-2025 років. Всього було обстежено 153 родича (діти), які спільно проживали і здійснювали догляд за пацієнтами з деменцією.

За результатами клініко-психопатологічного огляду усі обстежені родичі були розподілені на три групи.

До першої групи (група 1 – Г1), чисельністю 26 осіб, були віднесені родичі, у яких не виявлено ознак психічних розладів та факторів, які впливають на стан здоров'я населення та звертання до закладів охорони здоров'я.

До другої групи (група 2 – Г2), чисельністю 84 особи, були віднесені родичі, у яких були наявні ознаки факторів, що впливають на стан здоров'я, тобто, стани дезадаптації (коди за МКХ-10 Z63.10 «Проблеми взаємовідносин з батьками та родичами чоловіка чи дружини», Z63.20 «Недостатня підтримка сім'ї», Z63.60 «Залежний член сім'ї, який потребує догляду в домашніх умовах», Z63.70 «Інші стресові життєві події, що впливають на сім'ю та її членів», Z63.80 «Інші уточнені проблеми, пов'язані з найближчим оточенням», Z63.90 «Проблема, пов'язана з найближчим оточенням, неуточнена»).

До третьої групи (група 3 – Г3), чисельністю 43 особи, були віднесені родичі, у яких діагностовано розлад адаптації (код F43.2) відповідно до критеріїв МКХ-10.

Усі обстежені родичі пацієнтів були поінформовані про мету, завдання та методологію дослідження, можливі ризики та вигоди, що пов'язані з участю у дослідженні, і надали інформовану згоду на участь у ньому.

Для об'єктивної оцінки ефективності запропонованої нами системи диференційованої корекції і профілактики психічної дезадаптації у родичів хворих на деменцію було сформовано три групи, аналогічні дослідницьким групам. У групах родичів з ознаками психічної дезадаптації та родичів з порушенням адаптації було виділено по дві підгрупи: контрольну, учасники якої отримували стандартну терапію відповідно до чинних клінічних протоколів, групу втручання, учасники якої пройшли повний курс запропонованої системи заходів. У процесі лікування частина родичів вибула з-під спостереження внаслідок причин, не пов'язаних з проведенням корекції. В результаті цього, оцінка ефективності запропонованої схеми проводилася, спираючись на результати аналізу:

4) 25 родичів, у яких не виявлено ознак психічних розладів та факторів, які впливають на стан здоров'я населення та звертання до закладів охорони здоров'я;

5) 81 особа, у яких були наявні ознаки психічної дезадаптації, з яких 40 особам проводилася стандартна терапія (контрольна група), а інші 41 респонденти отримували запропоновану схему терапії (група втручання);

6) 41 родич з розладом адаптації з яких 20 особам проводилася стандартна терапія (контрольна група), а інші 21 – отримували запропоновану схему (група втручання).

Остаточна оцінка результатів використання запропонованої схеми проводилася через 6 місяців після її початку. Психодіагностичне обстеження проводилося відповідно до програми дослідження.

В результаті дослідження встановлено, що стан психічної сфери родичів, які здійснюють догляд пацієнтів з деменцією, відрізняється різномайттям і включає стани психічного здоров'я (16,9%), психічної дезадаптації (54,9%) та клінічно окресленого розладу адаптації F43.2 (28,1%).

Родичам пацієнтів з деменцією притаманні специфічні зміни в афективній сфері. Виразність цих змін тісно пов'язана з наявністю факторів, які впливають

на стан здоров'я та порушень адаптації. У родичів без ознак психічних розладів та факторів, які впливають на здоров'я, показники виразності депресії і тривоги перебувають в межах норми, хоча й наближаються до показників легкої виразності депресивних і тривожних розладів. Натомість, у родичів, у яких виявлено фактори, що впливають на здоров'я, наявні ознаки депресивних і тривожних розладів, переважно субклінічного і легкого рівня (41,7% та 25,0% відповідно). У родичів, які мають порушення адаптації, виявлено ознаки депресивних і тривожних розладів помірного (51,2% та 60,5% відповідно), а у 15-20% випадків і важкого ступеня.

Аналіз виразності психопатологічної симптоматики у родичів хворих на деменцію виявив у них найбільш виражені прояви депресії (у осіб з ознаками порушень адаптації – підвищеного рівня, у осіб без ознак порушень адаптації та з наявними ознаками факторів, що впливають на стан здоров'я – помірного рівня), тривожності (помірного рівня, у осіб з ознаками порушень адаптації – на межі підвищеного рівня), міжособистісної сензитивності (помірного рівня), obsесивно-компульсивних розладів (у осіб без ознак порушень адаптації – низького рівня, у осіб з ознаками факторів, що впливають на стан здоров'я та з ознаками порушень адаптації – помірного рівня), фобічної тривожності (у осіб без ознак порушень адаптації та у осіб з ознаками факторів, що впливають на стан здоров'я – низького рівня, у осіб з ознаками порушень адаптації – помірного рівня), соматизації (у всіх групах низького рівня, у осіб з ознаками порушень адаптації – ближче до помірного рівня), низькими рівнями ворожості, та відсутністю проявів паранояльної симптоматики і психотизму.

Родичі, у яких відсутні ознаки психічних порушень, продемонстрували найвищі показники ЯЖ в усіх сферах, а також найкращий інтегральний показник ЯЖ. У родичів з ознаками факторів, що впливають на стан здоров'я, ЯЖ була значуще гіршою у порівнянні з родичами Г1, але кращою порівняно з Г3 за всіма сферами. Родичі, у яких було виявлено порушення адаптації, характеризувалися найнижчими показниками ЯЖ в усіх сферах. Найбільш чутливими до наявності ознак факторів, що впливають на стан здоров'я, та порушень адаптації,

виявилися сфери ЯЖ психологічного (емоційного) благополуччя (Г1 показник вищий за середній: $6,50 \pm 1,36$ балів, Г2 – незначно нижчий за середній: $4,94 \pm 1,35$ балів, Г3 – низький: $3,65 \pm 0,57$ балів), самообслуговування і незалежності дій (Г1 показник доволі високий: $7,23 \pm 1,03$ балів, Г2 – вище середнього: $5,92 \pm 1,26$ балів, Г3 – нижче середнього рівня: $4,84 \pm 1,11$ балів) , соціо-емоційної підтримки (Г1 показник достатньо високий: $7,23 \pm 1,24$ балів, Г2 – вищий за середній: $5,39 \pm 1,90$ балів, Г3 – низький: $3,70 \pm 0,91$ балів), та особистісної реалізації (Г1 показники вищі за середній рівень: $6,65 \pm 1,41$ балів, Г2 – близькі до середнього рівня: $5,24 \pm 1,55$ балів, Г3 – низькі: $3,63 \pm 0,95$ балів).

Встановлено, що у родичів пацієнтів з деменцією наявність і виразність проявів сімейної тривоги залежить від стану психічної сфери, а саме, наявності та інтенсивності клініко-психопатологічної симптоматики адаптаційних порушень. Так, родичі з відсутністю ознак психічних порушень продемонстрували низькі рівні сімейної тривоги та її складових; у переважної більшості обстежених цієї групи ознаки сімейної провини, сімейної тривожності та сімейної напруженості були відсутні. Родичам хворих з деменцією, зі станами дезадаптації, які не доходять до клінічно окресленого рівню і відповідають Z-кодам МКХ-10, були притаманні підвищені показники сімейної тривоги та її складових, і у більшості обстежених цієї групи були виявлені ознаки сімейної провини, сімейної тривожності та сімейної напруженості. Найгіршими показниками сімейної тривоги характеризувалися родичі хворих з деменцією, у яких були виявлені ознаки порушень адаптації. Показник сімейної тривоги у цій групі був високим, і у переважної більшості обстежених були виявлені ознаки сімейної провини, сімейної тривожності та сімейної напруженості. Загалом, ознаки сімейної тривоги за підсумковим показником були виявлені у 30,8% обстежених Г1, у 57,1% обстежених Г2, і у 88,4% обстежених Г3. Питання щодо первинності/вторинності даних феноменів потребує подальшого вивчення. Питання щодо первинності/вторинності даних феноменів потребує подальшого вивчення.

Наявність розладів адаптації асоційована зі значним зниженням резиліентності у родичів хворих на деменцію. Найвищими рівнями резиліентності характеризувалися родичі з відсутністю ознак психічних порушень ($28,92 \pm 3,61$ балів), значуще нижчий рівень резиліентності був виявлений у родичів, у яких були наявні ознаки психічної дезадаптації, ($22,06 \pm 10,32$ балів), і найнижчий – у родичів з ознаками порушень адаптації ($16,91 \pm 10,00$ балів). Питання щодо первинності/вторинності даних феноменів потребує подальшого вивчення.

Родичам хворих на деменцію з відсутністю ознак психічних порушень притаманний переважно адекватний тип ставлення до психічного захворювання у родича, при істотно меншій виразності драматизуючого і деструктивного типів ($5,04 \pm 1,31$ балів). Родичам, у яких були наявні ознаки факторів, що впливають на стан здоров'я, виявлено близьку поширеність усіх типів ставлення до хвороби при дещо більшій виразності драматизуючого типу ($8,31 \pm 1,03$ балів). У родичів з ознаками порушень адаптації домінували драматизуючий ($9,26 \pm 1,20$ балів) і деструктивний ($8,16 \pm 1,13$ балів) типи, за мінімальною представленістю адекватного типу ставлення до психічної хвороби родича.

Родичам хворих з деменцією притаманні певні особливості копінг-репертуару в залежності від стану їх психічної сфери. Родичам з відсутністю ознак психічних порушень було притаманне переважання конструктивних копінг-стратегій, спрямованих на подолання актуальної стресової ситуації через планування вирішення проблеми, пошук соціальної підтримки, самоконтроль і активну діяльність з протидії проблемі. Родичам з порушеннями психічної сфери рівня розладу адаптації була притаманна більша виразність неконструктивних копінг-стратегій, а копінг-репертуар родичів з групи ризику, відрізнявся як від родичів без ознак психічних порушень, так і від родичів з ознаками порушень адаптації, і характеризувався поєднанням конструктивних, умовно конструктивних і неконструктивних копінг-стратегій.

Родичам хворих з деменцією були притаманні невисокі оцінки рівня соціальної підтримки з боку сім'ї, друзів та значущих інших. Загальний

показник соціальної підтримки у родичів без ознак психічних порушень виявився помірним: $13,35 \pm 3,44$ балів, у родичів, у яких були наявні ознаки факторів, що впливають на стан здоров'я – низьким: $6,02 \pm 2,32$ балів, і у родичів, у яких були порушення адаптації – дуже низьким: $4,79 \pm 1,87$ балів.

Чим більшою є вираженість копінг-стратегії планування вирішення проблеми, та високим – рівень соціальної підтримки, тим меншу вираженість мають показники депресії, тривоги, психопатологічної симптоматики та сімейної тривожності, і тим більшу – показники резильєнтності родичів хворих на деменцію.

Формування психічної дезадаптації у родичів пацієнтів з деменцією є складним, багаторівневим процесом, у якому взаємодіють як інтрапсихічні, так і інтерпсихічні чинники, які можуть грати як протективну, так і патогенну роль у процесі формування та розвитку психічної дезадаптації. Стан психічної адаптації родичів пацієнтів з деменцією напряду залежить від стану їх інтерпсихічних і інтрапсихічних ресурсів.

Інтрапсихічними чинниками формування психічної дезадаптації є резильєнтність та копінг-поведінка. Високий рівень особистісної резильєнтності, який визначає здатність людини долати хронічний стрес, пов'язаний із доглядом, зберігати психологічну рівновагу та підтримувати життєві смисли навіть у ситуації прогресуючої втрати близької особи, зменшує ризик психічної дезадаптації. Переважання адаптивних поведінкових стратегій (планування, підтримка, позитивна переоцінка, самоконтроль, відповідальність) знижують ризик розвитку психічної дезадаптації, тоді як превалювання неадаптивних (конфронтація, дистанціювання, уникання) є фактором формування та прогресування дезадаптацію.

Інтрапсихічними чинниками, які підтримують адаптацію, або, навпаки, сприяють розвитку психічної дезадаптації у родичів хворих на деменцію, є сімейна тривога, тип ставлення до психічної хвороби родича та соціальна підтримка. Сімейна тривога діє як «емоційне поле» сімейної системи: вона може циркулювати між членами родини, підсилюючи відчуття безпорадності, або ж

трансформуватись у ресурс згуртованості. Тип ставлення до психічної хвороби родича (адекватне, драматизуюче, негативне) є інтрапсихічною позицією кожного окремого члена сім'ї, але на інтерпсихічному рівні воно формує стиль взаємодії в родині. Адекватне ставлення сприяє конструктивному розподілу ролей і зниженню конфліктності, тоді як драматизуюче та негативне – посилюють дезадаптацію, ведуть до конфліктів і стигматизації хворого. Соціальна підтримка (від інших родичів, спільноти, професійних служб) істотно знижує навантаження на окремого доглядальника, створює можливості для емоційного розвантаження і попереджає хронічне виснаження. Її відсутність, навпаки, підвищує ризик розвитку психічної дезадаптації до формування клінічно окресленого розладу адаптації.

На основі аналізу і узагальнення отриманих даних, розроблена та апробована комплексна система заходів диференційованої корекції і профілактики психічної дезадаптації, яка враховує варіативність і інтенсивність психопатологічних проявів, і спирається на стан інтрапсихічних і інтерпсихічних ресурсів особистості, що дозволяє реалізувати індивідуалізований підхід до курації осіб з психічною дезадаптацією. Впровадження даної системи довело її результативність стосовно досягнення значуще кращої динаміки змін у психоемоційній сфері (питома вага осіб Г2, які відповідали критеріям депресивного розладу, у групі контролю зменшилася з 40,0% до 36,8%, а у групі втручання – з 46,3% до 19,5% ($p=0,093$; У Г3, у групі втручання в динаміці було виявлено значуще зменшення питомої ваги осіб зі зниженим настроєм (з 95,2% до 57,1%), порушеннями когнітивного функціонування (з 90,5% до 52,4%) та загальної кількості пацієнтів, які відповідали критеріям депресивного розладу (з 66,7% до 23,8%). В групі контролю позитивна динаміка була несуттєвою.). Зменшення психопатологічної симптоматики в процесі корекції за даними опитувальника SCL-90-R у групах втручання було значуще кращими у порівнянні з групами контролю у Г2 і Г3 за показниками соматизації, obsесивно-компульсивних розладів, міжособистісної сензитивності, депресії, тривожності, ворожості та фобічної тривожності).

Відмічено усунення проявів порушень адаптації, сімейного функціонування родичів хворих з деменцією та покращення якості життя. У Г2 і Г3 показники ЯЖ в динаміці покращилися і у групах втручання, і у контрольних групах, однак, це покращення у групах втручання було значуще більшим).

