

Т.Л. Ряполова

УРОВЕНЬ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ И УРОВЕНЬ НЕВРОТИЗАЦИИ КАК ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ РОДСТВЕННИКОВ, УХАЖИВАЮЩИХ ЗА БОЛЬНЫМИ С ДЕМЕНЦИЕЙ

Донецкий государственный медицинский университет им.М.Горького

Ключевые слова: эмоциональное выгорание, качество жизни, деменция, родственники больных

Общеизвестным является изменение демографической ситуации на Земном шаре с прогнозируемым «постарением» населения. Увеличение в общей популяции лиц пожилого и старческого возраста неизбежно влечет за собой рост заболеваний, типичных для этого возраста, в том числе, деменций. Согласно данным ADSociety (1999), за период 1990-2010г.г. в развитых странах число случаев деменции возрастет с 7,4 млн. до 10,2 млн.чел. (на 32%), население в возрасте 65 лет и старше увеличится со 143 млн. до 185 млн.чел. (на 30%), а общая численность населения в этих странах увеличится лишь на 6% (с 1.143 млн. до 1.213 млн.чел.).

Наличие пожилого или старого человека в семье, особенно если он страдает слабоумием, в корне меняет психологическую ситуацию в семье. Опекать такого больного – тяжкий труд, нередко намного превосходящий силы и возможности семьи. В современных сложных социально-экономических условиях трудно рассчитывать на возможность участия в судьбе пациента медсестер или сиделок, весь груз ухода ложится на плечи близких больного, а помочь им в разъяснении правил ухода, перспектив развития заболевания, в преодолении личного и эмоционального стресса, который переживает каждый человек, находящийся рядом со слабоумным больным, который совсем недавно был нормальным человеком, к сожалению, чаще всего бывает некому, поэтому все эти проблемы оказываются практически неразрешимыми. Несколько перефразировав слова И.А. Кассирского, можно сказать, что наличие в семье больного с деменцией является «большой и многоактной драмой с большим числом действующих лиц». Родственникам, ухаживающим за таким больным, в этой драме отводится едва ли не самая существенная роль [1]. Причем эта роль далеко не эпизодическая, а скорее долговременная. Особого внимания заслуживают проблемы (состояние здоровья) тех достаточно уязвимых людей, которые осуществляют уход за больны-

ми и подвергаются сильному и длительному эмоциональному напряжению.

От 15 до 20% американских семей осуществляют уход за своим престарелым родственником. Члены семьи (в особенности, супруги) уделяют уходу за больными свыше 50 часов в неделю. Подавляющее большинство лиц, осуществляющих неформальный уход за больными, занимаются этим по пять лет и больше; четвертая часть из них — на протяжении свыше 10 лет.

Профессионалы, занимающиеся вопросами старения, активно пытались исследовать эту, зачастую скрытую от общества, группу населения. Однако свет на последствия такого длительного ухода был пролит лишь в последние несколько лет, и оказалось, что люди, изнуренные осуществлением ухода, оказываются последними, кто обращается за помощью. Уровень нагрузки, связанный с обязанностями по уходу, может привести к снижению иммунного статуса [2], большей частоте приема психотропных препаратов и большей степени подверженности вирусным инфекциям [3,4]. В результате многочисленных исследований были выявлены основные факторы, определяющие уровень стресса у лиц, осуществляющих уход за больными деменцией:

- Пол родственника. Жены и дочери в большей степени подвержены стрессу, чем мужья и сыновья [5,6].
- Степень родства. Чем ближе степень родства, тем тяжелее переносится бремя ухода [7].
- Степень близости семейных отношений до возникновения деменции [6]. Родственники, находящиеся в более близких отношениях с больным, обеспечивая более тщательный уход, часто в большей степени уязвимы в отношении негативных реакций со стороны больного и в результате испытывают меньшее внутреннее удовлетворение.
- Неудовлетворенность социальной помощью [8]. Бремя ухода переносится легче, если такая помощь оказывается другими членами семьи и близкими друзьями или если ухаживающий за

больным посещает группу поддержки, объединяющую таких же как и он родственников больных деменцией.

- Вынужденные ограничения в повседневной жизни [9]. Уровень стресса снижается, если больных помещают в дневной стационар или на короткие сроки в больницу.

