

СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ

УДК 616.899-053.9+616.895.4]-085-039.76

*О.С. Чабан, О.О. Хаустова, В.В. Чаплінська***МОДЕЛЬ ЕФЕКТИВНОЇ ТЕРАПІЇ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ ДЕМЕНЦІЇ ОРГАНІЧНОГО ГЕНЕЗУ З ДЕПРЕСИВНИМ КОМПОНЕНТОМ, НА ПРИКЛАДІ ВИПАДКУ З ПРАКТИКИ**

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології, м. Київ, Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця, м. Київ

Ключові слова: деменція, депресія, терапія, реабілітація

Досягаючи певного віку людина починає гупити. Власне це чекає на більшість з нас, тих, хто доживе до віку 70 і більше років. Неохоче беручи в терапію стариків, які проявляли чудеса глупості та дезорганізованості, ми часто запитували себе і їх дітей які безпорадно розводили руками: „Що Ви очікуєте від терапії?” Ще ніхто не відповів, що хоче щоб старенькі батьки видужали і були при повній пам'яті та глузді. Люди давно змирилися з тим, що старість у нас патологічна в принципі (маса хронічних соматичних порушень) і вибачте за сленг – „дементна” в психічному плані. Основний запит був: покращити стан душевних проявів (в основному пам'яті, орієнтації і мислення) хоча би до ступеня безпеки власної поведінки та самообслуговування.

Ми повторюємо, що не любимо брати в терапію таких стариків в силу власної безпорадності від цієї ж терапії. Але життя заставляло щось пробувати зробити з цими нещасними людьми, які щовечора поривалися іти на роботу, яка закінчилася для них ще років 20 назад, не знали ні дати, а інколи і місця де вони знаходилися, забували або і не впізнавали рідних і несли всяку нісенітницю, психуючи і подразнюючись з любого приводу.

Ми комбінували терапію, пробував чогось їх навчити. Успіх був дуже і дуже сумнівним що і викликало наш песимізм.

Наші останні нароби з цього питання пов'язані з нашим досвідом роботи з новою для України групою препаратів і не менш новою навчальною терапією, яку ми апробували в кількох випадках і яку ми так сміливо назвав спробою моделі ідальної терапії пацієнта з органічною деменцією інволюційного генезу. Ми взяли за приклад лише одну пацієнтку, тому що саме з нею ми з нашим волонтером – студенткою ме-

дико-психологічного факультету Національного медичного університету впровадили у вечірній час інтенсивні тренінгові заняття та когнітивно-поведінкову терапію. Проводила її у вечірній час волонтер, а у денний – я та мої колеги - лікарі психіатри.

Власне ми попрабували доказати цією терапією, що відмовлятися від пацієнта з дементними розладами органічного генезу та ще на фоні інволюційних змін мабуть не варто. Виявляється можна допомогти і як не дивно допомогти достатньо ефективно. Буручись за цю нелегку справу ми розуміли, що пробуємо перебороти власний стереотип – органічні зміни з вираженням когнітивно-мнестичним дефектом не перспективні в терапії і це лише сфера соціальної допомоги. В дійсності це виявилось не так. Допомогти можна.

Але спочатку. Власне з чим ми працювали? Так і хочеться сказати – з органічною деменцією. Перший стереотип, який ми вчилися долати. В реальності ми працювали не з деменцією, а з пацієнтом у якої є її прояви. Різниця суттєва. І принципова, навіть для терапії.

Цю статтю ми писали так, щоб вона стала якимось матеріалом для практичної роботи лікаря, який береться за таку допомогу. Тому ми побудували її за принципом – дещо з теорії і основне - практичні дії.

За даними Н.Д.Селезневої деменція альцгеймерівського типу (ДАТ) - найбільш часта причина порушення пам'яті, інтелекту та вищої психічної діяльності в цілому у осіб похилого та старечого віку. По даним вітчизняних дослідників, частота ДАТ в старших вікових групах населення (60 років і більше) становить 4,5% [1]. В клінічних та постмортальних дослідженнях R. Terry і співавт. [2] та D. Galasko і співавт. [3] показано, що найбільш розповсюдженою причиною деменції, яка розвивається в похилому та

старечому віці, є ДАТ. Її частота у віці 65 років становить більше 90%. У відповідності з міжнародними критеріями [4], діагноз ДАТ потребує наявної сукупності наступних ознак: синдром деменції, в структуру якого входять множинні когнітивні порушення, в тому числі розлади пам'яті, мови, гнозису, праксису та порушення інтелектуальної діяльності, які перешкоджають нормальному професійному та соціальному функціонуванню пацієнта. Вказані порушення розвиваються поступово, повільно і невідносно прогресують до тотальної деменції [5].

Окрім облігатних (когнітивних) проявів в структурі синдрому альцгеймерівської деменції часто виявляються некогнітивні (так звані поведінкові) розлади, в тому числі афективні, маячні, галюцинаторні та потьмарення свідомості (частіше за все стани сплутаності). Розповсюдженість симптомів депресії серед хворих ДАТ варіює в різних дослідженнях від 0 [6] до 86% [7]. По результатам ретроспективного аналізу медичної документації та об'єктивних анамнестичних даних, в когорті досліджуваних нами хворих ДАТ (168 осіб) депресивні розлади спостерігались у 45,2% (76) хворих. Депресивні розлади частіше зустрічаються на відносно ранніх етапах ДАТ - на етапі "м'якої" (в 73,2% випадків) та помірної (в 79,3% випадків) деменції. Вони виникають або одночасно з появою ознак інтелектуально-мнестичного зниження, або дещо передують їм, часто маскуючи симптоми когнітивного дефіциту. На етапі "м'якої" та помірної деменції вони можуть ставати більш вираженими або їх інтенсивність може коливатись. При подальшому прогресуванні атрофічного процесу і переході на етап тяжкої деменції депресивні розлади мають тенденцію до збіднення та стереотипізації проявів. Особливістю депресивних розладів при ДАТ є відсутність депресивних скарг хворих, тому ознаки депресії визначаються на основі об'єктивної оцінки – наявності зниженого настрою, втрати зацікавленості, зниження активності, підвищеної втомлюваності, заниженої самооцінки, песимістичного бачення майбутнього. У край поодиноких випадках виявляються суїцидальні думки або дії, самопошкодження, порушення сну та апетиту. Властива депресивним розладам знижена здатність до зосередження та уваги настільки характерна для самого дегенеративного процесу, що не можливо розцінити її як прояв тільки депресії. Глибина депресивних розладів при ДАТ коливається від відносно неглибоких затяжних дистимічних станів до епізодів депресії (лег-