Порівняння групи втручання з контрольною групою в динаміці показало, що у Г2 всі відмінності, які були статистично значущими, характеризуються середнім практичним ефектом (Коена d в діапазоні від 0,53 до 0,67). У Г3 ефективність втручання була надзвичайно високою: для показника Суб'єктивне благополуччя/задоволеність сила ефекту становила $d=2,56$ (дуже великий ефект), а для Виконання соціальних ролей та Зовнішніх життєвих умов - 1,24 та 1,19 відповідно (великий ефект). При внутрішньогруповому аналізі, втручання в Г2 призвело до великого ефекту покращення за всіма трьома показниками (d в діапазоні 1,03-1,33), контрольна група показала лише малий позитивний зсув ($d < 0,42$). Найбільший ефект був зафіксований в Г3, де показники суб'єктивного благополуччя ($d=3,65$) та виконання соціальних ролей ($d=2,65$) досягли рівня дуже великого ефекту.

У групах втручання була значуща позитивна динаміка за всіма показниками сімейної тривожності у порівнянні з контрольними групами. У Г2 втручання призвело до Середнього ефекту зменшення всіх трьох показників сімейної динаміки ($d=0,53$ для провини, тривожності та напруженості). У Г3 ($n=41$), ефективність була вищою. Тут спостерігався середній або близький до великого ефект зменшення негативних показників (d в діапазоні від -0,68 до -0,76).

ВИСНОВКИ

1. В дисертаційній роботі представлено теоретичне обґрунтування та практичне вирішення наукової задачі сучасної психіатрії з удосконалення діагностики, диференційованої корекції і профілактики психічної дезадаптації у родичів хворих на деменцію. Задача вирішена на підставі вивчення клініко-психопатологічної феноменології та ідентифікації інтерпсихічних і інтрапсихічних чинників формування психічної дезадаптації у даного контингенту пацієнтів.

Родичі пацієнтів з деменцією є групою високого ризику психічних порушень: понад 80% мають ознаки дезадаптації чи розладу адаптації. Клініко-психопатологічний аналіз психічного стану родичів пацієнтів з деменцією свідчить значну варіативність проявів – від збереженого психічного здоров'я (16,9%) до станів дезадаптації (54,9%) і клінічно окресленого розладу адаптації F43.2 (28,1%). Психопатологічний профіль родичів пацієнтів із деменцією визначається переважно підвищеними рівнями депресії, тривожності (у родичів, у яких виявлено фактори, що впливають на здоров'я, наявні ознаки депресивних і тривожних розладів, переважно субклінічного і легкого рівня (41,7% та 25,0% відповідно); у родичів, які мали порушення адаптації, виявлено ознаки депресивних і тривожних розладів помірного (51,2% та 60,5% відповідно), а у 15-20% випадків і важкого ступеня), міжособистісної сензитивності та obsесивно-компульсивних симптомів, а також наявністю помірних проявів фобічної тривожності та соматизації. При цьому ворожість залишається на низькому рівні, а параноїальна та психотична симптоматика є відсутніми.

2. Сімейна тривога у родичів пацієнтів з деменцією прямо пов'язана зі станом їхньої психічної сфери: від відносно нормативного рівня при збереженій адаптації до клінічно значущого – при розладі адаптації. Вона виступає ключовим маркером ризику розвитку депресивних і тривожних розладів. У родичів без ознак психічних порушень показники сімейної тривоги є низькими, а прояви сімейної провини, тривожності та напруженості – відсутні. У групі з

дезадаптаційними станами (Z-коди МКХ-10) виявлено підвищені рівні сімейної тривоги та її складових; у більшості таких осіб спостерігаються ознаки провини, тривожності й напруженості. Найвищі рівні сімейної тривоги зафіксовано у родичів з розладом адаптації: у переважної більшості цієї групи виражені всі складові феномену (провина, тривожність, напруженість). Загалом, ознаки сімейної тривоги за підсумковим показником були виявлені у 30,8% обстежених Г1, у 57,1% обстежених Г2, і у 88,4% обстежених Г3.

3. У родичів пацієнтів з деменцією рівень резиліентності та тип ставлення до хвороби родича визначають якість функціонування сімейної системи і ризик розвитку психічної дезадаптації. Найвищими рівнями резиліентності характеризувалися родичі з відсутністю ознак психічних порушень ($28,92 \pm 3,61$ балів), значуще нижчий рівень резиліентності був виявлений у родичів, у яких були наявні ознаки психічної дезадаптації ($22,06 \pm 10,32$ балів), і найнижчий – у родичів з ознаками порушень адаптації ($16,91 \pm 10,00$ балів), тобто, при дезадаптації спостерігається зниження резиліентності та зростання драматизуючого типу; при розладі адаптації – найнижча резиліентність і домінування драматизуючого та деструктивного типів. Низька резиліентність підвищує ризик формування тривожних і депресивних феноменів, ускладнює формування конструктивного ставлення до хвороби близького та веде до загального зниження адаптаційного потенціалу сімейної системи.

4. Доведено, що характер долаючої поведінки та особливості соціальної підтримки у родичів пацієнтів із деменцією асоційовані з рівнем психічної дезадаптації, та є вагомими факторами, які опосередковують їхній психоемоційний стан і функціонування сімейної системи. Конструктивні стратегії та високий рівень підтримки асоціюються з меншими проявами депресії, тривоги й сімейної тривожності та з вищою резиліентністю. Натомість, неконструктивні стратегії й низька підтримка зумовлюють зростання дезадаптаційних феноменів.

5. Формування психічної дезадаптації у родичів пацієнтів з деменцією зумовлене взаємодією інтрапсихічних (резиліентність, копінг-стратегії) та

інтерпсихічних чинників (сімейна тривога, тип ставлення до хвороби, соціальна підтримка). Високий рівень резиліентності й адаптивні стратегії знижують ризик дезадаптації, тоді як неадаптивні стратегії, драматизуюче ставлення та відсутність підтримки його підвищують. Інтерпсихічні фактори можуть виступати як ресурсом згуртованості, так і тригером конфліктності й виснаження. У сукупності вони визначають рівень психічної адаптації та ризик формування розладу адаптації.

6. Дослідження підтвердило наявність тісного взаємозв'язку між якістю життя та станом психічної адаптації у родичів пацієнтів із деменцією. Найбільш сприятливі результати за всіма сферами життя, включно з інтегральним показником, виявлено у родичів без ознак психічних порушень. За наявності факторів, що впливають на стан здоров'я, якість життя погіршувалася, хоча залишалася вищою, ніж у групі з розладами адаптації. Найнижчі показники зафіксовано у родичів із клінічно окресленим розладом адаптації, що відображає їхню найбільшу психоемоційну вразливість. Найбільш чутливими до наявності ознак факторів, що впливають на стан здоров'я, та порушень адаптації, виявилися сфери ЯЖ психологічного (емоційного) благополуччя (Г1 показник вищий за середній: $6,50 \pm 1,36$ балів, Г2 – незначно нижчий за середній: $4,94 \pm 1,35$ балів, Г3 – низький: $3,65 \pm 0,57$ балів), самообслуговування і незалежності дій (Г1 показник доволі високий: $7,23 \pm 1,03$ балів, Г2 – вище середнього: $5,92 \pm 1,26$ балів, Г3 – нижче середнього рівня: $4,84 \pm 1,11$ балів), соціо-емоційної підтримки (Г1 показник достатньо високий: $7,23 \pm 1,24$ балів, Г2 – вищий за середній: $5,39 \pm 1,90$ балів, Г3 – низький: $3,70 \pm 0,91$ балів), та особистісної реалізації (Г1 показники вищі за середній рівень: $6,65 \pm 1,41$ балів, Г2 – близькі до середнього рівня: $5,24 \pm 1,55$ балів, Г3 – низькі: $3,63 \pm 0,95$ балів). Це свідчить про визначальну роль психічної адаптації у формуванні якості життя та окреслює напрями цілеспрямованих психосоціальних втручань.

7. У результаті проведеного дослідження створено та апробовано систему диференційованих профілактично-корекційних заходів, спрямованих на подолання психічної дезадаптації у родичів осіб з деменцією. Її побудова

ґрунтувалася на принципі індивідуалізації, з урахуванням клініко-психопатологічних особливостей, рівня вираженості симптоматики та наявних інтрапсихічних і інтерпсихічних ресурсів, що дозволило адаптувати втручання до потреб конкретного пацієнта та його сімейного оточення.

Застосування системи забезпечило суттєве зниження рівня депресивних, тривожних і дезадаптаційних проявів, сприяло нормалізації емоційного стану і відновленню функціональних можливостей сімейної системи. Відмічено усунення проявів порушень адаптації та покращення якості життя: у Г2 і Г3 показники ЯЖ в динаміці покращилися і у групах втручання, і у контрольних групах, однак, це покращення у групах втручання було значуще більшим.

Порівняння групи втручання з контрольною групою в динаміці показало, що у Г2 всі відмінності, які були статистично значущими, характеризуються середнім практичним ефектом (Коена d в діапазоні від 0,53 до 0,67). У Г3 ефективність втручання була надзвичайно високою: для показника Суб'єктивне благополуччя/задоволеність сила ефекту становила $d=2,56$ (дуже великий ефект), а для Виконання соціальних ролей та Зовнішніх життєвих умов - 1,24 та 1,19 відповідно (великий ефект). При внутрішньогруповому аналізі, втручання в Г2 призвело до великого ефекту покращення за всіма трьома показниками (d в діапазоні 1,03-1,33), контрольна група показала лише малий позитивний зсув ($d < 0,42$). Найбільший ефект був зафіксований в Г3, де показники суб'єктивного благополуччя ($d=3,65$) та виконання соціальних ролей ($d=2,65$) досягли рівня дуже великого ефекту.

У групах втручання була значуща позитивна динаміка за всіма показниками сімейної тривожності у порівнянні з контрольними групами. У Г2 втручання призвело до Середнього ефекту зменшення всіх трьох показників сімейної динаміки ($d=0,53$ для провини, тривожності та напруженості). У Г3 ($n=41$), ефективність була вищою. Тут спостерігався середній або близький до великого ефект зменшення негативних показників (d в діапазоні від -0,68 до -0,76). Таким чином, програма втручання демонструє не лише статистично

надійний результат, але й високу клінічну релевантність, значно зменшуючи негативні емоційні та психологічні навантаження в сім'ї.

Ефективність отриманих результатів обґрунтовує доцільність широкого впровадження даного підходу в практику охорони здоров'я та систему психосоціальної підтримки родин пацієнтів із деменцією.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. З метою раннього виявлення ознак психічної дезадаптації та розладів адаптації у родичів пацієнтів з деменцією рекомендується впровадження регулярного психодіагностичного моніторингу їхнього психічного стану, для чого доцільно застосовувати стандартизовані методики визначення тривожності, депресії, сімейної тривоги та копінгового репертуару.

2. У родичів без ознак психічних порушень доцільно реалізовувати програми первинної профілактики з акцентом на підтримку резилієнтності та формування адаптивних копінг-стратегій.

3. Для групи ризику (з дезадаптаційними станами, які не досягають клінічного рівня) слід застосовувати цільові психоосвітні та психотерапевтичні заходи, спрямовані на корекцію змішаного копінг-репертуару, зменшення сімейної тривоги та розвиток конструктивного ставлення до хвороби.

4. У випадку клінічно окресленого розладу адаптації необхідна спеціалізована психотерапевтична та, за показаннями, фармакотерапевтична допомога в поєднанні з системною роботою з родиною.

5. Запропоновану диференційовану систему корекції та профілактики психічної дезадаптації рекомендовано впроваджувати у клінічну практику психіатричних, геріатричних і сімейних служб охорони здоров'я. Система забезпечує індивідуалізований підхід, враховує клініко-психопатологічний профіль, рівень адаптаційних ресурсів та соціальне оточення родини.

6. Доцільним є розробка й впровадження міждисциплінарних програм підтримки сімей пацієнтів із деменцією, які включають лікарів, психотерапевтів, соціальних працівників і волонтерів.

7. На державному рівні необхідно інтегрувати психосоціальні послуги для родичів пацієнтів із деменцією в систему охорони психічного здоров'я та первинної медичної допомоги.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. 2024 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimers Dement.* 2024; 20(5): 3708-3821. doi:10.1002/alz.13809
2. Dellafiore F., Diamanti O., Guardamagna L. et al. The Transition to Caregiver in Advanced Alzheimer's Disease: From Emotional Connection to Care Responsibility – A Grounded Theory Approach. *Nursing Reports.* 2025. 15:8, p 284.
3. Marques M.J., Tan E.Y.L., Woods B., Jelley H., Kerpershoek L., Hopper L., et al. Trajectories of relationship quality in dementia: a longitudinal study in eight European countries. *Aging Ment Health.* 2022. 26:2307-15. doi: 10.1080/13607863.2021.1969641
4. Alzheimer's Disease International. 2024. World Alzheimer Report 2024: Global changes in attitudes to dementia. London, England: Alzheimer's Disease International.
5. Dementia in Europe. Yearbook 2019. Estimating the prevalence of dementia in Europe. [Alzheimer Europethelancet.com https://www.alzheimer-europe.org/sites/default/files/alzheimer_europe_dementia_in_europe_yearbook_2019.pdf](https://www.alzheimer-europe.org/sites/default/files/alzheimer_europe_dementia_in_europe_yearbook_2019.pdf)
6. Nichols E., Steinmetz J.D., Vollset S.E., Fukutaki K., Chalek J., Abd-Allah F., et al. Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Public Health.* 2022 7:e105-25. doi: 10.1016/S2468-2667(21)00249-8/ATTACHMENT/60E03FD1-38B2-4B40-A91D-9AFDDA22B45E/MMC1.PDF
7. Bruinsma J, Peetoom K, Millenaar J, Köhler S, Bakker C, Koopmans R, et al. The quality of the relationship perceived by spouses of people with young-onset dementia. *Int Psychogeriatrics.* 2020, 1-10. doi: 10.1017/S1041610220000332
8. Carbone E.A., de Filippis R., Roberti R., Rania M., Destefano L., Russo E., De Sarro G., Segura-Garcia C., De Fazio P. The Mental Health of Caregivers and

Their Patients With Dementia During the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review. *Front. Psychol.* 2021. 12:782833. doi: 10.3389/fpsyg.2021.782833

9. Liang C.S., Li D.J., Yang F.C., et al. Mortality rates in Alzheimer's disease and non-Alzheimer's dementias: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Healthy Longev* 2021. 2 (8): e479-e488.

10. Basu I., Mukhopadhyay S. and Maulik N., Family caregiving in dementia: Caregivers' mental health and nature of caregiving. *Antrocom J. of Anthropology.* 2020. 16-2 pp. 201-212.