- Проблемы, связанные с поведением больного. Наиболее значимыми проблемами для ухаживающих за больным родственников являются неопрятность больного, неадекватное поведение и необходимость постоянного наблюдения за ним.

- Психологическое состояние лиц, ухаживающих за больным. Нервное напряжение и депрессия в большей степени присущи тем родственникам, которые склонны к потере контроля как за своими эмоциями, так и за поведением больного. Часто завышенные ожидания, связан-

ные с переоценкой своих способностей по преодолению трудностей ухода, также приводят к расстройствам тревожного и депрессивного характера [10]. Эмоциональное напряжение, характеризующееся критическим или враждебным отношением к больному, а также высокой степенью вовлеченности в процесс взаимоотношений с ним, положительно коррелируют с количественными показателями, отражающими стрессовое состояние, особенно у дочерей больных. На состояние пожилых родственников часто оказывают влияние их собственное недомогание, бытовые и транспортные проблемы [11].

Целью настоящего исследования было изучение уровня эмоционального выгорания и уровня невротизации как одного из аспектов, определяющих качество жизни и состояние здоровья лиц, осуществляющих уход за родственником с деменцией.

Материалы и методы исследования

В исследовании принимали участие лица, ухаживающие за родственниками, страдающими деменцией; группу сравнения составляли лица, осуществляющие уход за больными с травматической патологией, нуждавшимися в постоянном уходе и надзоре в связи с выраженным ограничением двигательной активности в течение не более 2-х месяцев.

Все участвовавшие в исследовании проходили собеседование с психиатром, который заполнял специально разработанную унифицированную карту, включающую данные о возрасте, половой принадлежности, уровне образования, степени родства с больным, материальном положении лица, ухаживающего за больным родственником.

Проведенное нами анкетирование родственников больных с деменцией, показало, что у них примерно в равных соотношениях встречаются такие эмоциональные реакции как горе, стыд, гнев, смущение, одиночество, а также отмечаемое всеми ухаживающими за дементными больными постоянно нарастающее ощущение усталости.

Горе является естественной реакцией человека, потерпевшего утрату. Из-за того, что член семьи заболел деменцией, у родственников с данной эмоциональной реакцией возникало ощущение, что они лишились партнера, друга или родителя. Нередко они испытывали желание горевать по человеку такому, каким он был раньше. Как только ухаживающий за таким больным свыкался с одной переменной в человеке, наступала другая. Наиболее страшным, по мнению родствен-

ников, оказывался момент, когда больной переставал узнавать того, кто ухаживает за ним.

Возникавшее у ухаживающих за больным с деменцией чувство стыда бывало вызвано разными причинами: смущением за поведение больного; за гнев против больного; за то, что трудно продолжать ухаживать за больным; за возникающие мысли об устройстве больного в специальное учреждение.

Опрошенные родственники отмечали периодическое возникновение гнева смешанного характера. В зависимости от обстоятельств гнев мог быть направлен против больного, против самого себя, против врача или против самой ситуации. Родственники четко отграничивали гнев против поведения больного, которое является результатом болезни, от гнева против самого больного. Иногда гнев бывал настолько сильным, отмечали родственники больных, что с трудом можно удержаться от причинения вреда больному, за которым осуществляется уход.

При неправильном поведении больных в присутствии посторонних, ухаживающие за ними отмечали возникающее смущение, от которого можно избавиться, если рассказать друзьям и соседям о деменции, чтобы они могли лучше понять поведение больного.

Многие из опрошенных, ухаживающих за больным с деменцией, отмечали, что они перестали поддерживать общественные контакты, сократилась их социальная сеть. В подобной ситуации ухудшается возможность как следует ухаживать за больным.

Приведенные данные убеждают, насколько важно знать, какие факторы усиливают бремя неформальной помощи и негативно влияют на возможности тех, кто ее оказывает и какие факторы снижают нагрузку. Это позволит предупредить превращение их самих в пациентов в результате выполнения обязанностей по уходу за больными, особенно по принципу «безусловного самопожертвования».

Сведения о больном включали: возраст, образование, род занятий до начала заболевания. Состояние больного с деменцией оценивалось в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 [12] с учетом описания способности больного выполнять функции повседневной жизни (приготовление пищи, стирка, уборка, пользование транспортом, расчет денег, прием лекарств, осуществление личной гигиены).