ких, помірних або тяжких), в тому числі з психотичними (маячними та галюцинаторними) проявами. Дистимії (хронічний депресивний настрій) у хворих ДАТ характеризувались тривалим (до декількох тижнів або місяців) зниженням настрою. Хворі відмічали майже постійну втому та пригніченість, наявність тягисних думок, відчуття безперспективності існування, складнощі у прийнятті рішень, відсутність почуття радості, відчуття дискомфорту. На постійно зниженому афективному фоні спостерігались окремі епізоди поглиблення депресії, які інколи чергувались з періодами відносно рівного настрою. Легкі та помірні депресивні епізоди відрізнялись за ступенем зниження настрою і вираженості інших проявів – підвищеної втомлюваності, втрати інтересів і здатності відчувати почуття радості, заниженої самооцінки, відсутності впевненості у собі. При помірному ступені депресії виявлялись ідеї винності і самозвинувачення, думки про смерть, порушення сну та апетиту. Депресивні епізоди помірної і тяжкої ступеню завжди супроводжувались тривогою.

В клінічній картині тяжких депресивних епізодів окрім описаних проявів були присутні симптоми рухового неспокою, які доходили до ажитації. У деяких хворих в структурі депресії мали місце маячні розлади (конфабулятивна маячня і маячня переслідування «малого масштабу» або фантастичного змісту) та хибні сприйняття. Інші симптоми депресії, такі як складності у виконанні соціальних функцій, побутових справ, професійні труднощі не можуть враховуватись при визначенні глибини депресії в структурі ДАТ, тому що когнітивні розлади, які є облігатними проявами ДАТ, самі по собі призводять до соціально-побутової дезадаптації. Не дивлячись на те що депресії у хворих ДАТ не мають достатньо чіткого синдромального оформлення, виділення різних типів синдрому все ж таки можливе. В цілому структура депресивного синдрому в ході перебігу захворювання мало змінюється, хоча наявність тих або інших депресивних симптомів може коливатись. Дистимічні порушення іноді визначались тільки меланхолічною симптоматикою, однак частіше поєднувались з проявами дисфорії, тривоги, іпохондрії, з істероподібними реакціями. Рідше зустрічались дистимії з апатичними та астеничними симптомами.

Меланхолічна дистимія проявлялась класичною тріадою розладів неглибокого ступеню вираженості, або тільки тужливим афектом. Характерною особливістю був пригнічений настрій з

відчуттям безвихідності, тривогою та внутрішньою напругою. Іноді відмічались добові коливання депресивних проявів з найбільшою їх вираженістю в ранкові години і меншою інтенсивністю у другій половині доби. Дистимія з дисфоричними розладами мала різні відтінки емоційно-поведінкових проявів. Вона нерідко характеризувалась понуризм (монотонним або з деякими коливаннями) настроєм із зануренням в коло власних переживань, намаганням усамітнитись, відмовою від контактів. „Ниючий” афективний фон, невдоволення оточуючими та недоброчинне до них ставлення супроводжувались скаргами на близьких, пригадуванням старих образ, ідеями відношення з висловлюванням докорів в адресу знайомих про недостатню увагу, про забуття їх минулих заслуг та недооцінку їх значущості у вирішенні сімейних проблем. Понурий настрій періодично переривався епізодами негативізму та озлобленості, а в окремих випадках супроводжувався ідеями збитковості та обкрадання. В деяких випадках дисфоричний афект досягав значного ступеню вираженості і супроводжувався епізодами агресивної поведінки з брутальністю. Дисфоричні розлади іноді носили відтінок роздратованості та конфліктності: постійна готовність до ініціації конфліктів призводила до сварок з сусідами чи незнайомими людьми. А крикливе звинувачування оточуючих супроводжувалось розмахуванням руками, нападанням з кулаками, "качанням прав". Все це могло супроводжуватись сльозами злобною чи безпорадною образою, ідеями обкрадання і вимогами повернути начебто вкрадені речі.

При тривожній дистимії спостерігався неспокій, відчуття небезпеки, загрози або страху за власне здоров'я, чи життя, або здоров'я близьких. Тревога могла бути пов'язана з побоюваннями за збереження власності або зі страхом зіпсувати власність сусідів. Тревожна дистимія в деяких випадках супроводжувалась плаксивістю, фрагментарними ідеями відношення і претензіями до оточуючих, іноді протікала на фоні розгубленості або рухового неспокою чи метушливості. Дистимія з іпохондричними розладами характеризувалась фіксацією уваги хворого і звертанням уваги близьких до соматичних переживань, стереотипними скаргами на больові чи інші неприємні відчуття, пошуками контактів з лікарями (може бути і недовіра до лікарів), проханнями або вимогами лікарських консультацій, прагненням до повторних досліджень, запитаннями про їх результати (або, навпаки, страхом досліджень, в тому числі і лаборатор-

них), бажанням ретельно виконувати лікарські поради.