11. Wei Z., Han Y. A Meta-Analysis of the Impact of Community Interventions on the Burden, Depression, and Anxiety of Family Caregivers for Elderly Individuals with Dementia. *Ann Community Med Pract.* 2025. 10(1): 1065.

12. Abdelhalim D.S., Ahmed M.M., Hussein H.A., Khalaf O.O., Sarhan M.D. Burden of Care, Depression, and Anxiety Among Family Caregivers of People With Dementia. *J Prim Care Community Health.* 2024 Jan-Dec;15:21501319241288029. doi: 10.1177/21501319241288029. PMID: 39344982; PMCID: PMC11450568.

13. Wong C. S. C., Zelman D. C. Caregiver expressed emotion as mediator of the relationship between neuropsychiatric symptoms of dementia patients and caregiver mental health in Hong Kong. *Aging & Mental Health*, 2019. 24(10), 1690-1699. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1636200>

14. Marques M. J., Woods B., Jelley H., Kerpershoek L., Hopper L., Irving K., et al. Addressing relationship quality of people with dementia and their family carers: which profiles require most support?. *Frontiers in psychiatry*, 2024, 15, 1394665. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1394665>

15. Ma M, Dorstyn D, Ward L, Prentice S. Alzheimers' disease and caregiving: a meta-analytic review comparing the mental health of primary carers to controls. *Aging Ment Health.* 2018;22(11):1395-1405. doi:10.1080/13607863.2017.1370689

16. Марута Н.О., Мудренко І. Г., Каленська Г. Ю., Денисенко М. М. Суїцидальна поведінка у хворих із деменціями. Український вісник психоневрології. 2020. №4 (105). С. 4-12.

17. Гендерні особливості сприйняття хвороби сім'єю хворого на деменцію / Г. М. Кожина, В. Є. Кришталь, О. М. Капlouх // Проблема людини у соціально-гуманітарному та медичному дискурсах : матеріали науково-практичної онлайн конференції з міжнародною участю (28–29 травня 2020 р., м. Харків) / Харківський національний медичний університет. – Харків : ХНМУ, 2020. – С. 51-52.

18. Особливості ресурсу соціальної адаптації у доглядачів за пацієнтами з деменцією / Л. В. Животовська, О. В. Орлова, Л. А. Боднар // Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Медична реабілітація в Україні: сучасний стан та напрями розвитку, проблеми та перспективи», м. Полтава, 8 вересня 2022 р. – Полтава, 2022. – С. 18-20.

19. Верховна Рада України. Парламентські слухання “Проблеми деменції в Україні: виклики та шляхи вирішення”. Київ: Офіційний вісник ВРУ, 2024.

20. Froelich, L., Lladó, A., Khandker, R. K., Pedrós, M., Black, C. M., Sánchez Díaz, E. J., Chekani, F., & Ambegaonkar, B. Quality of Life and Caregiver Burden of Alzheimer's Disease Among Community Dwelling Patients in Europe: Variation by Disease Severity and Progression. *Journal of Alzheimer's disease reports*, 2021, 5(1), 791–804. <https://doi.org/10.3233/ADR-210025>

21. Custodero C Editorial: Challenges in dementia care: a global perspective. *Front. Psychiatry*. 2024. 15:1450368. doi: 10.3389/fpsyt.2024.1450368

21. WHO: Dementia 2024 / Information Bulletin. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia> (дата звернення: 28.12.2024)

22. Nichols E., Steinmetz J.D., Vollset S.E. et al. Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Public Health*. 2022. Vol. 7. P. e105–e125.

23. Hung Y.N., Kadziola Z., Brnabic A.J. et al. The epidemiology and burden of Alzheimer's disease in Taiwan utilizing data from the National Health Insurance Research Database // *Clinicoecon Outcomes Res.* 2016. Vol. 8. P. 387–395.
24. Prince M., Knapp M., Guerchet M. et al. Dementia UK: update // *Alzheimer's Society.* 2014. Vol. 1. P. 136.
25. Lindeza P., Rodrigues M., Costa J., Guerreiro M., Rosa M.M. Impact of dementia on informal care: a systematic review of family caregivers' perceptions // *BMJ Support Palliat Care.* 2020. Vol. 14. P. 002242. doi: 10.1136/bmjspcare-2020-002242.
26. Cerejeira J., Lagarto L., Mukaetova-Ladinska E.B. Behavioural and psychological symptoms of dementia // *Front Neurol.* 2012. Vol. 3. P. 73.
27. Song J.A., Park J.W., Kim H.J. Impact of behavioral and psychological symptoms of dementia on caregiver burden in nursing homes // *J Korean Gerontological Nurs.* 2013. Vol. 15. P. 62–74.
28. Woods R.T., Wills W., Higginson I. J., Hobbins J., Whitby M. Support in the community for people with dementia and their carers: A comparative outcome study of specialist mental health service interventions // *International Journal of Geriatric Psychiatry.* 2003. Vol. 18(4). P. 298–307. doi:10.1002/gps.822.
29. Wong S., Irish M., Husain M., Hodges J., Piguet O., Kumfor F. Apathy and its impact on carer burden and psychological wellbeing in primary progressive aphasia // *Journal of the Neurological Sciences.* 2020. Vol. 416. P. 117007. doi: 10.1016/J.JNS.2020.117007.
30. Davies J., Gregory D. Entering the dialogue: Marriage biographies and dementia care // *Dementia.* 2016. Vol. 6(4). P. 481–488. doi: 10.1177/1471301207084366.
31. Marques M.J., Gonçalves-Pereira M., de Vugt M., Verhey F., Woods B. Actifcare Consortium. The quality of family relationships in dementia: Mixed methods to unravel mixed feelings // *Dementia (London).* 2024. Vol. 23(2). P. 210-233. doi: 10.1177/14713012231220759.

32. Yan X., Li F., Chen S., Jia J. Associated factors of total costs of Alzheimer's Disease: a cluster-randomized observational study in China // *J Alzheimers Dis*. 2019. Vol. 69. P. 795–806. doi: 10.3233/JAD-190166.
33. Froelich L., Lladó A., Khandker R., Pedrós M., Black C., Sánchez Díaz E. et al. Quality of life and caregiver burden of Alzheimer's disease among community dwelling patients in Europe: variation by disease severity and progression // *J Alzheimers Dis Rep*. 2021. Vol. 5. P. 791–804. doi: 10.3233/ADR-210025.
34. Harris M.L., Titler M.G. Experiences of Family Caregivers of People with Dementia during the COVID-19 Pandemic // *West J Nurs Res*. 2022. Vol. 44(3). P. 269-278. doi: 10.1177/01939459211055773.
35. Kershaw T., Ellis K.R., Yoon H., Schafenacker A., Katapodi M., Northouse L. The interdependence of advanced cancer patients' and their family caregivers' mental health, physical health, and self-efficacy over time // *Annals of Behavioral Medicine*. 2015. Vol. 49(6). P. 901–911. doi: 10.1007/s12160-015-9743-y.
36. Gellert P., Häusler A., Gholami M., Rapp M., Kuhlmeier A., Nordheim J. Own and partners' dyadic coping and depressive symptoms in individuals with early-stage dementia and their caregiving partners // *Aging & Mental Health*. 2018. Vol. 22(8). P. 1014–1022. doi:10.1080/13607863.2017.1334759.
37. Streck B.P., Wardell D.W., LoBiondo-Wood G., Beauchamp J.E.S. Interdependence of physical and psychological morbidity among patients with cancer and family caregivers: Review of the literature // *Psycho-Oncology*. 2020. Vol. 29(6). P. 974–989. doi:10.1002/pon.5382.
38. Gilsean J., Gorman C., Shevlin M. Explaining caregiver burden in a large sample of UK dementia caregivers: the role of contextual factors, behavioural problems, psychological resilience, and anticipatory grief // *Aging Mental Health*. 2023. Vol. 27. P. 1274–1281.
39. Arai A., Khaltar A., Ozaki T., Katsumata Y. Influence of social interaction on behavioral and psychological symptoms of dementia over 1 year among

long-term care facility residents // *Geriatric Nursing*. 2021. Vol. 42(2). P. 509-516. doi:10.1016/j.gerinurse.2020.09.008.

40. Bruinsma J., Peetoom K., Millenaar J., Köhler S., Bakker C., Koopmans R., Pijnenburg Y., Verhey F., de Vugt M. The quality of the relationship perceived by spouses of people with young-onset dementia // *International Psychogeriatrics*. 2020. Vol. 1. P. 1–10. doi: 10.1017/S1041610220000332.

41. Winblad B., Amouyel P., Andrieu S. et al. Defeating Alzheimer's disease and other dementias: a priority for European science and society // *Lancet Neurol*. 2016. Vol. 15. P. 455–532.

42. Shah R., Salek M.S., Ali F.M., Nixon S.J., Otworld K., Ingram J.R., Finlay A.Y. Dementia and Its Profound Impact on Family Members and Partners: A Large UK Cross-Sectional Study // *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2024. Vol. 38(4). P. 338-343. doi: 10.1097/WAD.0000000000000647.

43. Feast A., Orrell M., Charlesworth G., Melunsky N., Poland F., Moniz-Cook E. Behavioural and psychological symptoms in dementia and the challenges for family carers: systematic review // *Br J Psychiatry*. (2016). Vol. 208. P. 429–34. doi:10.1192/bjp.bp.114.153684.

44. Miller-Ott A.E. “Just a Heads Up, My Father has Alzheimer's”: Changes in communication and identity of adult children of parents with Alzheimer's disease // *Health Communication*. 2018. Vol. 35(1). P. 119–126.

45. Kindell J., Sage K., Wilkinson R., Keady, J. Living with semantic dementia: A case study of one family's experience // *Qualitative Health Research*. 2014. Vol. 24(3). P. 401–411.

46. Jin F. Analysis on the status and influencing factors of the burden and anxiety of caregivers of Alzheimer patients in Changchun. Ph.D. thesis. Jilin: Changchun University Of Chinese Medicine, 2020.

47. Luo J. Study on the status and influential factors of caregivers for senile dementia patients in Changsha City. Ph.D. thesis. Hunan: Central South University, 2011.

48. Bai X.L. Perceived stress and its influencing factors among primary caregivers of dementia patients. Ph.D thesis. Liaoning: Dalian Medical University, 2021.
49. Sallim A.B., Sayampanathan A.A., Cuttilan A., Ho R. Prevalence of Mental Health Disorders among Caregivers of Patients with Alzheimer Disease // *J. Am. Med. Dir. Assoc.* 2015. Vol. 16. P. 1034–1041. doi: 10.1016/j.jamda.2015.09.007.
50. Kürten L., Dietzel N., Kolominsky-Rabas P., Graessel E. Predictors of the one-year-change in depressiveness in informal caregivers of community-dwelling people with dementia // *BMC Psychiatry*. 2021. Vol. 21. P. 177. doi:10.1186/s12888-021-03164-8.
51. Giebel C., Cannon J., Hanna K., Butchard S., Eley R., Gaughan A., Komuravelli A., Shenton J, Callaghan S, Tetlow H, Limbert S, Whittington R, Rogers C, Rajagopal M, Ward K, Shaw L, Corcoran R, Bennett K, & Gabbay M. Impact of COVID-19 related social support service closures on people with dementia and unpaid carers: A qualitative study // *Aging & Mental Health*. 2020. Vol. 1. P. 1–8. doi:10.1080/13607863.2020.1822292.
52. Wang H., Xie H., Qu Q., Chen W., Sun Y., Zhang N. et al. The continuum of care for dementia: needs, resources and practice in China // *J Glob Health*. 2019. Vol. 9. P. 020321. doi:10.7189/jogh.09.020321.
53. Wu X., Xu X.F., Lu J., Yu F.C. Caregiver burden of senile dementia patients and its related factors // *Chin J Gerontol*. 2015. Vol. 35. P. 4019–4021.
54. Quail Z., Wei A., Zhang V., Carter M. Barriers to dementia diagnosis and care in China // *BMJ Case Rep*. 2020. Vol. 13. P. e232115. doi:10.1136/bcr-2019-232115.
55. Gonçalves-Pereira M., Zarit S., Cardoso A., Alves da Silva J., Papoila A., Mateos R. A comparison of primary and secondary caregivers of persons with dementia // *Psychology and Aging*. 2020. Vol. 35(1). P. 20–27. doi:10.1037/PAG0000380.

56. Lee Y.C., Kang J.M., Lee H., Kim K., Kim S., Yu T.Y., Lee E.M., Kim C.T., Kim D.K., Lewis M., et al. Subjective cognitive decline and subsequent dementia: A nationwide cohort study of 579,710 people aged 66 years in South Korea // *Alzheimer's Res. Ther.* 2020. Vol. 12. P. 1–13. doi: 10.1186/s13195-020-00618-1.
57. Suehs B.T., Shah S.N., Davis C.D., Alvir J., Faison W.E., Patel N.C., van Amerongen D., Bobula J. Household members of persons with Alzheimer's disease: health conditions, healthcare resource use, and healthcare costs // *J Am Geriatr Soc.* 2014. Vol. 62(3). P. 435–441. doi: 10.1111/jgs.12694.
58. Tebb S., Jivanjee P. Caregiver isolation // *J Gerontol Soc Work.* 2000. Vol. 34. P. 51–72. doi: 10.1300/J083v34n02 06.
59. Adana F., Ozvurmaz S., Mandiracioglu A. Burden on caregivers of dementia patients and affecting factors in Turkey: a systematic review // *J Pak Med Assoc.* 2022. Vol. 72. P. 108–114. doi: 10.47391/JPMA.2168.
60. Wang J., Xiao L., He G., Ullah S., De Bellis A. Factors contributing to caregiver burden in dementia in a country without formal caregiver support // *Aging Ment Health.* 2014. Vol. 18. P. 986–996. doi: 10.1080/13607863.2014.899976.
61. Fukuda M., Lyu X.Z., Li T., Xie T., Wang H.L., Yu X. Caregiver burden and related factors among caregivers of people with diagnosis of Alzheimer disease with one year // *Chin Ment Health J.* 2020. Vol. 34. P. 572–577.
62. Liu S., Li C., Shi Z. et al. Caregiver burden and prevalence of depression, anxiety and sleep disturbances in Alzheimer's disease caregivers in China // *J Clin Nurs.* 2017. Vol. 26. P. 1291–300. doi: 10.1111/jocn.13601.
63. Yin X., Xie Q., Huang L. et al. Assessment of the psychological burden among family caregivers of people living with Alzheimer's disease using the zarit burden interview // *J Alzheimers Dis.* 2021. Vol. 82. P. 285–291. doi: 10.3233/JAD-210025.
64. Ding Y., Liu J., Tang F.P., Zeng H. Analysis of current status and influencing factors associated with the family burden of senile dementia // *Chin Gen Pract.* 2014. Vol. 17. P. 256–60.