Уровень эмоционального выгорания исследовался с помощью Методики диагностики уров-

ня эмоционального выгорания В.В.Бойко [13], которая была нами адаптирована к ситуации ухода за больным родственником. В соответствии с «ключом» осуществлялись следующие подсчеты: 1) определялась сумма баллов раздельно для каждого из 12 симптомов «выгорания»; 2) подсчитывалась сумма показателей симптомов для каждой из 3-х фаз формирования «выгорания»; 3) подсчитывался итоговый показатель синдрома «эмоционального выгорания» – сумма всех 12-ти симптомов.

Методика диагностики уровня невротизации Л.И. Вассермана [13] позволяла получить сведения об эмоциональной устойчивости, фоне переживаний, инициативности, независимости, легкости в общении.

Статистическая обработка результатов проводилась с использованием стандартных статистических методов (U-критерий Уилкоксона-Манна-Уитни, корреляция Спирмана) [14].

Результаты и их обсуждение

Всего в исследовании приняли участие 83 человека (17 мужчин и 66 женщин). В первую группу (1 группа – 51 чел.) входили лица, осуществляющие уход за больным с деменцией. Подавляющее большинство из них составляли женщины – 39 чел. (76.47%), мужчины – 12 чел. (23.53%). Распределение исследуемых по возрасту было следующим: до 35 лет – 16 чел. (31.37%), в возрастной группе 36-45 лет было 13 чел. (25.49%), в группе 46-55 лет – 12 чел. (23.53%), 56 лет и старше – 10 чел. (19.61%). Распределение по степени родства было следующим: 10 человек (19.61%) – супруги больных, 2 человека (3.92%) – сыновья, 30 (58.82%) – дочери, 9 (17.65%) – другие (невестки, зять, внуки). Образовательный уровень: 23 человека (45.1%) имели высшее образование, 28 (54.9%) – среднее и среднее специальное. 26 человек среди исследуемых (50.98%) оценили свое материальное положение как удовлетворительное, 25 (49.02%) – как плохое. Из всей группы принявших участие в исследовании 23 человека (45.1%) оценили состояние своего здоровья как хорошее, 22 (43.1%) – как посредственное, 6 человек (11.8%) – как плохое. Объективно 43 человека (84.3%) имели хронические заболевания, из них у 12 человек (27.9%) отмечалось повышенное артериальное давление, 8 (18.6%) страдали от кардиологических заболеваний, 4 (9.3%) – сахарным диабетом, 10 (23.3%) – бронхитом, у остальных отмечались единичные другие заболевания. Уход за дементным родствен-

ником в течение года осуществляли 5 обследованных (9.8%), от года до 3-х лет – 36 человек (70.6%), в течение более 3-х лет – 10 человек (19.6%).

Во вторую группу обследованных входили лица, осуществляющие в течение не более 2-х месяцев уход за больными в возрасте от 35 до 62 лет с травматологической патологией, требующими постоянного ухода ввиду выраженного ограничения двигательной активности (травмы нижних конечностей и позвоночника). 2 группа состояла из 32 человек, из них 5 мужчин (15.6%) и 27 женщин (84.4%). Распределение обследованных по возрастным группам было следующим: в возрасте до 35 лет – 10 человек (31.25%), в возрасте 36-45 лет – 14 человек (43.75%), в возрасте 46-55 лет – 8 человек (25%). Из осуществляющих уход в данной группе было 10 человек супругов больных (31.25%), 6 человек (18.75%) – детей (сыновья, дочери больных), 6 (18.75%) – родители больных, 10 (31.25%) – другие (невестки, зятья, внуки). 12 человек (37.5%) имели высшее образование, 20 (62.5%) – среднее и среднее специальное. По оценке материального положения как удовлетворительного и плохого исследованные распределились на две равные группы по 16 человек. Что касается оценки состояния здоровья лиц данной группы, то на момент исследования 27 человек (84.4%) страдали различными хроническими заболеваниями: 12 (44.4%) – гипертонией, 9 (33.3%) – различными кардиологическими за-

болеваниями (в т.ч. вегето-сосудистой дистонией), 3 (11.1%) – бронхитом, 3 (11.1%) – различными заболеваниями желудочно-кишечного тракта. В целом состояние своего здоровья 12 человек (37.5%) оценили как хорошее, 20 человек (62.5%) – как посредственное.