В структурі дистимії, що перебігала з іпохондрією, іноді спостерігався тривожний афект (з руховим збудженням або без нього). Тревожному афективному фону могли передувати фобічні розлади, які перебігали у вигляді хронічних або гостроповторювальних епізодів танато- чи кардіофобії. Страх смерті внаслідок зупинки серця або по невизначеній причині супроводжувався проханнями підрахувати частоту пульсу, величину артеріального тиску, неспокійним очікуванням відвідування лікарем. Іноді в рамках іпохондричної дистимії відмічались сенестопатії ("пече в голові") та сенестальгії (наприклад, скарги на невизначені хворобливі відчуття в ділянці живота, грудей, в кінцівках).

Сенестопатичні та фобічні розлади могли поєднуватись з дисфоричним афективним фоном та образами на недостатність уваги і допомоги що надана. Іноді відмічались і дисморфобічні розлади (постійні переживання за стан шкіри обличчя, невдоволення своїм обличчям, уважне розглядання його в дзеркалі, промацування шкіри, часті консультації та лікування з приводу прищів, почервоніння, надмірне захоплення мазями, кремами).

При дистиміях з істероподібними проявами істероподібні реакції відрізнялись діапазоном - від мінорних до брутальних, були обмежені мікросоціальним оточенням або маніфестували в макросередовищі, коли масштаб оточення втрачав значення. Істероподібні реакції виникали на фоні пригніченого настрою, супроводжувались тривогою, страхом, вимогами не залишати їх на одинці, демонстративними риданнями. Ридання і навіть епізоди агресії виникали при складнощах у виконанні завдань під час дослідження, при найменшій провокації чи невдоволенні зі сторони оточуючих. Істероподібна поведінка часто провокувалась образами і супроводжувалась звинуваченнями в адресу близьких, руховим неспоєм, криками, тупотінням ногами, розкидуванням речей, меблів, грюканням дверима. В деяких випадках спостерігались грубі істероподібні реакції, в тому числі з істеричною «дугою», які тривали до декількох годин. В ряді випадків відмічались соматовегетативні прояви - тремор кінцівок і тіла, пітливість, гіперемія шкіри обличчя, тахіпное.

Апатичні дистимії, як правило, характеризувались тьмяним настроєм, бідністю афективних переживань, тупим поглядом і виразом обличчя, гіпо- або амімією, гіподинамією, гіпобулією,

відсутністю потягів, безініціативністю, відсутністю або таким, що вкрай складно виявляється, відчуттям неспроможності.

При дистимії з астенічними проявами відмічались підвищена стомлюваність, загальна слабкість, залежування у ліжку. Переживання мали альтруїстичне направлення, у висловах лунали вибачення за створений дискомфорт, прохання не хвилюватись за хворого, потяг повернути до себе увагу був відсутнім. Характерні бажання вилікуватись, надія на ефективність терапії і в той же час сумніви в цьому. З найменшого приводу виникала плаксивість, хоча в деяких випадках її не було зовсім. Зазвичай хворі відчували власну неспроможність. Для виникнення дистимії з астенічними проявами необов'язкова наявність супутньої соматичної хвороби. Доволі часто дистимічним розладам передували конфабуляторні порушення. В ряді випадків вони не впливали на стан афективного фону, але іноді конфабуляторні ідеї обкрадання супроводжувались тривогою, яка пояснювалась уявним зникненням речей або продуктів харчування. У деяких випадках на фоні пригніченого настрою та тривоги виникали стани амнестичної сплутаності з дезорієнтацією в оточуючих обличчях, місті та часі, з розгубленістю, руховим неспокоєм, метушливістю, пошуками родичів або начебто зниклих речей. Станам амнестичної сплутаності звичайно передувала зміна стереотипу життя, наприклад, зміни умов при поступленні у лікарню, переїзд на нове місце проживання, на дачу, а також у випадках приєднання соматичних захворювань.

У частини хворих приведені різновиди дистимічних розладів поєднувались, утворюючи мозаїчну картину клінічних проявів депресії (наприклад, істеріпохондричні, істеродисфоричні стани). У перебігу захворювання відмічались і більш глибокі депресивні розлади, однак їх тривалість не перевищувала 2-3 діб, а частіше коливалась від декількох хвилин до декількох годин. Інді депресивно-тревожні розлади, що епізодично повторюються, перебігали на фоні нецілеспрямованого рухового збудження. В інших випадках поведінка відображала потяг втекти і сховатись від оточуючих або спроби захиститись від уявної загрози, відмічались агресивні реакції та брутальні дії. Такі стани могли також супроводжуватись гострим почуттям страху або жаху, які досягали ступеню паніки. Депресивні порушення при ДАТ в ряді випадків поєднувались з конфабуляторно-маячними ідеями переслідування ("злодії, що очікують у підзді і б'ють,

погрожують вбити, намагаються пограбувати, нападають з палками та пістолетами»), які іноді мали дивну фантастичну фабулу ("карлик, який спускається по стічних трубах і загрожує розправою»). Конфабуляторно-маячні переживання супроводжував тривожно-депресивний афект з почуттям неспокою або страху, з побоюванням за власне життя чи життя близьких з використанням запобіжних та захисних засобів.

У поодиноких випадках в структурі психотичних депресивно-маячних порушень виявлялись фрагментарні зорові та слухові хибі сприйняття, про що могли свідчити особливості мімічного та поведінкового реагування.