65. Yin J.J., Li J.J., Zhang W., Wang L.Z., Tan L. Study on influencing factors and predictors of quality of life and family burden in patients with Alzheimer's disease // *Chin J Health Manage.* 2018. Vol. 12. P. 58–62.
66. Chiao C., Wu H., Hsiao C. Caregiver burden for informal caregivers of patients with dementia: a systematic review // *Int Nurs Rev.* 2015. Vol. 62. P. 340–50. doi: 10.1111/inr.12194.
67. Wang H., Li T., Barbarino P. et al. Dementia care during COVID-19 // *Lancet.* 2020. Vol. 395. P. 1190–1191. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30755-8.
68. Backhaus R., Hoek L.J.M., de Vries E., van Haastregt J.C.M., Hamers J.P.H., Verbeek H. Interventions to foster family inclusion in nursing homes for people with dementia: A systematic review // *BMC Geriatrics.* 2020. Vol. 20(1). P. 1-17. doi: 10.1186/s12877-020-01836-w.
69. Gonçalves-Pereira M., Verdelho A., Prina M., Marques M. J., Xavier M. How many people live with dementia in Portugal? A discussion paper of national estimates // *Portuguese Journal of Public Health.* 2021. Vol. 39(1). P. 58–68. doi: 10.1159/000516503.
70. Huang W., Xue H.Y., Li G., Zhu Q.W., Wang H.W. Burden of caregivers of senile dementia patients: assessment with Zarit caregiver burden scale // *Chin J Public Health.* 2016. Vol. 32. P. 1741–1744.
71. Thyrian J., Winter P., Eichler T. et al. Relatives' burden of caring for people screened positive for dementia in primary care: results of the delphi study // *Z Gerontol Geriatr.* 2017. Vol. 50. P. 4–13. doi: 10.1007/s00391-016-1119-9.
72. Tsai C., Hwang W., Lee J. et al. Predictors of caregiver burden in aged caregivers of demented older patients // *BMC Geriatr.* 2021. Vol. 21. P. 59. doi: 10.1186/s12877-021-02007-1.
73. Kim W., Lee T., Shin J., Park E. Depressive symptoms in spouse caregivers of dementia patients: A longitudinal study in South Korea // *Geriatr. Gerontol. Int.* 2017. Vol. 17. P. 973–983. doi: 10.1111/ggi.12820.
74. Jones, D. A family living with alzheimer's disease: The communicative challenges // *Dementia.* 2015. Vol. 14(5). P. 555–573.

75. Hyden L. Samuelsson C. "So they are not alive?": Dementia, reality disjunctions and conversational strategies // *Dementia*. 2019. Vol. 18(7-8). P. 2662–2678.
76. Purves B.A., Phinney A. Family voices: A family systems approach to understanding communication in dementia // *Canadian Journal of Speech–Language Pathology*. 2012. Vol. 36(4). P. 284–300.
77. Walmsley B.D., McCormack L. The dance of communication: Retaining family membership despite severe non-speech dementia // *Dementia*. 2014. Vol. 13(5). P. 626–641.
78. Tipping S.A., Whiteside M. Language reversion among people with dementia from culturally and linguistically diverse backgrounds: The family experience // *Australian Social Work*. 2015. Vol. 68(2). P. 184–197. doi: 10.1080/0312407X.2014.953187.
79. Miron A.M., Thompson A.E., McFadden S.H., Ebert A.R. Young adults' concerns and coping strategies related to their interactions with their grandparents and great-grandparents with dementia // *Dementia*. 2019. Vol. 18(3). P. 1025–1041.
80. Braithwaite Stuart L., Jones C.H., Windle G. A qualitative systematic review of the role of families in supporting communication in people with dementia // *Int J Lang Commun Disord*. 2022. Vol. 57(5). P. 1130-1153. doi: 10.1111/1460-6984.12738.
81. Schaber P., Blair K., Jost E., Schaffer M., Thurner E. Understanding family interaction patterns in families with alzheimer's disease // *OTJR: Occupation, Participation and Health*. 2016. Vol. 36(1). P. 25–33.
82. Wicklund R.A. Intentions and other symbolic contributions to society // *Social Psychology*. 2008. Vol. 39(1). P. 205–212.
83. Zhang Y., Xia N.N., Wu J., Yang X., Lu X. Study on care burden of senile dementia patients in Nanjing // *J Nanjing Med Univ Soc Sci*. 2021. Vol. 21. P. 490–495.
84. Jiang F., Wang W.H., Wang Q.Y., Tang S.Y. Nursing experience of caregivers of senile dementia patients // *Chin J Gerontol*. 2014. Vol. 34. P. 759–762.

85. Lee S.Y., Ju Y.J., Lee J.E., Kim Y.T., Hong S.C., Choi Y.J., Song M.K., Kim H.Y. Factors associated with poor sleep quality in the Korean general population: Providing information from the Korean version of the Pittsburgh Sleep Quality Index // *J. Affect. Disord.* 2020. Vol. 271. P. 49–58. doi: 10.1016/j.jad.2020.03.069.
86. Losada A., Vara-García C., Romero-Moreno R. et al. Caring for relatives with dementia in times of COVID-19: Impact on caregivers and care-recipients // *Clinical Gerontologist.* 2022. Vol. 45(1). P. 71–85. doi: 10.1080/07317115.2021.1928356.
87. Zhou W., Dai W. Shifting from fragmentation to integration: a systematic analysis of long-term care insurance policies in China // *Int J Integr Care.* 2021. Vol. 21. P. 11. doi: 10.5334/ijic.5676.
88. Vitaliano P.P., Zhang J., Scanlan J.M. Is caregiving hazardous to one's physical health? A meta-analysis. *Psychol. Bull.* 2003. Vol. 129. P. 946–972. doi: 10.1037/0033-2909.129.6.946.
89. Markowitz J.S., Gutterman E.M., Sadik K., Papadopoulos G. Health-related quality of life for caregivers of patients with Alzheimer disease // *Alzheimer Dis. Assoc. Disord.* 2003. Vol. 17. P. 209–214. doi: 10.1097/00002093-200310000-00003.
90. Andreakou M.I., Papadopoulos A.A., Panagiotakos D.B., Niakas D. Assessment of Health-Related Quality of Life for Caregivers of Alzheimer's Disease Patients // *Int. J. Alzheimer's Dis.* 2016. Vol. 9. P. 213968. doi: 10.1155/2016/9213968.
91. Valimaki T.H., Martikainen J.A., Hongisto K., Vaatainen S., Sintonen H., Koivisto A.M. Impact of Alzheimer's disease on the family caregiver's long-term quality of life: Results from an ALSOVA follow-up study // *Qual. Life Res.* 2016. Vol. 25. P. 687–697. doi: 10.1007/s11136-015-1100-x.
92. Bell C.M., Araki S.S., Neumann P.J. The association between caregiver burden and caregiver health-related quality of life in Alzheimer disease // *Alzheimer Dis. Assoc. Disord.* 2001. Vol. 15. P. 129–136. doi: 10.1097/00002093-200107000-00004.

93. Froelich L., Llado A., Khandker R.K., Pedros M., Black C.M., Sanchez Diaz E.J., Chekani F., Ambegaonkar B. Quality of Life and Caregiver Burden of Alzheimer's Disease Among Community Dwelling Patients in Europe: Variation by Disease Severity and Progression // *J. Alzheimer's Dis. Rep.* 2021. Vol. 5. P. 791–804. doi: 10.3233/ADR-210025.
94. Hvidsten L., Engedal K., Selbaek G., Wyller T.B., Saltyte Benth J., Bruvik F., Kersten H. Quality of life of family carers of persons with young-onset compared to late-onset dementia // *Aging Ment. Health.* 2020. Vol. 24. P. 1394–1401. doi: 10.1080/13607863.2019.1617245.
95. Papastavrou E., Andreou P., Middleton N., Papacostas S., Georgiou I.K. Factors associated with quality of life among family members of patients with dementia in Cyprus // *Int. Psychogeriatr.* 2014. Vol. 26. P. 443–452. doi: 10.1017/S104161021300224X.
96. Farina N., Page T.E., Daley S., Brown A., Bowling A., Basset T., Livingston G., Knapp M., Murray J., Banerjee S. Factors associated with the quality of life of family carers of people with dementia: A systematic review // *Alzheimer's Dement.* 2017. Vol. 13. P. 572–581. doi: 10.1016/j.jalz.2016.12.010.
97. Wiegelmann H., Speller S., Verhaert L.M., Schirra-Weirich L., Wolf-Ostermann K. Psychosocial interventions to support the mental health of informal caregivers of persons living with dementia—A systematic literature review // *BMC Geriatr.* 2021. Vol. 21. P. 94. doi: 10.1186/s12877-021-02020-4.
98. Savla J., Roberto K.A., Blieszner R., McCann B.R., Hoyt E., Knight A.L. Dementia caregiving during the “stay-at-home” phase of COVID-19 pandemic // *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2021. Vol. 76. P. e241–e245. doi: 10.1093/geronb/gbaa129.
99. Goren A., Montgomery W., Kahle-Wroblewski K., Nakamura T., Ueda K. Impact of caring for persons with Alzheimer's disease or dementia on caregivers' health outcomes: Findings from a community based survey in Japan // *BMC Geriatr.* 2016. Vol. 16. P. 122. doi: 10.1186/s12877-016-0298-y.

100. Laks J., Goren A., Duenas H., Novick D., Kahle-Wroblewski K. Caregiving for patients with Alzheimer's disease or dementia and its association with psychiatric and clinical comorbidities and other health outcomes in Brazil // *Int. J. Geriatr. Psychiatry*. 2016. Vol. 31. P. 176–185. doi: 10.1002/gps.4309.

101. von Kanel R., Ancoli-Israel S., Dimsdale J.E., Mills P.J., Mausbach B.T., Ziegler M.G., Patterson T.L., Grant I. Sleep and biomarkers of atherosclerosis in elderly Alzheimer caregivers and controls // *Gerontology*. 2010. Vol. 56. P. 41–50. doi: 10.1159/000264654.

102. Marquez-Gonzalez M., Cabrera I., Losada A., Knight B.G. Attentional avoidant biases as mediators in the association between experiential avoidance and blood pressure in dementia family caregivers // *Aging Ment. Health*. 2018. Vol. 22. P. 669–677. doi: 10.1080/13607863.2017.1293003.

103. Xu X.Y., Kwan R.Y.C., Leung A.Y.M. Factors associated with the risk of cardiovascular disease in family caregivers of people with dementia: A systematic review // *J. Int. Med. Res*. 2020. Vol. 48. P. 300060519845472. doi: 10.1177/0300060519845472.

104. Ma M., Dorstyn D., Ward L., Prentice S. Alzheimers' disease and caregiving: A meta-analytic review comparing the mental health of primary carers to controls // *Aging Ment. Health*. 2018. Vol. 22. P. 1395–1405. doi: 10.1080/13607863.2017.1370689.

105. van der Lee J., Bakker T.J., Duivenvoorden H.J., Droses R.M. Multivariate models of subjective caregiver burden in dementia: A systematic review // *Ageing Res. Rev*. 2014. Vol. 15. P. 76–93. doi: 10.1016/j.arr.2014.03.003.

106. Fonareva I., Oken B.S. Physiological and functional consequences of caregiving for relatives with dementia // *Int. Psychogeriatr*. 2014. Vol. 26. P. 725–747. doi: 10.1017/S1041610214000039.

107. Oken B.S., Fonareva I., Wahbeh H. Stress-related cognitive dysfunction in dementia caregivers // *J. Geriatr. Psychiatry Neurol*. 2011. Vol. 24. P. 191–198. doi: 10.1177/0891988711422524.

108. Chiu Y.C., Lee Y.N., Wang P.C., Chang T.H., Li C.L., Hsu W.C., Lee S.H. Family caregivers' sleep disturbance and its associations with multilevel stressors when caring for patients with dementia // *Aging Ment. Health*. 2014. Vol. 18. P. 92–101. doi: 10.1080/13607863.2013.837141.
109. Peng H.L., Chang Y.P. Sleep disturbance in family caregivers of individuals with dementia: A review of the literature. *Perspect. Psychiatr // Care*. 2013. Vol. 49. P. 135–146. doi: 10.1111/ppc.12005.
110. Beaudreau S.A., Spira A.P., Gray H.L., Depp C.A., Long J., Rothkopf M., Gallagher-Thompson D. The relationship between objectively measured sleep disturbance and dementia family caregiver distress and burden // *J. Geriatr. Psychiatry Neurol*. 2008. Vol. 21. P. 159–165. doi: 10.1177/0891988708316857.
111. Gao C., Chapagain N.Y., Scullin M.K. Sleep Duration and Sleep Quality in Caregivers of Patients with Dementia: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw // Open*. 2019. Vol. 2. P. e199891. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2019.9891.
112. Simon M.A., Bueno A.M., Otero P., Blanco V., Vazquez F.L. Caregiver Burden and Sleep Quality in Dependent People's Family Caregivers // *J. Clin. Med*. 2019. Vol. 8. P. 1072. doi: 10.3390/jcm8071072.
113. Song M.J., Kim J.H. Family Caregivers of People with Dementia Have Poor Sleep Quality: A Nationwide Population-Based Study // *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2021. Vol. 18. P. 13079. doi: 10.3390/ijerph182413079.
114. Garcia-Alberca J.M., Lara J.P., Berthier M.L. Anxiety and depression in caregivers are associated with patient and caregiver characteristics in Alzheimer's disease // *Int. J. Psychiatry Med*. 2011. Vol. 41. P. 57–69. doi: 10.2190/PM.41.1.f.
115. Contador I., Fernandez-Calvo B., Palenzuela D.L., Migueis S., Ramos F. Prediction of burden in family caregivers of patients with dementia: A perspective of optimism based on generalized expectancies of control // *Aging Ment. Health*. 2012. Vol. 16. P. 675–682. doi: 10.1080/13607863.2012.684666.
116. Joling K.J., van Marwijk H.W., Veldhuijzen A.E., van der Horst H.E., Scheltens P., Smit F., van Hout H.P. The two-year incidence of depression and anxiety

disorders in spousal caregivers of persons with dementia: Who is at the greatest risk? // *Am. J. Geriatr. Psychiatry*. 2015. Vol. 23. P. 293–303. doi: 10.1016/j.jagp.2014.05.005.

117. Palma K.A., Balardin J.B., Vedana G., de Lima A.I.I., Luz C., Schroder N., Quevedo J., Bromberg E. Emotional memory deficit and its psychophysiological correlate in family caregivers of patients with dementia // *Alzheimer Dis. Assoc. Disord*. 2011. Vol. 25. P. 262–268. doi: 10.1097/WAD.0b013e318209e453.

118. Correa M.S., Vedovelli K., Giacobbo B.L., de Souza C.E., Ferrari P., de Lima A.I.I., Walz J.C., Kapczinski F., Bromberg E. Psychophysiological correlates of cognitive deficits in family caregivers of patients with Alzheimer Disease // *Neuroscience*. 2015. Vol. 286. P. 371–382. doi: 10.1016/j.neuroscience.2014.11.052.