Выборка больных с деменцией состояла из 11 мужчин и 40 женщин в возрасте от 62 до 93 лет. Распределение больных по возрасту: 3 человека (5.88%) были моложе 65 лет, 36 (70.59%) – в возрасте от 65 до 80 лет и 12 (23.53%) – старше 80 лет. Согласно поставленным диагнозам больные были распределены следующим образом: деменция при болезни Альцгеймера с ранним началом (F00.0) – 6 (11.8%) больных, деменция при болезни Альцгеймера с поздним началом (F00.1) – 18 (35.3%), сосудистая деменция различных типов (F01) – 27 (52.9%). Оценка способности осуществлять повседневные функции показала, что 5 человек (9.8%) могли справляться без посторонней помощи, 27 человек (52.9%) нуждались в помощи, а 19 (37.3%) больных были не способны самостоятельно выполнять функции повседневной жизни.

В группе лиц, осуществляющих уход за больными с деменцией в фазе напряжения распределение доминирующих симптомов было следующим: симптом «переживания психотравмирующих обстоятельств» прослеживался у 7 (13.7%) обследованных, симптом «неудовлетворенности собой» – у 14 (27.5%), «загнанности в клетку» – у 22 (43.1%), «тревоги и депрессии» – у 18 (35.3%) обследованных. При этом сформировавшаяся фаза напряжения прослеживалась у 15 обследованных (29.4%). У обследованных второй группы распределение доминирующих симптомов в фазе напряжения было следующим: 14, 17, 8 и 15 человек (43.8%, 53.1%, 25% и 46.9%) соответственно. Фаза же напряжения сформировалась лишь у 5 (15.6%) обследованных.

В фазе резистенции распределение доминирующих симптомов среди обследованных первой и второй групп было следующим: «неадекватное эмоциональное реагирование» – 2 (3.9%) обследованных первой группы и 3 (9.4%) обследованных второй группы; «эмоционально-нравственная дезориентация» – 1 и 5 (1.96% и 15.6%) соответственно; «расширение сферы экономии эмоций» – 17 и 19 (33.3% и 59.4%) соответственно; «редукция обязанностей» – 12 и 9 (23.5% и 28.1%) соответственно. При этом фаза резистенции сформировалась у 13 (25.5%) обследованных из первой и у 13 (40.6%) обследованных

из второй группы.

В фазе истощения доминирующий симптом «эмоционального дефицита» прослеживался у 3 (5.9%) обследованных из первой группы и у 5 (15.6%) обследованных из второй группы; симптом «эмоциональной отстраненности» – у 12 и 8 (23.5% и 25%) обследованных соответственно; симптом «личностной отстраненности (деперсонализации)» – у 2 (6.25%) обследованных второй группы; «психосоматические и психовегетативные нарушения» – у 23 (45.1%) обследованных первой группы и у 18 (56.25%) обследованных второй группы. При этом сформировавшаяся фаза истощения обнаруживалась у 5 (9.8%) обследованных из первой и у 3 (9.4%) обследованных из второй группы.

Сравнение средних величин уровней эмоционального выгорания у лиц первой (130 ± 8.15) и второй (122 ± 7.03) групп выявило достоверные различия ($p < 0.05$), однако качественный анализ показывает, что в первой группе у большего числа лиц сформировалась фаза напряжения (29.4%) и истощения (9.8%) в сравнении со второй группой (15.6% и 9.4% соответственно); для второй группы характерно преобладание лиц со сформировавшейся фазой резистенции (40.6% в сравнении с 25.5% в первой группе).