Диференційна діагностика

Особливості клінічних проявів та розвитку ДАТ дозволяють вже на відносно ранніх етапах захворювання провести розмежування з деменціями іншого генезу. Але при поєднанні облігатних (мнестико-інтелектуальних та когнітивних) порушень з депресивними (некогнітивними) розладами виникають суттєві диференційно-діагностичні складності. Можливість їх подолання ґрунтується на зворотності як афективних, так і когнітивних порушень при адекватному лікуванні депресивної "псевдодеменції" [8]. Існують підтвердження, що відповідь на антидепресивну терапію в групі хворих з депресією або зі змішаною когнітивно-депресивною симптоматикою, і у хворих з депресією без когнітивних порушень однакова [9].

На відміну від хворих з ДАТ, при ендогенній депресії в анамнезі часто відмічаються депресивні розлади, а захворювання має гострий чи підгострий початок. Знижений афект зазвичай стабільний, ступінь вираженості порушень пам'яті та інтелекту коливається. Відношення до когнітивних розладів критичне, з тривогою та пошуками лікування, хворі звичайно перебільшують їх глибину. Порушення пізнавальної діяльності торкаються в основному розладів пам'яті на події недавнього часу, кіркові вогнищеві розлади не виявляються.

При ДАТ початок непомітний, наростання симптомів поступове, кіркові вогнищеві розлади та порушення пам'яті з'являються на ранніх етапах хвороби. Прояви депресії непостійні та мінливі, а когнітивні розлади виявляються постійно і безперервно прогресують. Відношення до порушень пізнавальної діяльності не критичне, частіш за все активних скарг хворі не висувають, а тільки визнають неспроможність, виявлену під час дослідження.

Складнощі диференційної діагностики з'яв-

ляються і при ускладненнях нейролептичної терапії у вигляді кіркових вогнищевих розладів та порушеннях пам'яті, які виникають при лікуванні ендогенних захворювань, що супроводжуються депресивною симптоматикою. Відмінною ознакою є тісний зв'язок дифіцитарних розладів з терапією – розвиток на фоні лікування нейролептиками (галоперидолом, стелазином) і зменшення або повне зникнення після відміни препарату та проведення дезінтоксикаційної терапії. Трициклічні антидепресанти, особливо амітриптілін, та похідні бензодіазепіну, також можуть викликати подібні ускладнення.

Терапія

Розвиток депресивних розладів при первинній дегенеративній деменції може бути обумовлений множинною нейротрансмітерною дефіцитністю, яка у частини хворих ДАТ зачіпає окрім холінергічної серотонінергічну та адренергічну системи. Це підтверджують як нейроанатомічні [10, 11], так і фармакотерапевтичні дослідження [12, 13]. Терапевтична тактика при лікуванні депресивних розладів, що виникають при ДАТ, повинна будуватися з урахуванням патогенетичних механізмів розвитку захворювання. Тому застосування стимуляторів адренергічної нейротрансмітерної системи (трициклічних антидепресантів - нортриптіліну, іміпраміну, амітриптіліну, дезіпраміну, лофепраміну, мапротиліну, протриптіліну, хломіпраміну, доксеріну, триміпраміну), що мають антихолінергічні властивості, недопустиме.

Найбільшу перевагу для лікування депресивних розладів при ДАТ надають селективним інгібіторам зворотнього захоплення серотоніну циталопрам, флуоксетин, флувоксамін, пароксетин, сертралін [14] та інгібітори аміноксидази (MAO) моклобемід, тразодон [15]. Інгібітори зворотнього захоплення серотоніну викликають менш виражені, ніж при призначенні трициклічних антидепресантів, антихолінергічні реакції, стани седації та сплутаності. Однак при їх використанні спостерігаються гастроінтестинальні розлади, головні болі, ажитація, безсоння. При лікуванні інгібіторами MAO спостерігаються схожі побічні явища і, крім того, - гіпотензивні розлади, головокружіння, тривога, седативні прояви в денний час. Все це необхідно враховувати при їх застосуванні у похилому віці. На наш погляд достатньо безпечним та ефективним при цій патології виявився новий антидеперсант – мелітор (агомелатін) в стандартній дозі 25-50 мг на добу. Переваги препарату були ще і в тому, що його дія починалася з відновлення сну, що було

дуже важливим фактором в дезактуації структури психопатологічних переживань.

При тривожно-депресивних станах недоцільне призначення похідних діазепінового ряду (седуксен, еленіум, феназепам, тазепам та інші.) внаслідок виникнення побічних реакцій у літніх пацієнтів (підсилення проявів депресії, атаксія, падіння, деліріозні розлади). Рекомендується застосування буспірону, агоніста 5-НТ-рецепторів, у комбінації з селективними інгібіторами зворотнього захоплення серотоніну [15], або так званих малих нейролептиків (сонапакс, хлорпротиксен, терален). Для лікування неглибоких (дистимічних) афективних розладів при ДАТ окрім антидепресантів слід застосовувати препарати, що призначені для лікування власне когнітивних порушень, які також мають властивості антидепресантів, тобто засоби, що використовуються для подолання глютаматергічного нейротрансмітерного дисбалансу (акатинол мемантин), та препарати з нейропротективними властивостями (церебролізін).