119. Pertl M.M., Hannigan C., Brennan S., Robertson I.H., Lawlor B.A. Cognitive reserve and self-efficacy as moderators of the relationship between stress exposure and executive functioning among spousal dementia caregivers // *Int. Psychogeriatr*. 2017. Vol. 29. P. 615–625. doi: 10.1017/S1041610216002337.

120. Correa M.S., Giacobbo B.L., Vedovelli K., Lima D.B., Ferrari P., Argimon I.I.L., Walz J.C., Bromberg E. Age Effects on Cognitive and Physiological Parameters in Familial Caregivers of Alzheimer's Disease Patients // *PLoS ONE*. 2016. Vol. 11. P. e0162619. doi: 10.1371/journal.pone.0162619.

121. Correa M.S., de Lima D.B., Giacobbo B.L., Vedovelli K., Argimon I.I.L., Bromberg E. Mental health in familial caregivers of Alzheimer's disease patients: Are the effects of chronic stress on cognition inevitable? // *Stress*. 2019. Vol. 22. P. 83–92. doi: 10.1080/10253890.2018.1510485.

122. Shin J.H., Kim J.H. Family Caregivers of People with Dementia Associate with Poor Health-Related Quality of Life: A Nationwide Population-Based Study // *Int J Environ Res Public Health*. 2022. Vol. 19(23). P. 16252. doi: 10.3390/ijerph192316252.

123. Cheng S., Lam L., Kwok T. Neuropsychiatric symptom clusters of Alzheimer disease in Hong Kong Chinese: correlates with caregiver burden and

depression // *Am J Geriatr Psychiatry*. 2013. Vol. 21. P. 1029–1037. doi: 10.1016/j.jagp.2013.01.041.

124. Grabher B. Effects of Alzheimer disease on patients and their family // *J Nucl Med Technol*. 2018. Vol. 46. P. 335–340. doi: 10.2967/jnmt.118.218057.

125. Wong D., Ng T., Zhuang X. Caregiving burden and psychological distress in Chinese spousal caregivers: gender difference in the moderating role of positive aspects of caregiving // *Aging Ment Health*. 2019. Vol. 23. P. 976–83. doi: 10.1080/13607863.2018.1474447.

126. Ge L., Mordiffi S. Factors associated with higher caregiver burden among family caregivers of elderly cancer patients: a systematic review // *Cancer Nurs*. 2017. Vol. 40. P. 471–478. doi: 10.1097/NCC.0000000000000445.

127. Nishio M., Kimura H., Ogomori K., Ogata K. Emotional and instrumental support influencing male caregivers for people with dementia living at home // *J Rural Med*. 2017. Vol. 12. P. 20–27. doi: 10.2185/jrm.2905.

128. Chan S. Family caregiving in dementia: the Asian perspective of a global problem // *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2010. Vol. 30. P. 469–478. doi: 10.1159/000322086.

129. Baker K.L., Robertson N., Connelly D. Men caring for wives or partners with dementia: Masculinity, strain and gain // *Aging Ment. Health*. 2010. Vol. 14. P. 319–327. doi: 10.1080/13607860903228788.

130. Hong M. A phenomenological study of the experience of male spouses providing care for the elderly with dementia // *J. Humanit. Soc. Sci*. 2020. Vol. 11. P. 813–828.

131. He S.M., Chen J.P., Jiang W.W., Zhou S.H., Huang X.B., Wang Q. Burden of family caregivers and health service status of dementia patients in Guangzhou // *S China J Prev Med*. (2020). Vol. 46. P. 464–467.

132. Zou J. Study on the present situation and influential factors of care burden of family caregivers for patients with dementia. Ph.D. thesis. Hunan: Central South University, 2014.

133. Tsai H.H., Cheng C.Y., Weng L.C., Shieh W.Y., Liu C.Y. Motivations for family members' visits to nursing home residents with dementia in Taiwan: A qualitative study // *Journal of Nursing Scholarship*. 2021. Vol. 53(1). P. 87-95. doi: 10.1111/jnu.12617.
134. Li R.L., Wang J. Spiritual support for the elderly in the context of the excellent Chinese traditional filial culture // *Chin J Gerontol*. 2022. Vol. 42. P. 1262–5.
135. Beach S.R., Schulz R., Donovan H., Rosland A.M. Family caregiving during the COVID-19 pandemic // *Gerontologist*. 2021. Vol. 61. P. 650–660. doi: 10.1093/geront/gnab049.
136. Cohen G., Russo M.J., Campos J.A., Allegri R.F. Living with dementia: Increased level of caregiver stress in times of COVID-19 // *International Psychogeriatrics*. 2020. Vol. 32(11). P. 1377–1381. doi: 10.1017/S1041610220001593.
137. Hsu T.J., Tsai H.T., Hwang A.C., Chen L.Y., Chen L.K. Predictors of non-pharmacological intervention effect on cognitive function and behavioral and psychological symptoms of older people with dementia // *Geriatr Gerontol Int*. 2017. Vol. 17(1). P. 28–35.
138. Melo G., Maroco J., Lima-Basto M., de Mendonca A. Personality of the caregiver influences the use of strategies to deal with the behavior of persons with dementia // *Geriatr Nurs*. 2017. Vol. 38. P. 63–9.
139. Kim B., Noh G.O., Kim K. Behavioural and psychological symptoms of dementia in patients with Alzheimer's disease and family caregiver burden: a path analysis // *BMC Geriatr*. 2021. Vol. 21. P. 160. doi: 10.1186/s12877-021-02109-w.
140. Roche V. The hidden patient: addressing the caregiver // *Am J Med Sci*. 2009. Vol. 337. P. 199–204.
141. Karg N., Graessel E., Randzio O., Pendergrass A. Dementia as a predictor of care-related quality of life in informal caregivers: a cross-sectional study to investigate differences in health-related outcomes between dementia and non-

dementia caregivers // *BMC Geriatr.* 2018. Vol. 18(1). P. 189. doi: 10.1186/s12877-018-0885-1.

142. Zahed S., Emami M., Eslami A., Barekatin M., Hassanzadeh A., Zamani-Alavijeh F. Stress as a challenge in promoting mental health among dementia caregivers // *J Educ Health Promot.* 2020. Vol. 9. P. 65.

143. The Alzheimer's Association. 2022 Alzheimer's disease facts and figures // *Alzheimers Dement.* 2022. Vol. 18. P. 700–789. doi: 10.1002/alz.12638.

144. Yang M.L., Hong R.F. Investigation on family care burden of Senne dementia patients in Xiamen community // *Chin Health Stand Manag.* 2019. Vol. 10. P. 4–6.

145. Jin J, Pan YF, Chen ZL. Analysis on the status and influencing factors of the main caregivers of Senile dementia patients // *Pract Prev Med.* 2021. Vol. 28. P. 709–711.

146. Shim Y., Park K., Chen C., Dominguez J., Kang K., Kim H. et al. Caregiving, care burden and awareness of caregivers and patients with dementia in Asian locations: a secondary analysis // *BMC Geriatr.* 2021. Vol. 21. P. 230. doi: 10.1186/s12877-021-02178-x.

147. Guo Z.J., Zhao M., Lu X.Z., Zhao Q., Bi L., Yu X. et al. Current status and associated factors of traning demand among caregivers of dementia patents at home // *Chin J Public Health.* 2016. Vol. 32. P. 108–12.

148. Smith L., Morton D., van Rooyen D. Family dynamics in dementia care: A phenomenological exploration of the experiences of family caregivers of relatives with dementia // *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2022. Vol. 29(6). P. 861-872. doi: 10.1111/jpm.12822.

149. Wang M., Sun H.M., Ruan J. Correlationship study between the caregiver abuse and coping style, social support in elders with dementia // *Nurs J Chin PLA.* 2016. Vol. 33. P. 11–20.

150. Mortazavizadeh Z., Maercker A., Roth T., Savaskan E., Forstmeier S. Quality of the caregiving relationship and quality of life in mild Alzheimer's dementia

// *Psychogeriatrics: The Official Journal of the Japanese Psychogeriatric Society*. 2020. Vol. 20(5). P. 568–577. doi: 10.1111/psyg.12546.

151. Rippon I., Quinn C., Martyr A., Morris R., Nelis S. M., Jones I. R., Victor C. R., Clare L. The impact of relationship quality on life satisfaction and well-being in dementia caregiving dyads: Findings from the IDEAL study // *Aging & Mental Health*. 2020. Vol. 24(9). P. 1411–1420. doi: 10.1080/13607863.2019.1617238.

152. Marques M.J., Tan E.Y.L., Woods B. et al. Trajectories of relationship quality in dementia: A longitudinal study in eight European countries // *Aging & Mental Health*. 2021. Vol. 26(11). P. 2307–2315. doi: 10.1080/13607863.2021.1969641.

153. Marques M. J., Woods B., Hopper L. et al. Relationship quality and sense of coherence in dementia: Results of a European cohort study // *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2019. Vol. 34(5). P. 745–755. doi: 10.1002/gps.5082.

154. Tulek Z., Baykal D., Erturk S., Bilgic B., Hanagasi H., Gurvit I.H. Caregiver burden, quality of life and related factors in family caregivers of dementia patients in Turkey // *Issues Ment Health Nurs*. 2020. Vol. 41. P. 741–9.

155. Chen M.C., Lin H.R. The experiences of family caregivers in response to a dementia diagnosis disclosure // *BMC Psychiatry*. 2022. Vol. 22(1). P. 475. doi: 10.1186/s12888-022-04126-4.

156. Liu Z., Sun W., Chen H. et al. Caregiver burden and its associated factors among family caregivers of persons with dementia in Shanghai, China: a cross-sectional study // *BMJ Open*. 2022. Vol. 12. P. e057817. doi: 10.1136/bmjopen-2021-057817.

157. Mausbach B.T., Chattillion E.A., Roepke S.K., Patterson T.L., Grant I. A comparison of psychosocial outcomes in elderly Alzheimer caregivers and noncaregivers // *Am. J. Geriatr. Psychiatry*. 2013. Vol. 21. P. 5–13. doi: 10.1016/j.jagp.2012.10.001.

158. Lutzky S.M., Knight B.G. Explaining gender differences in caregiver distress: The roles of emotional attentiveness and coping styles // *Psychol. Aging*. 1994. Vol. 9. P. 513. doi: 10.1037/0882-7974.9.4.513.

159. Rose-Rego S.K., Strauss M.E., Smyth K.A. Differences in the perceived well-being of wives and husbands caring for persons with Alzheimer's disease // *Gerontologist*. 1998. Vol. 38. P. 224–230. doi: 10.1093/geront/38.2.224.
160. Park M., Nari F., Kang S.H., Jang S.I., Park E.C. Association between Living with Patients with Dementia and Family Caregivers' Depressive Symptoms- Living with Dementia Patients and Family Caregivers' Depressive Symptoms // *Int J Environ Res Public Health*. 2021. Vol. 18(8). P. 4372. doi: 10.3390/ijerph18084372.
161. Papastavrou E., Kalokerinou A., Papacostas S.S., Tsangari H., Sourtzi P. Caring for a relative with dementia: Family caregiver burden // *J. Adv. Nurs*. 2007. Vol. 58. P. 446–457. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04250.x.
162. Mitchell L.L., Albers E.A., Birkeland R.W., Peterson C.M., Stabler H., Horn B., Cha J., Drake A., Gaugler J.E. Caring for a Relative With Dementia in Long-Term Care During COVID-19 // *J Am Med Dir Assoc*. 2022. Vol. 23(3). P. 428-433.e1. doi: 10.1016/j.jamda.2021.11.026.
163. O'Shea E., Hopper L., Marques M. et al. (2020). A comparison of self and proxy quality of life ratings for people with dementia and their carers: A European prospective cohort study // *Aging & Mental Health*. Vol. 24(1). P. 162–170. doi: 10.1080/13607863.2018.1517727.
164. Ercoli L.M., Gammada E.Z., Niles P., Wyte Y. Coping with dementia caregiving stress and burden during COVID-19 // *Gerontol Geriatr Res*. 2021. Vol. 7. P. 1047.
165. Vyas J., Muirhead N., Singh R. et al. Impact of myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome (ME/CFS) on the quality of life of people with ME/CFS and their partners and family members: an online cross-sectional survey // *BMJ Open*. 2022. Vol. 12. P. e058128.
166. Steinfeldt V., Aagerup L.C., Jacobsen A.H. et al. Becoming a family caregiver to a person with dementia: a literature review on the needs of family caregivers // *SAGE Open Nurs*. 2021. Vol. 7. P. 1–14.

167. Livingston G., Huntley J., Sommerlad A. et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the lancet commission // *Lancet* (London, England). 2020. Vol. 396(10248). P. 413–446. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30367-6.

168. Moore K.J., Crawley S., Vickerstaff V., Cooper C., King M., Sampson E.L. Is preparation for end of life associated with pre-death grief in caregivers of people with dementia? // *Int Psychogeriatr*. 2020. Vol. 32. P. 753–763. doi: 10.1017/S1041610220000289.

169. Moniz-Cook E., Rewston C. Choosing psychosocial interventions for people with dementia and their families: Protocols for decision-making. In *Timely psychosocial interventions in dementia care: Evidence-based practice* (pp. 30–47). Jessica Kingsley Publishers, 2020.

170. Kim H., Jeong W., Kwon J., Kim Y., Jang S.-I., Park E.-C. Sex differences in type of exercise associated with depression in South Korean adults // *Sci. Rep*. 2020. Vol. 10. P. 1–10. doi: 10.1038/s41598-020-75389-8.

171. WHO. The global action plan on the public health response to dementia 2017–2025. <https://www.who.int/mental-health/neurology/dementia/action-plan-2017-2025/en> 2017. (дата звернення: 21.12.2024)

172. Bielsten T., Hellström I. A review of couple-centred interventions in dementia: Exploring the what and why - Part A // *Dementia*. 2019. Vol. 18(7–8). P. 2436–2449. doi: 10.1177/1471301217737652.

173. Kitwood T., Brooker D. *Dementia reconsidered, revisited: The person still comes first*. Open University Press, 2019.

174. Gilbert E., Villa D., Riley G. A. A scoping review of psychosocial interventions to enhance the relationship of couples living with dementia // *Dementia*. 2023. Vol. 22(5). P. 1164–1198. doi: 10.1177/14713012231166474.

175. Stedje K., Kvamme T. K. S., Johansson K., Stensæth K. A., Odell-Miller H., Bukowska A., Tamplin J., Wosch T., Baker F.A. Influential factors of spousal relationship quality in couples living with dementia - a narrative synthesis systematic review // *Dementia*. 2023. Vol. 22(1). P. 281–302. doi: 10.1177/14713012221137280.