Акатинол мемантин призначають у добовій дозі 20 мг. Збільшувати дозу слід поступово: в перші 3 доби призначають 5 мг препарату вранці, протягом наступних 5 днів - 10 мг також вранці, а решту часу періоду лікування - по 10 мг 2 рази на добу – у ранкові та денні години. Тривалість курсу терапії не повинна бути менше 2 міс. Акатинол мемантин, модулятор глютаматергічної системи, володіє в той же час норадренергічними та серотонінергічними властивостями. Церебролізін призначають у дозі 20 - 30 мл/доб. Препарат розводять в 100 - 150 мл фізіологічного розчину і вводять внутрішньовенно крапельно. Всього роблять 20 внутрішньовенних крапельних вливань. Церебролізін також діє на різні нейротрансмітерні системи завдяки своїм мультимодальним властивостям – нейротрофічному ефекту, який сприяє уповільненню дегенеративного процесу, регуляторному впливу на метаболізм нейронів, обумовленому наявністю в ньому пептидів та його комплексним складом, і нейропротекторній дії на нейрони центральної нервової системи. Тому при лікуванні хворих ДАТ акатинолом мемантином та церебролізином більша вираженість депресивних розладів до моменту початку терапії корелює з більш значним клінічним та когнітивним покращенням в результаті лікування. [1]

Приклад.

Пацієнка Б., 1937 р.н., пенсіонерка, жителька села. Діагноз: органна, складного генезу (судинна та постінсультна) деменція з вираженим

депресивним розладом, інтелектуально-мнестичне зниження вираженого ступеня.

Скарги на зниження пам'яті, уваги, погіршення настрою, тривогу, смуток, коливання артеріального тиску, хиткість під час руху, порушення сну, раннє пробудження, слабкість. Спадковість психічних захворювань не виявлена.

В даний час пенсіонерка за віком. Має дітей, опікується сином. Проживає окремо. Біля 3-х років тому помер чоловік, після цього почав погіршуватись настрій, лікування приймала періодично, однак стан не покращав. Туберкульоз, вірусний гепатит, ВІЛ інфекцію, венеричні захворювання, черепно-мозкові травми, алергологічний анамнез, не відмічено.

У 1993 році видалення матки з придатками.

Пролікована з 27.05.07 по 11.06.07 у неврологічному відділенні з діагнозом: дисциркуляторна енцефалопатія 3 ст. змішаного генезу. Залишкові явища гострого порушення мозкового кровообігу. Стенокардія напруження ф.к. 2 ст.

Психостатус: Контакт доступний. Орієнтована вірно. Емоційно лабільна. Депримована. Пам'ять, увага знижені. На момент огляду без психотичної симптоматики. Критична. Соматоневротичний ст-с.

Шкіра та видимі слизові чисті, звичайного кольору. Дихання в легенях везикулярне, хрипів нема. А/Т 120/70 мм. рт. ст. Пульс 70 уд/хв. Живіт м'який, безболісний. Набряків нема. Відмічається тремор рук. Хитка хода. Гострої невротичної симптоматики на момент огляду не виявлено.

Попередній діагноз: Гострий емоційно - лабільний розлад. Депресивний синдром.

Оглянута терапевтом. Скарги на давлячі болі за грудиною, відчуття „внутрішнього тремтіння”, слабкість.

Загальний стан задовільний, А/Т 130/90, пульс 104 уд/хв. Серцева діяльність ритмічна. В легенях жорстке дихання. Живіт м'який, збільшений за рахунок дуже розвиненої жирової тканини, безболісний, фізіологічні відправлення в нормі.

Діагноз: ІХС, атеросклероз, кардіосклероз, коронарсклероз, аортосклероз, Симптоми артеріальної гіпертензії 3 ст. Наслідки пренесеного інсульту. Дисциркуляторна енцефалопатія 3 ст.

Була проведена енцефалограма: помірні дифузні зміни ЕЕГ на фоні домінуючого регулярного сповільненого альфа-ритму з недостатніми зональними відмінностями, явищами дизритмії. Реакція активації знижена. Реєструються поодинокі загострені поліфазні комплекси в задніх відведеннях, більше справа при гіпервен-

тиляції.

Були проведені дослідження: ЕКГ, біохімічний аналіз крові, клінічний аналіз крові, серологічне дослідження на сифіліс, загальний аналіз сечі. Аналізи без відхилення.

Оглянута ендокринологом. Скарги на загальну слабкість, відчуття тремтіння у всьому тілі, хиткість під час ходи, тремор рук, нудоту, відчуття серцебиття, підвищення АТ, зміни у психоемоційній сфері (лабільність настрою, тривожність, погіршення пам'яті), похудання. Щитоподібна залоза пальпується 0-1 ст. неоднорідна.

Шкіряні покриви дуже сухі, лущаться, стончені. Пульс лабільний 88-104 уд./хв. Зі слів хворої полідипсії, поліурії нема. Зменшилася вага сечі 1002. Відмічаються тремор рук, голови.

Зі слів хворої нещодавно отримала лікування з приводу виразкової хвороби.

Було проведено УЗД. Печінка + 1 см. однорідної структури. Жовчний міхур гіпотонічний, стінка ущільнена, конкрементів нема. Нирки звичайної форми та розмірів. Гідронефроз 1-2 ст. з обох сторін.

Огляд окуліста: Скарги на слезотечу, погіршення гостроти зору.

Огляд терапевта (повторно): На момент огляду скарги на болі у лівій половині грудної клітини, що посилюються під час руху.

Об'єктивно: Язик рожевий, шкірні покриви звичайного кольору. Тони серця приглушені, акцент 2-го тону над аортою, А/Т 130/70, пульс 98 уд/хв. Дихання везикулярне, хрипів нема, перкуторно - легеневий звук, ЧД 80/хв, живіт м'який, доступний глибокій пальпації, безболісний, печінка біля краю реберної дуги. Фізіологічні відправлення в нормі. Посилення болю при пальпації у ділянці 4-5 ребер на рівні

Діагноз: ІХС, атеросклероз, кардіосклероз (Б 3 ст. СИ 1ст.) Остеохондроз грудного відділу хребта, радикулярний с-м.

Психофармакотерапія: Абікса за схемою (з 5 мг до 20 мг на добу), гінкго білобо. Психотерапія: КБТ.

Психотерапевтична робота волонтера (за її (волонтера) денником).

Моє знайомство з пацієнткою відбулося в коридорі відділення. Скоріш за все це найважливіший момент початку спілкування, завжди існує страх - як тебе сприймуть. Моя поява стала несподіванкою і зовсім не порадувала пацієнтку. Ось в такому настороженні ми пішли в палату. Певно півтора місяці перебування в клініці зробило палату тим місцем, де можна почува-

тись вільно і захищено, тому розмова швидко стала легкою і невимушеною. Вже хвилин через п'ятнадцять я тримала в руках знак прийняття себе - найбільший зі зв'язки банан.

Заняття домовились проводити у вечірні години (17.45.-19.00) два рази на тиждень. Завдання були підібрані різні, на почергову стимуляцію лівої та правої півкулі мозку. Почали з мисленевих образів. І тут виник перший блок: пацієнтка взагалі не хотіла малювати, ссилаючись на тремор рук. Та спробувавши і відчувши що це не так вже й складно як здається, погодилась. Намалювали чотири малюнки: гарну погоду (траву, сонце і промені від нього, все блакитним фломастером), дерево (спочатку дуб, потім за власним бажанням березу, все різними кольорами), радість (правнук Олексій; вперше за спілкування на обличчі з'явилися емоції - посмішка, щира і ніжна); ліс(зелена трава і багато різнокольорових квітів). В процесі, з кожним новим малюнком лінії ставали більш точними, рухи впевненішими.

І, якщо з початку малювання кожний рух супроводжувався запитаннями що малювати, як, яким кольором, то надалі пацієнтка вже сама висловлювала що саме і як вона буде робити, тільки перепитувала чи вірно малює.

Наступне завдання - скласти головоломку (танграм). Спочатку складали картинку на картонці з намальованими в певному положенні фігурками, потім ту ж саму картинку на столі. Складнощі викликали трикутники: якою стороною їх потрібно розвернути, щоб вони співпадали з прикладом. Відчувався страх покласти фігурку не так, помилитись. Після 5-6 занять, покрутивши в руках трикутник, пацієнтка знаходила йому вірне положення за лічені секунди. А завдання з кожним разом ставали складнішими: починали складати відразу на столі, образи на картинках підбирались більш абстрактні. До восьмого заняття ця головоломка стала найулюбленішою для пацієнтки. То ж друге заняття почали з танграму. З 2-3ї картинки час складання ставав коротшим, фігури більш точними, тремор рук слабшав.

Завдання на розфарбовування геометричних фігур в різні кольори (за зразком) пацієнтка виконала творчо, намалювавши в кожній фігурі новий орнамент, «щоб не витратити час на повне замальовування». Починала з обведення контуру, щоб визначити межі, а далі – візерунок. Але залишити таке завдання на самостійну роботу не захотіла категорично, пояснюючи що самостійно не зможе нічого зробити. Далі – малю-

нок будинку. Це власний будинок в селі, з шифером на даху і чотирма вікнами, дверима з замком-колодкою і віконцем на горищі. А коло нього криниця, до якої іде стежка. Поряд з будинком зелене дерево («мабуть тополя?»)). Себе намалювати у подвір'ї відмовилась, попросила декілька хвилин на відпочинок, прилягла, а в очах з'явилися сум і сльози.

І весь час розмови про гроші, як багато сини витрачають на неї, як все дорого вартує. Постає навіть питання про оплату наших занять. Задовольнившись відповіддю про безкоштовність занять, питання грошей поставало 2-3 рази за час кожної зустрічі.

З третього заняття почали працювати в зошиті з підготовки до школи «Вчимося мислити без проблем», де підібрані завдання на увагу, точність рухів, узагальнення предметів, зорову та слухову пам'ять, лічбу, просторове та логічне мислення, уяву. Найскладнішим виявились завдання на домальовування орнаменту; знов посилювався тремор рук, швидко втомлювались очі, потрібен був довший час для відновлення сил. Потім пацієнтка терпляче і відповідально продовжувала завдання, та часто була незадоволена результатом, критикувала себе, висловлювала думки, що намалювати рівну лінію вже ніколи не зможе. З восьмого заняття орнаменти стали точнішими, лінії рівнішими, критика до себе меншою. А після найвдалішого домальовування залишилась задоволена собою та погодилась, що тренування позитивно впливають на результати. Так з'явилися стимул і мета працювати далі, впевненість у власних можливостях..

З лічбою взагалі ніяких складнощів не виникало, приклади розв'язувались легко і вірно.

Вразило мене швидко і безпомилкове знаходження тіней намальованих предметів, і що характерно, лінії з'єднання також стали чіткими та впевненими. Похвалу пацієнтка сприйняла радісно, не сумніваючись у власних досягненнях. Таке позитивне підкріплення подіяло стимулююче, з'єднання тварин з будинками в наступному завданні взагалі не супроводжувалось тремором. Нарешті пацієнтка повірила у власні можливості, побачила результати своїх старань, відчула впевненість у «самостійній» роботі. Домашні завдання, домовились, будуть у вигляді читання оповідань з наступним переказом сюжету. Так на початку кожної зустрічі я слухала 2-3 нових сюжета з журналу, розпитувала подобиці, дізнавалась про емоції та ставлення до прочитаних подій. На третьому тижні нашої сумісної роботи пацієнтка попросила мене прине-

сти їй любовний роман.