176. Zhang H.H., Li H., Huang H. Investigation in the burden of dementia patients caregivers in Gushan town, Fuzhou City, China // *Chin J Pract Nurs*. 2010. Vol. 8. P. 30–32.
177. Rote S., Angel J., Hinton L. Characteristics and consequences of family support in Latino dementia care // *J Cross Cult Gerontol*. 2019. Vol. 34. P. 337–354. doi: 10.1007/s10823-019-09378-4.
178. Lee W., Gray S.L., Zaslavsky O., Barthold D., Marcum Z.A. Association between having a family member with dementia and perceptions of dementia preventability // *Aging Ment Health*. 2022. Vol. 26(2). P. 270-276. doi: 10.1080/13607863.2020.1839866.
179. Zhang H., Wang N., Bai N., Yin M. Conducting family meetings on families with dementia: An integrative review // *J Clin Nurs*. 2024. Vol. 33(4). P. 1362-1375. doi: 10.1111/jocn.17007.
180. Olthof-Nefkens M.W., Derksen E.W., Debets F., de Swart B. J., Nijhuis-van der Sanden M.W., Kalf J.G. Com-mens: A home-based logopaedic intervention program for communication problems between people with dementia and their caregivers—a single-group mixed-methods pilot study // *International Journal of Language & Communication Disorders*. 2022. Vol. 58(3). P. 704–722. doi: 10.1111/1460-6984.12811.
181. Hyden L.C. Cutting Brussel sprouts: Collaboration involving persons with dementia // *Journal of Aging Studies*. 2014. Vol. 29(1). P. 115–123.
182. Tyrrell M., Hillerås P., Skovdahl K., Fossum B., Religa D. Voices of spouses living with partners with neuropsychiatric symptoms related to dementia // *Dementia*. 2019. Vol. 18. P. 903–919. doi: 10.1177/1471301217693867.
183. Chi N-C., Demiris G. A systematic review of telehealth tools and interventions to support family caregivers // *J Telemed Telecare*. 2015. Vol. 21. P. 37–44. doi: 10.1177/1357633X14562734.
184. Kabir Z.N., Leung A.Y.M, Grundberg Å., Boström A.M., Lämås K., Kallström A.P., Moberg C., Cronfalk B.S., Meijer S., Konradsen H. Care of family caregivers of persons with dementia (CaFCa) through a tailor-made mobile app: study

protocol of a complex intervention study // *BMC Geriatr.* 2020. Vol. 20(1). P. 305. doi: 10.1186/s12877-020-01712-7.

185. Guay C., Auger C., Demers L., Mortenson W.B., Miller W.C., Gélinas-Bronsard D. et al. Components and outcomes of internet-based interventions for caregivers of older adults: systematic review // *J Med Internet Res.* 2017. Vol. 19. P. e313. doi: 10.2196/jmir.7896.

186. Kurz A., Bakker C., Böhm M. et al. RHAPSODY - internet-based support for caregivers of people with young onset dementia: program design and methods of a pilot study // *Int Psychogeriatr.* 2016. Vol. 28. P. 2091–2099. doi: 10.1017/S1041610216001186.

187. Cristancho-Lacroix V., Wrobel J., Cantegreil-Kallen I., Dub T., Rouquette A., Rigaud A-S. A web-based psychoeducational program for informal caregivers of patients with Alzheimer's disease: a pilot randomized controlled trial // *J Med Internet Res.* 2015. Vol. 17. P. e117. doi: 10.2196/jmir.3717.

188. Coffman I., Resnick H.E., Lathan C.E. Behavioral health characteristics of a technology-enabled sample of Alzheimer's caregivers with high caregiver burden // *mHealth.* 2017. Vol. 3. P. 36. doi: 10.21037/mhealth.2017.08.01.

189. Metcalfe A., Jones B., Mayer J. et al. Online information and support for carers of people with young onset dementia: a multi-site randomised controlled pilot study // *Int J Geriatr Psychiatry.* 2019. Vol. 34. P. 1455–1464. doi: 10.1002/gps.5154.

190. Wilz G., Meichsner F., Soellner R. Are psychotherapeutic effects on family caregivers of people with dementia sustainable? Two-year long-term effects of a telephone-based cognitive behavioral intervention // *Aging Ment Health.* 2017. Vol. 21. P. 774–781. doi: 10.1080/13607863.2016.1156646.

191. Foster M.V., Sethares K.A. Facilitators and barriers to the adoption of telehealth in older adults: an integrative review // *Comput Inform Nurs.* 2014. Vol. 32. P. 523–533. doi: 10.1097/CIN.0000000000000105.

192. Reyes A.M., Thunell J., Zissimopoulos J. Addressing the diverse needs of unpaid caregivers through new health-care policy opportunities // *Public Policy & Aging Report.* 2021. Vol. 31(1). P. 19–23. doi: 10.1093/ppar/praa039.

193. Kuo L.M., Huang H.L., Liang J., Kwok Y.T., Hsu W.C., Liu C.Y., Shyu Y.L. Trajectories of health-related quality of life among family caregivers of individuals with dementia: A home-based caregiver-training program matters // *Geriatr. Nurs.* 2017. Vol. 38. P. 124–132. doi: 10.1016/j.gerinurse.2016.08.017.

194. Livingston G., Barber J., Rapaport P., Knapp M., Griffin M., King D., Livingston D., Mummery C., Walker Z., Hoe J., et al. Clinical effectiveness of a manual based coping strategy programme (START, STrAtegies for RelaTives) in promoting the mental health of carers of family members with dementia: Pragmatic randomised controlled trial // *BMJ.* 2013. Vol. 347. P. f6276. doi: 10.1136/bmj.f6276.

195. Kuo L.M., Huang H.L., Huang H.L., Liang J., Chiu Y.C., Chen S.T., Kwok Y.T., Hsu W.C., Shyu Y.I. A home-based training program improves Taiwanese family caregivers' quality of life and decreases their risk for depression: A randomized controlled trial // *Int. J. Geriatr. Psychiatry.* 2013. Vol. 28. P. 504–513. doi: 10.1002/gps.3853.

196. Danucalov M.A., Kozasa E.H., Afonso R.F., Galduroz J.C., Leite J.R. Yoga and compassion meditation program improve quality of life and self-compassion in family caregivers of Alzheimer's disease patients: A randomized controlled trial. *Geriatr // Gerontol. Int.* 2017. Vol. 17. P. 85–91. doi: 10.1111/ggi.12675.

197. Graff M.J., Vernooij-Dassen M.J., Thijssen M., Dekker J., Hoefnagels W.H., Olderikkert M.G. Effects of community occupational therapy on quality of life, mood, and health status in dementia patients and their caregivers: A randomized controlled trial // *J. Gerontol. A Biol. Sci. Med. Sci.* 2007. Vol. 62. P. 1002–1009. doi: 10.1093/gerona/62.9.1002.

198. Jia L., Du Y., Chu L. et al. Prevalence, risk factors, and management of dementia and mild cognitive impairment in adults aged 60 years or older in china: a cross-sectional study // *Lancet Public Health.* 2020. Vol. 5. P. e661–71. doi: 10.1016/S2468-2667(20)30185-7.

199. Hamiduzzaman M., Kuot A., Greenhill J., Strivens E., Isaac V. Towards personalized care: Factors associated with the quality of life of residents with dementia

in Australian rural aged care homes // Plos One. 2020. Vol. 15(5). P. e0233450. doi: 10.1371/journal.pone.0233450.

200. Hellis E., Mukaetova-Ladinska E.B. Informal caregiving and Alzheimer's disease: the psychological effect // Medicina (Kaunas). 2022. Vol. 59. P. 48.

201. Cheng S.T., Li K.K., Or P.P.L., Losada A. Do caregiver interventions improve outcomes in relatives with dementia and mild cognitive impairment? A comprehensive systematic review and meta-analysis // Psychology and Aging. 2022. Vol. 37(8). P. 929–953. doi: 10.1037/PAG0000696.

202. Hayward J.K., Gould C., Palluotto E., Kitson E.C., Spector A. Family involvement with care homes following placement of a relative living with dementia: A review // Ageing & Society. 2021. Vol. 1. P. 46. doi: 10.1017/S0144686X21000957.

203. Zigmond A.S., Snaith R.P. Hospital Anxiety and Depression Scale // Acta Psychiatr Scand. 1983. Vol. 67(6). P. 361-370.

204. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating // British Journal of Medical Psychology. 1959. Vol. 32. PP. 50–55.

205. Hamilton M. A rating scale for depression by Max Hamilton // Journal of Neurology, Neurosurgery, Psychiatry. 1960. Vol. 23. PP. 56–62.

206. Sereda Y., Dembitskyi S. Validity assessment of the symptom checklist SCL-90-R and shortened versions for the general population in Ukraine. BMC psychiatry. 2016. Vol. 16(1). P. 300.

207. Погонєць Т.В. Системно-структурний підхід у консультиванні сімей, що перебувають в складній життєвій ситуації. Кваліфікаційна робота з психології. Кривий Ріг, 2023. С. 49-50.

208. Кокун О.М., Мельничук Т.І. Резилієнс-довідник: практичний посібник. Київ: Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України. 2023. С. 16-17.

209. American Psychological Association, 2023. Resilience. <https://www.apa.org/topics/resilience>

210. Folkman S., Lazarus R.S. The relationship between coping and emotion: implications for theory and research // Soc Sci Med. 1988. Vol. 26(3). P. 309-317.

211. Абрамов В.А., Жигулина И.В., Ряполова Т.Л. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией: монография. Донецк: Каштан, 2009. 584 с.

212. Мельник Ю. Б., Стадник А. В. Багатомірна шкала сприйняття соціальної підтримки: метод. посіб. (укр. версія). Харків: ХОГОКЗ. 2023. 12 с. <https://doi.org/10.26697/melnyk.stadnik.6.2023>.

213. Марута Н.А., Панько Т.В., Явдак И.А., Семькина Е.Е. Критерий качества жизни в психиатрической практике. Харьков: РИФ Арсис, ЛТД, 2004.

214. Єременко В.С., Куц Ю.В., Мокійчук В.М., Самойліченко О.В. Статистичний аналіз даних вимірювань: навч. посіб. К.: НАУ, 2013. 320 с.

215. Паянок Т.М., Задорожня Т.М. Статистичний аналіз даних: навчальний посібник. Ірпінь : Університет державної фіскальної служби України, 2020. 312 с.

216. Гардер С.Є., Корніль Т.Л., Голотайстрова Г.О., Іглін С.П. Статистичний аналіз даних: навч.-метод. посібник. Нац. техн. ун-т "Харків. політехн. ін-т". Харків, 2024. 94 с.

217. Statistical Analysis Handbook A Comprehensive Handbook of Statistical Concepts, Techniques and Software Tools 2018-2024 / Edition Dr Michael J de Smith. 2024.

218. Frumento P., Gimelli A. Understanding statistical analysis in randomized trials: tips and tricks for effective review // Eur Heart J Imaging Methods Pract. 2025. Vol. 3(1). P. qyaf036.

219. Огоренко В.В., Шустерман Т.Й., Сеславська Є.Л. Психічна дезадаптація у родичів хворих на деменцію альцгеймеровського типу. Вісник морської медицини. 2023. №1 (98). С. 192-200.

220. Огоренко В.В., Сеславська Є.Л. Клініко-психопатологічний аналіз стану психічної сфери родичів пацієнтів з деменцією. Український вісник психоневрології. 2024. Том 32, вип. 2 (119). С. 53-60. DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V32-is2-2024-9>

221. Сеславська Є.Л. Феномен сімейної тривоги у родичів пацієнтів з деменцією: наявність, структура, взаємозв'язок зі станом психічної сфери. Медицина сьогодні і завтра. 2024. № 93(4). С. 58-66. <https://doi.org/10.35339/msz.2024.93.4.ses>

222. Сеславська Є.Л. Аналіз стану резилієнтності та типу ставлення до психічної хвороби родича як факторів функціонування сімейної системи в родинях пацієнтів з деменцією. Експериментальна і клінічна медицина. 2024. 93(4). С. 24-32. <https://doi.org/10.35339/ekm.2024.93.4.ses>

223. Сеславська Є.Л. Порівняльний аналіз інтерпсихічних і інтрапсихічних ресурсів родичів пацієнтів з деменцією залежно від стану їх психічної адаптації. Український вісник психоневрології. 2024. Том 32, вип. 3 (120). С. 70-77. DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V32-is3-2024-12>

224. Огоренко В.В., Сеславська Є.Л. Система диференційованої корекції і профілактики психічної дезадаптації у родичів хворих на деменцію, та її ефективність. Український вісник психоневрології. 2025. Том 33, вип. 1 (122). С. 43-53. DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V33-is1-2025-7>

225. Шустерман Т., Огоренко В., Сеславська Є. Дезадаптація членів сім'ї хворих на деменцію альцгеймерівського типу. Психосоматична медицина та загальна практика. 2022. Том 7, № 2. e0702368.

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації

1. Огоренко В.В., Шустерман Т.Й., Сеславська Є.Л. Психічна дезадаптація у родичів хворих на деменцію альцгеймеровського типу. Вісник морської медицини. 2023. №1 (98). С. 192-200. *(особистий внесок здобувача складався з пошуку і аналізу сучасної наукової інформації з обраної теми)*
2. Огоренко В.В., Сеславська Є.Л. Клініко-психопатологічний аналіз стану психічної сфери родичів пацієнтів з деменцією. Український вісник психоневрології. 2024. Том 32, вип. 2 (119). С. 53-60. DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V32-is2-2024-9> *(особистий внесок здобувача складався з роботи з емпіричним матеріалом, аналізом і узагальненням отриманих даних)*
3. Сеславська Є.Л. Феномен сімейної тривоги у родичів пацієнтів з деменцією: наявність, структура, взаємозв'язок зі станом психічної сфери. Медицина сьогодні і завтра. 2024. № 93(4). С. 58-66. <https://doi.org/10.35339/msz.2024.93.4.ses>
4. Сеславська Є.Л. Аналіз стану резилієнтності та типу ставлення до психічної хвороби родича як факторів функціонування сімейної системи в родинях пацієнтів з деменцією. Експериментальна і клінічна медицина. 2024. 93(4). С. 24-32. <https://doi.org/10.35339/ekm.2024.93.4.ses>
5. Сеславська Є.Л. Порівняльний аналіз інтерпсихічних і інтрапсихічних ресурсів родичів пацієнтів з деменцією залежно від стану їх психічної адаптації. Український вісник психоневрології. 2024. Том 32, вип. 3 (120). С. 70-77. DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V32-is3-2024-12>
6. Огоренко В.В., Сеславська Є.Л. Система диференційованої корекції і профілактики психічної дезадаптації у родичів хворих на деменцію, та її ефективність. Український вісник психоневрології. 2025. Том 33, вип. 1 (122). С. 43-53. DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V33-is1-2025-7> *(особистий внесок*

здобувача складався з формулювання ідеї роботи, збір емпіричного матеріалу, аналізу і узагальнення результатів)

Праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертаційної роботи

7. Шустерман Т., Огоренко В., Сеславська Є. Деадаптація членів сім'ї хворих на деменцію альцгеймерівського типу. Психосоматична медицина та загальна практика. 2022. Том 7, № 2. e0702368. *(особистий внесок здобувача складався з формулювання ідеї дослідження, аналізу отриманих результатів)*

Положення, що містяться в дисертаційному дослідженні, обговорені на III конгресі з міжнародною участю «Психосоматична медицина XXI століття: реалії та перспективи» (25.10.2022, м. Київ); науково-практичній конференції з міжнародною участю «Сучасний формат неврології та психіатрії: нові горизонти в охороні психічного здоров'я» (20-21.03.2025).