А трохи раніше, на п'ятому занятті, висловила прохання обрізати їй нігті, виявила бажання подивитись у дзеркало на свій вигляд перед виходом на вулицю. Навіть вираз обличчя став по трошку змінюватись, частіше з'являлась посмішка, в спогадах більше відтворювались приємні події минулого, але залишалась невпевненість у самостійному житті без сторонньої допомоги, без нагляду медичного персоналу.

Новим завданням стало вивчення віршика. Щоб запам'ятати перший вірш ми малювали сюжети, уявляли і розмірковували про героїв (кошеня і баранця). Протягом двох тижнів повторювання вірш вже відтворювався безпомилково, швидко і з інтонацією. Наступний вірш пацієнтка взагалі вивчила самостійно за два дні, чим мене неймовірно здивувала і вразила.

Цікавим виявився той факт, що у завданні на узагальнення групи предметів і викреслення одного зайвого, з 12-ти пунктів помилка була лише у переліку: дідусь, вчитель, тато, мама. «Зайвим» виявився дідусь. Можливо, це пов'язано зі смертю чоловіка, який на той час дійсно вже став дідусем. Навіть у розмовах про свою родину жодного спогада про чоловіка, тільки діти, робота, дитинство і юність. Одного разу в розмові була згадка про життя після весілля, яка виразилась у смутку, що після заміжжя взагалі не вистачало часу на себе (вишивання хрестиком було найулюбленішим заняттям ще з дитинства, на заручини подарувала майбутньому чоловіку гарну вишиванку, а після весілля жодного хрестика не зробила).

Спробували нове завдання – використовуючи різнокольорові лічильні палички я складала малюнок, пацієнтка намагалась його запам'ятати (колір та кількість паличок, як розташовані, що нагадує малюнок), а потім самостійно відтворити. Знову повернення в минуле – не зможу, це дуже складно, потрібна допомога. Почали разом пригадувати які були кольори, кількість, на що схоже. Перший малюнок склали разом, далі вже без моєї допомоги. І знову помилки, навіть не значні, викликали відчуття безпорадності. Продовжуємо роботу, я відхожу до вікна – трохи більше часу і картинка відтворена без помилок. Позитивні емоції.

На початку восьмого заняття пацієнтка, діставши гаманець, безапеляційно заявила, що дає мені гроші, і простягнула купюру, чим викликала амбівалентні емоції у мене. Розмови з мною про гроші виникали вже рідше, та й умови нашої роботи були вже узгоджені, але як вия-

вилось для пацієнтки фінансова сторона життя не втратила своєрідної важливості. Одного разу пацієнтка виявила навіть припущення, що всі її хвороби виникли внаслідок хвилювань за гроші.

На занятті знову малювали мисленеві образи - радість і день. Пригадуючи власне життя, пацієнтка вирішила зобразити радість у вигляді себе на роботі: будинок, кабінет і жінка в хустинці, все зеленого кольору, детально пояснюючи зображене. Нарешті на малюнку пацієнтка зобразила себе. А день пригадався у садибі старшого сина: гарний сонячний літній день, затишне подвір'я, зручний великий намет з диваном, поблизу кущ білих троянд, будинок з черепицею на даху, асфальтовані стежки, багато різних квітів, дерева, і жінка, що заходить через ворота - « Це я з сумочкою, приїхала в гості». І знову посмішка. Вже робота в зошиті і танграм - звичні завдання, що старанно і впевнено виконуються. Через 10-15 хвилин роботи тремор в руках зменшується, кількість завдань за заняття збільшуються, менше потрібно часу на перепочинок. Навіть пропонуючи зробити перерву, як правило у відповідь: «Ще попрацюємо трохи».

Дев'яте заняття домовились провести третім на тижні. З перших хвилин пацієнтка висловлює скарги на пагане самопочуття, підвищений тиск, головний біль, слабкість, що її турбують з самого ранку. Пропоную не займатись, а просто по-розмовляти. Та пацієнтка обирає заняття. Як виявилось такий соматичний стан не завадив плідній роботі. З кожним наступним завданням знову зменшується тремор в руках, покращується уважність, перерви на відпочинок не збільшуються. У перервах багато розповідей про своє життя, про долю, про синів. Та й моя персона вже викликає цікавість: чим займаюсь, як проводжу вільний час.....

Погляд з кожною зустріччю стає все живіший, міміка виразніша, а думки і висловлювання різноманітнішими, яскравішими та гнучкішими.

Згодом спілкування супроводжує весь час наших занять. Пацієнтка не відриваючись від завдань вже може запитувати, слухати відповіді, вступати в діалог. Все частіше виражає емоції, власне ставлення до подій, зацікавленість життям. Дуже часто запитує: «що далі? як далі жити?», і ми знову розмірковуючи «приміряємо» нові можливості. Ось так ми разом вчимось знову відчувати життя і бачити мету у майбутньому, радіти навіть найменшому досягненню і не здаватись перед будь-якими труднощами.

Через місяць після виписки зі стаціонару ми зустрілись з пацієнткою знову. Я приємно зди-

вована новою зачіскою, живим рум'янцем та блиском очей. Відчуваю, за цей час відбулось багато приємних змін: питання, що раніше залишались без відповідей, вже не лякають і не викликають відчуття безпорадності, навіть навпаки спонукають до пошуку, стимулюють та наповнюють життя змістом; думки про майбутнє стали «різнокольоровими», фіксація на неприємних очікуваннях значно зменшилась. А найголовніше, впевненість в собі, реальне сприйняття та прийняття себе просто вражають! Куди зникли ті малесенькі невпевнені кроки та тремор? І спілкування наше було легким, різнобарвним і дуже щирим. Ми природньо приймали та щедро дарували одне одному емоції у розмові як про погоду, так і про досить інтимні переживання.