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Проректор з наукової роботи
Дніпровського державного
медичного університету
д.мед.н., проф.

Олександр СІДРЬЯН

« 11 » 11 2025р



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції для впровадження: «Система диференційованої корекції і профілактики психічної дезадаптації у родичів хворих на деменцію».
2. Ким запропоновано, адреса, виконавці: кафедра психіатрії, наркології і медичної психології Дніпровського державного медичного університету (49044, м. Дніпро, вул. Володимира Вернадського, буд. 9); В.В. Огоренко, Є.Л. Сеславська.
3. Джерело інформації: Огоренко В.В., Сеславська Є.Л. Система диференційованої корекції і профілактики психічної дезадаптації у родичів хворих на деменцію, та її ефективність. Український вісник психоневрології. 2025. Том 33, вип. 1 (122). С. 43-53. DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V33-is1-2025-7>
4. Де впроваджено: кафедра психіатрії, наркології і медичної психології
5. Термін впровадження: 15.09.2025 – 14.11.2025.
6. Форма впровадження: у навчально-педагогічний процес.
7. Ефективність впровадження: матеріали використовуються при проведенні практичних занять для студентів 4 курсу ОР «Магістр» «Медицина» в модуль 2, змістовний модуль 2 Тема: Психологічні особливості хворих з соматичними захворюваннями, що дозволило покращити розуміння факторів, які впливають на психічний стан родичів, хворих на деменції.
8. Зауваження, пропозиції: не вносились.

Завідувач кафедри психіатрії,
наркології і медичної
психології,
д.мед.н., професор

Вікторія ОГОРЕНКО

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Директор «Університетська лікарня»
Дніпровського державного медичного університету,
к.мед.н., доцент,
Заслужений лікар України
Сергій ЦИРІПКИ

2025р.

Акт впровадження

1. Пропозиція для впровадження: «Система диференційованої корекції і профілактики психічної дезадаптації у родичів хворих на деменцію».
2. Ким запропоновано, адреса, виконавці: кафедра психіатрії, наркології і медичної психології Дніпровського державного медичного університету (49044, м. Дніпро, вул. Володимира Вернадського, буд. 9); В.В. Огоренко, Є.Л. Сеславська.
3. Джерело інформації: Огоренко В.В., Сеславська Є.Л. Система диференційованої корекції і профілактики психічної дезадаптації у родичів хворих на деменцію, та її ефективність. Український вісник психоневрології. 2025. Том 33, вип. 1 (122). С. 43-53. DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V33-is1-2025-7>
4. Де впроваджено: «Університетська лікарня» Дніпровського державного медичного університету
5. Термін впровадження: 10.01.25 – 14.09.25
6. Загальна кількість спостережень: 18
7. Ефективність впровадження відповідно до критеріїв, викладених у джерелі інформації:

Показники	За даними	
	розробника	установи, яка проводила впровадження
Достовірне прогнозування госпіталізацій протягом наступних 6 місяців	81%	83%

8. Зауваження, пропозиції: не вносились.

Відповідальна за впровадження


Юлія НІКАНОРОВА

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Генеральний директор КНП
«Дніпровська багатoproфільна
клінічна лікарня з надання
психіатричної допомоги» ДОР»,
д.мед.н., професор
Світлана МСРЮЗ

« 01 вересня 2025р.

Акт впровадження

1. Пропозиція для впровадження: «Система диференційованої корекції і профілактики психічної дезадаптації у родичів хворих на деменцію».
2. Ким запропоновано, адреса, виконавці: кафедра психіатрії, наркології і медичної психології Дніпровського державного медичного університету (49044, м. Дніпро, вул. Володимира Вернадського, буд. 9); В.В. Огоренко, Є.Л. Сеславська.
3. Джерело інформації: Огоренко В.В., Сеславська Є.Л. Система диференційованої корекції і профілактики психічної дезадаптації у родичів хворих на деменцію, та її ефективність. Український вісник психоневрології. 2025. Том 33, вип. 1 (122). С. 43-53. DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V33-is1-2025-7>
4. Де впроваджено: КНП «Дніпровська багатoproфільна клінічна лікарня з надання психіатричної допомоги» ДОР»
5. Термін впровадження: 10.01.25 – 14.09.25
6. Загальна кількість спостережень: 32
7. Ефективність впровадження відповідно до критеріїв, викладених у джерелі інформації:

Показники	За даними	
	розробника	установи, яка проводила впровадження
Достовірне прогнозування госпіталізацій протягом наступних 6 місяців	81%	87,5%

8. Зауваження, пропозиції: не вносились.

Відповідальна за впровадження

Інна МАКАРОВА



Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)

Т	Питання	Д
	1.Т Я відчуваю напруженість, мені не по собі.	
	3 Весь час. 2 Часто. 1 Час від часу, іноді. 0 Зовсім не відчуваю.	
	2.Д Те, що раніше приносило мені велике задоволення, і зараз викликає у мене таке ж почуття.	
	0 Безумовно це так. 1 Напевно, це так. 2 Лише в дуже малому ступені це так. 3 Це зовсім не так.	
	3.Т Я відчуваю страх, здається, ніби щось жахливе може ось-ось статися.	
	3 Безумовно це так, і страх дуже сильний. 2 Це так, але страх не дуже сильний. 1 Іноді, але це мене не турбує. 0 Зовсім не відчуваю.	
	4.Д Я здатний розсміятися і побачити в тій чи іншій події смішне.	
	0 Безумовно це так. 1 Напевно, це так. 2 Лише в дуже малому ступені це так. 3 Зовсім не здатний.	
	5.Т Неспокійні думки крутяться у мене в голові.	
	3 Постійно. 2 Велику частину часу. 1 Час від часу і не так часто. 0 Тільки іноді.	
	6.Д Я відчуваю бадьорість.	
	3 Зовсім не відчуваю. 2 Дуже рідко. 1 Іноді. 0 Практично весь час.	
	7.Т Я легко можу сісти і розслабитися.	
	0 Безумовно це так. 1 Напевно, це так. 2 Лише зрідка це так. 3 Зовсім не можу.	
	8.Д Мені здається, що я почав все робити дуже повільно.	
	3 Практично весь час. 2 Часто. 1 Іноді. 0 Зовсім ні.	
	9.Т Я відчуваю внутрішнє напруження або тремтіння.	
	0 Зовсім не відчуваю. 1 Іноді. 2 Часто. 3 Дуже часто.	
	10.Д Я не стежу за своєю зовнішністю.	

	<p>3 Безумовно це так. 2 Я не приділяю цьому стільки часу, скільки потрібно. 1 Може бути, я став менше приділяти цьому уваги. 0 Я стежу за собою так само, як і раніше.</p>	
	<p>11.Т Я відчуваю непосидючість, немов мені постійно потрібно рухатися.</p>	
	<p>3 Безумовно це так. 2 Напевно, це так. 1 Лише в деякій мірі це так. 0 Зовсім не відчуваю.</p>	
	<p>12.Д Я вважаю, що мої справи (заняття, захоплення) можуть принести мені почуття задоволення.</p>	
	<p>0 Точно так само, як і зазвичай. 1 Так, але не в тій мірі, як раніше. 2 Значно менше, ніж зазвичай. 3 Зовсім так не вважаю.</p>	
	<p>13.Т У мене буває раптове відчуття паніки.</p>	
	<p>3 Дуже часто. 2 Досить часто. 1 Не так уже часто. 0 Зовсім не буває.</p>	
	<p>14.Д Я можу отримати задоволення від гарної книги, радіо чи телепрограми.</p>	
	<p>0 Часто. 1 Іноді. 2 Рідко. 3 Дуже рідко.</p>	

Шкала депресії Гамільтона

<p>1. Знижений настрої (переживання печалі, безнадійності, власної безпорадності та малоцінності)</p> <p>4 Хворий висловлює ці почуття як у спонтанних висловлюваннях, так і невербально.</p> <p>3 Афективні переживання визначаються за невербальними ознаками (міміка, поза, невербальні характеристики голосу, плач чи готовність до плачу).</p> <p>2 Спонтанно повідомляє про свої переживання вербальним чином (розповідає про них).</p> <p>1 Повідомляє про свої переживання лише під час розпитування.</p> <p>0 Немає.</p>
<p>2. Почуття провини</p> <p>4 Вербальні галюцинації обвинувачувального та засуджувального характеру та / або зорові галюцинації загрозливого характеру.</p> <p>3 Цей хворобливий стан розцінює як покарання; присутнє маячення ідеї винності.</p> <p>2 Почуття та ідеї власної провини або болісні роздуми про минулі помилки (гріхи), думки про покарання за ці вчинки.</p> <p>1 Ідеї самоприниження, самодокори; вважає, що підвів інших; відчуває, що причиною страждання інших людей.</p> <p>0 Немає.</p>
<p>3. Суїцидальні тенденції</p> <p>4 Спроба самогубства (будь-яка серйозна суїцидальна спроба оцінюється в 4 бали).</p> <p>3 Суїцидальні висловлювання (думки) чи жести.</p> <p>2 Бажання смерті або будь-які думки про можливість власної смерті (ідеї про небажання жити).</p> <p>1 Почуття, що жити не варто; висловлює думки про безглуздість чи малоцінність життя.</p> <p>0 Відсутні</p>
<p>4. Раннє безсоння (труднощі при засинанні)</p> <p>2 Щоденні скарги на труднощі під час засинання.</p> <p>1 Скарги на епізодичні труднощі під час засипання; щоб заснути, потрібно понад півгодини.</p> <p>0 Немає.</p>
<p>5. Середнє безсоння</p> <p>2 Багаторазові пробудження протягом всієї ночі (будь-який підйом з ліжка вночі, за винятком відвідування туалету, оцінюється в 2 бали).</p> <p>1 Скаргиться на неспокійний сон (збудження та занепокоєння) протягом усієї ночі.</p> <p>0 Немає.</p>
<p>6. Пізнє безсоння (ранні пробудження)</p> <p>2 При пробудженні заснути повторно не вдається (остатнє раннє пробудження).</p> <p>1 Прокидається рано, але знову засинає.</p> <p>0 Немає.</p>
<p>7. Працездатність та активність (робота та діяльність)</p> <p>4 Відмова від роботи. Непрацездатний через справжнє захворювання. У період перебування в стаціонарі пункт оцінюється в 4 бали, якщо хворий ніякої активності, крім звичайних дій з обслуговування себе, не виявляє або зазнає труднощів навіть у цьому (не справляється з рутинною побутовою діяльністю без сторонньої допомоги).</p> <p>3 Істотне зниження активності та продуктивності. Зменшення реального часу прояву активності або зниження продуктивності. У стаціонарі пункт оцінюється в 3 бали, якщо хворий зайнятий будь-якою діяльністю (допомогою медичному персоналу, хобі тощо), Окрім звичайних дій з обслуговування себе, не менше 3 годин на день.</p> <p>2 Втрата інтересу до діяльності. Втрата інтересу до професійної діяльності, роботи та розваг, що визначається прямо за скаргами хворого або побічно за ступенем байдужості до оточення, нерішучості і коливань (відчуття, що він повинен змушувати себе працювати або займатися чимось; почуття потреби в додатковому зусиллі проявити активність).</p>

<p>1 Думки та відчуття неспроможності, почуття втоми та слабкості, пов'язане з діяльністю (роботою чи хобі).</p> <p>0 Проблем не відчуває</p>
<p>8. Загальмованість (уповільненість мислення та мови, порушення здатності концентрувати увагу, зниження рухової активності)</p> <p>4 Повний ступор</p> <p>3 Виражені труднощі під час проведення опитування</p> <p>2 Помітна (явна) загальмованість у розмові.</p> <p>1 Легка (незначна) загальмованість у розмові.</p> <p>0 Темп мислення та мови без змін</p>
<p>9. Ажитация (збудження)</p> <p>4 Постійно перебирає руками, заламує руки, кусає нігті, губи, рве волосся.</p> <p>3 Рухливість та непосидючість</p> <p>2 Стурбовані рухи руками, смикання волосся («гра руками, волоссям») тощо.</p> <p>1 Занепокоєння.</p> <p>0 Немає.</p>
<p>10. Тривога психічна</p> <p>4 Спонтанно викладає свої тривожні побоювання. Страх, що виражається без розпитування.</p> <p>3 Тривога, що відображається у виразі обличчя та мови.</p> <p>2 Занепокоєння щодо незначних приводів.</p> <p>1 Суб'єктивна напруга та дратівливість.</p> <p>0 Немає.</p>
<p>11. Тривога соматична (фізіологічні ознаки тривоги: гастроінтестинальні — сухість у роті, болі в шлунку, метеоризм, діарея, диспепсія, спазми, відрижка; серцево-судинні — серцебиття, головні болі; дихальні — гіпервентиляція, затримка; підвищене потовиділення)</p> <p>4 Дуже важка, аж до функціональної недостатності (українська сильна).</p> <p>3 Важка (сильна)</p> <p>2 Середня</p> <p>1 Слабка</p> <p>0 Відсутня</p>
<p>12. Шлунково-кишкові соматичні порушення (симптоми)</p> <p>2 Споживання їжі тільки з наполегливим примусом. Потребує призначення проносних та інших лікарських засобів, що сприяють нормальному травленню.</p> <p>1 Втрата апетиту. Нарікає на відсутність апетиту, але їсть самостійно без примусу; відчуває відчуття важкості у шлунку (животі).</p> <p>0 Немає.</p>
<p>13. Загальносоматичні симптоми</p> <p>2 Виразна вираженість будь-якого соматичного симптому оцінюється у 2 бали.</p> <p>1 Відчуття важкості у кінцівках чи спині; біль у спині чи голові; м'язові болі. Відчуття втоми, занепаду сил чи втрати енергії.</p> <p>0 Немає.</p>
<p>14. Розлад сексуальної сфери (генітальні симптоми) (втрата лібідо, менструальні порушення)</p> <p>2 Виразна вираженість зниження сексуального потягу або менструальних порушень.</p> <p>1 Легкий рівень зниження сексуального потягу. Слабка виразність порушень.</p> <p>0 Відсутні</p>
<p>15. Іпохондричні розлади (іпохондрія)</p> <p>4 Маячні іпохондричні ідеї (іпохондричний марення).</p> <p>3 Часті скарги, прохання про допомогу.</p> <p>2 Особливе (надмірне) занепокоєння своїм здоров'ям.</p> <p>1 Підвищений інтерес до власного тіла (поглиненість собою — власним тілом).</p>

0 Немає.
16. Втрата ваги (оцінюється або пункт А, або Б)
<i>16 А. Оцінка проводиться за анамнестичними даними</i>
3 Значна втрата у вазі, яка не оцінюється. 2 Явна (за словами пацієнта) втрата у вазі. Втрата становила 3 чи більше кг. 1 Ймовірна втрата у вазі у зв'язку зі справжнім захворюванням. Втрата ваги становила від 1 до 2,5 кг. 0 Втрати ваги не спостерігалося.
<i>16 Б. Оцінка проводиться щотижня відповідно до показів зважувань</i>
3 Не оцінюється. 2 Втрата ваги становить понад 1 кг на тиждень. 1 Втрата ваги становить понад 0,5 кг на тиждень. 0 Втрата ваги становить менше 0,5 кг на тиждень.
17. Ставлення до свого захворювання (критичність ставлення до хвороби)
2 Повна відсутність усвідомлення хвороби. Хворим себе не вважає. 1 Усвідомлення хворобливості стану; визнає, що хворий, але пов'язує причини захворювання з їжею, кліматом, навантаженнями на роботі, вірусною інфекцією, потребою у відпочинку тощо. 0 Вважає себе хворим на депресію. Усвідомлення, що хворий на депресію або якість захворювання.