Минуло пів року, життя пацієнтки стало по доброму звичайним. Як і у однолітків, у неї виникають особливості зі сном, інколи турбують суглоби та зуби, але вона відчуває життя, себе у ньому та цінність цього процесу.

З віком темп життя стає менш інтенсивним в усіх аспектах (хода, мислення, швидкість реакцій, обмін речовин). Але важливо щоб рух відбувався, і спрямованим був вперед. І нехай швидкість буде незначною, та якщо вона є комфортною для пацієнта, то нагороду отримують обоє.

Стимульний матеріал який використовується при роботі з пацієнткою.

1. Завдання на стимуляцію когнітивних функцій

Мисленні образи.

Інструкція: спробуйте до кожного мною названого слова зробити малюнок.

- Гарна погода
- Дерево
- Веселе свято
- Відчай
- Радість
- Успіх
- День
- Ліс

2. Мисленеві образи та емоції.

Інструкція: Я вам буду говорити фрази, а Ви після кожної закрийте очі і уявіть собі відповідну картинку.

- Сонце в ясну погоду.
- Пляма на Вашій улюбленій спідниці
- Блискавка в темряві
- Собака, що крутить хвостом
- Краплі, що сяють на сонці
- Осине гніздо
- Пташка, що купається в калюжі

· Дитина що грається

· Пташка, яка злітає щоб врятуватись від kota

Тепер на листку паперу спробуйте згадати та записати перелічені фрази.

3. Тренування зорової пам'яті.

Потрібні лічильні палички. Навчаючий з паличок складає фігурку, потім її накриває листком паперу, потім показує на 1-2 сек. Він (вона) повинен подивитись і скласти таку ж фігурку, після чого їх порівнюють.

Тренування зорової пам'яті.

Показати 12 зображень протягом 30 сек. і закрити їх, потім попросити відтворити ці картинки.

4. Емоційне сприйняття предмету. Аналіз викликаних емоцій.

Подивіться на предмет і скажіть яке враження він на Вас складає.

Як він називається?

Він Вам приємний чи ні?

Здається вражаючим чи ні?

Сумним чи веселим?

5. Встановлення зв'язку між елементами матеріала.

Я називаю слова, а Ви до кожного підберіть картинку, яка допоможе Вам запам'ятати це слово.

- Пожежа
- Завод
- Корова
- Борщ
- Стул
- Вода
- Помилка

6. Запам'ятовування слів.

Я вам прочитаю 5 слів, а Ви спробуйте їх запам'ятати. Щоб було легше їх запам'ятовувати, поєднайте їх в оповідання.

- Дерево
- Стіл
- Ріка
- Корзина
- Сонце

7. Запам'ятовування віршів (по одному рядочку)

8. Запам'ятовування тексту.

9. Запам'ятовування чисел.

Кожній цифрі привласнюється свій візуальний код.

Наприклад: нуль-коло, один-стовп, два – близнюки, п'ять-зірка, шість- навісний замок, сім-коса, вісім-окуляри, дев'ять-равлик, десять-пальці обох рук.

10.Завчання на короткотривалу пам'ять.

Почергове запам'ятовування предметів.

Література

1. Селезнева Н.Д. Депрессивные расстройства при деменциях альцгеймеровского типа и их лечение Интернет публикация
2. Калын Я.Б., Гаврилова С.И. Динамика показателей и распространенности психических расстройств в населении пожилого и старческого возраста // Материалы международной конференции 21 - 22 октября 1997 г. "Реформы службы психического здоровья: проблемы и перспективы" - М., 1997. - С. 181-9.
3. Terry RD, et al. Structural basis of the cognitive alterations in Alzheimer's disease. In: Terry R.D., Katzman R., Bick K.I. (eds.). Alzheimer disease. Raven Press, New York 1994;179-96.
4. Galasko D, et al. Clinical-neuropathological correlation in Alzheimer's disease and related dementias. Arch Neurol 1994; 55:888-95.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition. Washington DC: American Psychiatric Association 1994.
6. Гаврилова С.И. Ранняя диагностика болезни Альцгеймера. Современная Психиатрия 1998 №4.
7. Knesevich J, et al. Preliminary report on affective symptoms in early stages of senile dementia of the Alzheimer type. Am J Psychiatry 1983; 40:233-5.
8. Merrian A, et al. The psychiatric symptoms of Alzheimer's disease. J Am Geriatr Soc 1988;26:7-12.
9. Kiloh LG. Pseudodementia. Acta Psychiatrica Scandinavica 1961;37:336.
10. Reynolds III CF, et al. Open-trial response to antidepressant treatment in elderly patients with mixed depression and cognitive impairment. Psychiatry Research 1987;21:111-22.
11. Liston EH, et al. Depression in Alzheimer's disease: an overview of adrenergic and cholinergic mechanisms. Comprehensive Psychiatry 1987; 28,5:444-57.
12. Reifler BV, et al. Coexistence of cognitive impairment and depression in geriatric outpatients. Am J Psychiatry 1982;139:623-6.
13. Reifler BV, et al. Double-blind trial of Imipramine in Alzheimer's disease patients with and without depression. Am J Psychiatry 1989;146:45-9.
14. Gottfries CG, Karlsson I. Depression in later life. Sterling Press Ltd., Oxford, UK, 1997;38.
15. Newhouse PA. Use of serotonin selective reuptake inhibitors in geriatric depression. J Clin Psychiatry 1996;57(suppl. 5):12-22.
16. Lauter H. Therapeutic aspects of depression in late life. Int Conf. on aging, depression and dementia. Graz, Austria. Ed. by Hofmann P. et al. Verlag, 1995:177-87.

Поступила в редакцию 26.04.2009