Шкала тривоги Гамільтона

Симптоми	Немає 0	Незначний 1	Помірний 2	Сильний 3	Дуже важкий 4
1. Тривожний настрій: (стурбованість, очікування найгіршого, тривожні побоювання, дратівливість)					
2. Напруження (відчуття напруження, здригання, плаксивість, тремтіння, відчуття занепокоєння, нездатність розслабитися)					
3. Страхи (темряви, незнайомих, самотності, тварин, натовпу, транспорту)					
4. Інсомнія (утруднене засинання, переривчастий сон, що не приносить відпочинку, почуття розбитості й слабкості при пробудженні, кошмарні сни)					
5. Інтелектуальні порушення (утруднення концентрації уваги, погіршення пам'яті)					
6. Депресивний настрій (втрата звичних інтересів та почуття задоволення від хобі, пригніченість, ранні пробудження, добові коливання настрою)					
7. Соматичний м'язовий біль (біль, посмикування, напруження, судоми клонічні, скрипіння зубами, голос, що зривається, підвищений м'язовий тонус)					
8. Соматичні сенсорні (дзвін у вухах, нечіткість зору, приливи жару і холоду, відчуття слабкості, поколювання)					
9. Серцево-судинні (тахікардія, серцебиття, біль у грудях, пульсація в судинах, часті зітхання)					
10. Респіраторні (тиск і стиснення у грудях, задуха, часті зітхання)					
11. Гастроінтестинальні (утруднене ковтання, метеоризм, біль у животі, печія, відчуття переповненого шлунка, нудота, блювання, бурчання в животі, діарея, запор, зменшення маси тіла)					
12. Сечостатеві (прискорене сечовипускання, сильні позиви на сечовипускання, аменорея, менорагія, фригідність, передчасна еякуляція, втрата лібідо, імпотенція)					
13. Вегетативні (сухість у роті, почервоніння чи блідість шкіри, пітливість, головний біль із відчуттям напруження)					
14. Поведінка при огляді (совання на стільці, неспокійна жестикуляція і хода, тремор, нахмурювання, напружений вираз обличчя, зітхання чи прискорене дихання, часте ковтання слини)					

SCL-90-R

	1	2	3	4
1. Головний біль				
2. Нервовість або внутрішнє тремтіння.				
3. Повторювані, неприємні думки.				
4. Слабкість чи запаморочення.				
5. Втрата сексуального потягу чи задоволення.				
6. Почуття невдоволення іншими.				
7. Відчуття, що хтось інший може керувати вашими думками.				
8. Відчуття, що майже у всіх ваших неприємностях винні інші.				
9. Проблеми з пам'яттю.				
10. Ваша недбалість чи неохайність.				
11. Досада або роздратування, що легко виникає.				
12. Болі у серці чи грудній клітці.				
13. Почуття страху у відкритих місцях чи на вулиці.				
14. Знесилення або загальмованість.				
15. Думки про те, щоб накласти на себе руки.				
16. Те, що ви чуєте голоси, яких нечують інші.				
17. Тремтіння.				
18. Відчуття, що більшості людей не можна довіряти.				
19. Поганий апетит.				
20. Сльозливість.				
21. Сором'язливість чи скутість у спілкуванні з особами іншої статі.				
22. Відчуття, що ви в пастці.				
23. Несподіваний і безпричинний страх.				
24. Спалах гніву, які ви не змогли стримати.				
25. Страх вийти з дому наодинці.				
26. Почуття, що ви самі винні у багатьох речах.				
27. Болі в попереку.				
28. Відчуття, що щось вам заважає зробити що-небудь.				
29. Почуття самотності.				
30. Пригнічений настрій.				
31. Надмірне занепокоєння з різних причин.				
32. Відсутність інтересу до будь-чого.				
33. Відчуття страху.				
34. Те, що ваші почуття легко зачепити.				
35. Відчуття, що інші проникають у ваші думки.				
36. Відчуття, що інші не розуміють вас чи не співчують вам.				
37. Відчуття, що люди недружні або ви їм не подобаетесь.				
38. Необхідність робити все дуже повільно, щоб не припуститися помилок.				
39. Сильне чи прискорене серцебиття.				
40. Нудота та розлад шлунка.				
41. Відчуття, що ви гірші за інших.				
42. Біль у м'язах.				
43. Відчуття, що інші спостерігають за вами чи обговорюють вас.				
44. Те, що вам складно заснути.				
45. Потреба постійно перевіряти те, що ви робите.				
46. Труднощі у прийнятті рішення.				
47. Страх їзди в автобусі, метро чи поїзді.				

48. Утруднене дихання (задишка).				
49. Відчуття жару або напади ознобу.				
50. Необхідність уникати деяких місць чи дій, оскільки вони вас лякають.				
51. Те, що ви легко втрачаєте думку.				
52. Оніміння або поколювання в різних частинах тіла.				
53. Відчуття клубка в горлі.				
54. Відчуття, що майбутнє безнадійне.				
55. Те, що вам важко зосередитися.				
56. Відчуття слабкості у різних частинах тіла.				
57. Відчуття напруженості чи збудженості.				
58. Важкість в кінцівках.				
59. Думки про смерть.				
60. Переїдання.				
61. Відчуття незручності, коли люди спостерігають за вами чи обговорюють вас.				
62. Те, що у вас у голові чужі думки.				
63. Імпульси завдавати тілесних ушкоджень будь-кому.				
64. Безсоння вранці.				
65. Необхідність повторювати ті самі дії, такі як: рахування, прання тощо.				
66. Неспокійний і тривожний сон.				
67. Імпульси ламати або трощити щось.				
68. Наявність у вас ідей чи вірувань, які не поділяють інші.				
69. Надмірна сором'язливість при спілкуванні з іншими.				
70. Почуття незручності у людних місцях (магазинах, кінотеатрах).				
71. Почуття, що все, що б ви не робили, потребує великих зусиль.				
72. Напади страху чи паніки.				
73. Відчуття незручності, коли ви їсте або п'єте на людях.				
74. Те, що ви часто вступаєте в різні суперечки.				
75. Нервовість, коли ви залишалися на самоті.				
76. Те, що інші недооцінюють ваші здобутки.				
77. Почуття самотності, навіть коли ви з іншими людьми.				
78. Таке сильне занепокоєння, що Ви не могли всидіти на місці.				
79. Відчуття власної нікчемності.				
80. Відчуття, що з вами станеться щось погане.				
81. Те, що ви кричите і жбурляєтеся речами.				
82. Страх, що ви втратите свідомість на людях.				
83. Відчуття, що люди зловживають вашою довірою, якщо ви їм дозволите.				
84. Сексуальні думки, що нервували вас.				
85. Думка, що ви повинні бути покарані за ваші гріхи.				
86. Кошмарні думки або видіння.				
87. Думки про те, що з вашим тілом щось негаразд.				
88. Те, що ви не відчувати близькості до іншої людини.				
89. Почуття провини.				
90. Думки про те, що з вашим розумом щось негаразд.				

Опитувальник «Аналіз сімейної тривоги»

Твердження	Так, це так	Важко сказати	Ні, це не так
Знаю, що члени моєї родини часто бувають невдоволені мною.			
Відчуваю, що, як би я не вчинив, все одно буде не так.			
Я багато чого не встигаю зробити.			
Так виходить, що саме я найчастіше виявляюся винен у всьому, що трапляється в нашій сім'ї.			
Часто почуваюся безпорадним (безпорадним).			
Вдома мені часто доводиться нервувати.			
Коли потрапляю додому, почуваюся незграбною (незграбною) і незграбною (незграбною).			
Деякі члени сім'ї вважають мене безглуздим (безглуздим).			
Коли я вдома, весь час через щось переживаю.			
Часто відчуваю критичні погляди членів моєї сім'ї.			
Іду додому і з тривогою думаю, що ще трапилося за моєї відсутності.			
Вдома у мене постійно відчуття, що треба ще багато зробити.			
Нерідко почуваюся зайвим (зайвим) вдома.			
Вдома у мене таке становище, що просто опускаються руки.			
Вдома мені постійно доводиться стримуватись.			
Мені здається, якби я раптом зник (зникла), то ніхто б цього не помітив.			

Шкала резильєнтності Коннора-Девідсона-10

	0 - Повністю невірно	1	2	3	4 - Вірно майже у всіх випадках
1. Здатний адаптуватися до змін					
2. Можу впоратися з усім, що трапиться					
3. Дивлюся на речі з гумористичного боку					
4. Впевнений, що подолання стресу зміцнює					
5. Швидко відновлююсь після хвороби або труднощів					
6. Можу досягти своїх цілей незважаючи на перепони					
7. Під тиском зосереджуюсь і думаю ясно					
8. Важко розчарувати невдачею					
9. Думаю про себе як про сильну людину					
10. Можу впоратися з неприємними почуттями					

Опитувальник «Способи долаючої поведінки» Лазаруса та Фолкман

ОПИНИВШИСЬ У СКРУТНІЙ СИТУАЦІЇ, Я...	ніколи	рідко	іноді	часто
1. Зосереджувався на тому, що мені потрібно було робити далі — на наступному кроці.				
2. Починав щось робити, знаючи, що це все одно не буде працювати: головне — робити хоч що-небудь.				
3. Намагався схилити вищестоящих до того, щоб вони змінили свою думку.				
4. Говорив з іншими, щоб більше дізнатися про ситуацію.				
5. Критикував і картав себе.				
6. Намагався не спалювати за собою мости, залишаючи все, як воно є.				
7. Сподівався на диво.				
8. Миритися з долею: буває, що мені не щастить.				
9. Вів себе, як ніби нічого не сталося.				
10. Намагався не показувати своїх почуттів.				
11. Намагався побачити в ситуації і щось позитивне.				
12. Спав більше звичайного.				
13. Зганяв свою досаду на тих, хто спричинив на мене проблеми.				
14. Шукав співчуття і розуміння у кого-небудь.				
15. У мене виникла потреба виразити себе творчо.				
16. Намагався забути все це.				
17. Звертався за допомогою до фахівців.				
18. Змінювався або ріс як особистість в позитивну сторону.				
19. Вибачався або намагався все залагодити.				
20. Складав план дій.				
21. Намагався дати якийсь вихід своїм почуттям.				
22. Розумів, що я сам викликав цю проблему.				
23. Набирався досвіду в цій ситуації.				
24. Говорив з ким-небудь, хто міг конкретно допомогти в цій ситуації.				
25. Намагався поліпшити своє самопочуття їжею, випивкою, курінням або ліками.				
26. Ризикував відчайдушно.				
27. Намагався діяти не занадто поспішно, довіряючись першому пориву.				
28. Знаходив нову віру в щось.				
29. Знову відкривав для себе щось важливе.				
30. Щось міняв так, що все улаживалось.				
31. В цілому уникав спілкування з людьми.				
32. Не допускав до себе, намагаючись про це особливо не замислюватися.				

33. Питав поради у родича або друга, якого поважав.				
34. Старався, щоб інші не знали, як погано йдуть справи.				
35. Відмовлявся сприймати це дуже серйозно.				
36. Говорив з кимось про те, що я відчуваю.				
37. Стояв на своєму і боровся за те, що хотів.				
38. Зганяв це на інших людях.				
39. Користувався минулим досвідом — мені доводилося вже потрапляти в такі ситуації.				
40. Знав, що треба робити, і подвоював свої зусилля, щоб все налагодити.				
41. Відмовлявся вірити, що це справді сталося.				
42. Я давав собі обіцянку, що наступного разу все буде по-іншому.				
43. Знаходив пару інших способів вирішення проблеми.				
44. Старався, щоб мої емоції не надто заважали мені в інших справах.				
45. Щось змінював у собі.				
46. Хотів, щоб все це швидше як-то утворилося або скінчилося.				
47. Уявляв собі, фантазував, як все це могло б обернутися.				
48. Молився.				
49. Прокручував в голові, що мені сказати або зробити.				
50. Думав про те, як би в даній ситуації діяв чоловік, яким я захоплююся, і намагався наслідувати йому.				

Багатомірна шкала сприйняття соціальної підтримки (MSPSS)

	0 - "ви дуже не згодні"	1 - "ви не згодні"	2 - "ви трохи не згодні"	3 - "якщо ви нейтральні"	4 - "ви злегка згодні"	5 - "ви згодні"	6 - "ви дуже згодні"
Є хтось, хто поряд, коли я в біді.							
Є хтось, з ким я можу розділити свої біди і радощі.							
Моя сім'я насправді хоче мені допомогти.							
Я отримую емоційну підтримку, в якій маю потребу, від моєї сім'ї.							
У мене є хтось, з ким я відчуваю себе добре.							
Мої друзі насправді намагаються мені допомогти.							
Я можу розраховувати на моїх друзів, коли мені погано.							
Я можу говорити про мої проблеми з моєю сім'єю.							
У мене є друзі, з якими я можу розділити свої біди і радощі.							
Є хтось особливий в моєму житті, кого турбують мої почуття.							
Моя сім'я хоче допомогти мені в прийнятті рішень.							
Я можу говорити про мої проблеми з моїми друзями.							