Корреляционный анализ ранжированных признаков, полученных в исследовании, позволил выявить значимые корреляции между демографическими данными родственников, ухаживающих за больными с деменцией и без нее, продолжительностью ухода, объемом оказываемой помощи с одной стороны и уровнем эмоционального выгорания и невротизации с другой. Так, уровень эмоционального выгорания у лиц, осуществляющих уход за больными с деменцией, умеренно коррелирует с половой принадлежностью обследованных ($r = 0.317$ при $p < 0.05$), их образованием ($r = 0.322$ при $p < 0.05$), продолжительностью ухода ($r = 0.346$ при $p < 0.05$) и нарушением выполнения функций повседневной жизни у больных ($r = 0.462$ при $p < 0.05$); средняя корреляция выявлена между уровнем эмоционального выгорания и возрастом обследованных ($r = 0.474$ при $p < 0.05$); слабая – между уровнем эмоционального выгорания и материальной обеспеченностью ($r = 0.233$ при $p < 0.1$). Во второй группе уровень эмоционального выгорания коррелирует с фактором половой принадлежности обследованных (умеренная корреляция $r = 0.365$ при $p < 0.05$), образования (умеренная корреляция $r = 0.368$ при $p < 0.05$) и материальной обеспеченности (слабая корреляция $r = 0.251$ при $p < 0.1$). Для

лиц первой группы выявлена умеренная корреляция между уровнем невротизации и возрастом обследованных ($r=0.411$ при $p<0.01$), образованием ($r=0.395$ при $p<0.01$), материальным положением ($r=0.37$ при $p<0.01$), продолжительностью ухода ($r=0.326$ при $p<0.01$) и нарушением повседневного функционирования дементных больных ($r=0.473$ при $p<0.01$). Во второй группе уровень невротизации умеренно коррелирует с образованием обследованных ($r=0.355$ при $p<0.05$) и слабо с нарушением функций повседневной жизни больных ($r=0.186$ при $p<0.5$). Т.о., на эмоциональное состояние лиц, осуществляющих уход за дементными родственниками, оказывают влияние не столько демографические характеристики (поскольку были установлены корреляционные связи по полу, возрасту, образованию, материальному положению для лиц обеих групп), не столько состояние их здоровья, сколько продолжительность ухода за больным.

Корреляционный анализ ранжированных показателей уровня невротизации и фаз эмоционального выгорания установил среднюю корреляцию между фазой напряжения и уровнем невротизации в первой группе обследованных ($r=0.595$ при $p<0.01$) при незначимой корреляции (без статистической значимости) между фазами резистенции и истощения и уровнем невротизации в первой группе и всеми фазами и уровнем невротизации во второй группе обследованных.

Таким образом, получены предварительные данные о влиянии таких факторов как уровень эмоционального выгорания и уровень невротизации на качество жизни лиц, осуществляющих уход за больными с деменцией. Эмоциональное выгорание как выработанный личностью меха-

низм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций на психотравмирующие воздействия, каковым в адаптированном варианте опросника являлся факт необходимости длительного ухода за дементным родственником, зависит от пола, возраста, образования, материального положения обследованных, а также от продолжительности ухода и степени сохранности повседневного функционирования больного с деменцией. У лиц, осуществляющих относительно непродолжительный уход за лицами с острой (в данном исследовании травматической) патологией, быстро формируется фаза резистенции с расширением сферы экономии эмоций и редукацией обязанностей, что делает данную категорию людей более защищенными в ситуации болезни близкого человека. Высокий уровень невротизации у лиц со сформировавшейся фазой напряжения может свидетельствовать о выраженной эмоциональной возбудимости с негативными переживаниями (тревожность, беспокойство, раздражительность), переживаниями, связанными с неудовлетворенностью желаний, о трудностях в общении, т.е. свидетельствует о том, что данная категория людей (а ими в настоящем исследовании оказались лица, осуществляющие уход за больными с деменцией) нуждается в психологической, психотерапевтической помощи. Определение доминирующих симптомов как отдельных фаз, так и синдрома выгорания в целом позволяет определить направление оказания психотерапевтической поддержки, что, в конечном итоге, окажет положительное влияние на качество жизни людей, ухаживающих за родственниками с деменцией.

Ряполова Т.Л.

РІВЕНЬ ЕМОЦІОНАЛЬНОГО ВИГОРАННЯ ТА РІВЕНЬ НЕВРОТИЗАЦІЇ ЯК ПОКАЗНИКИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ РОДИЧІВ, ЩО СКЛАДАЮТЬ ДОГЛЯД ЗА ХВОРИМИ НА ДЕМЕНЦІЮ

Донецький Державний медичний університет ім.М.Горького

Досліджено 83 особи, що доглядають за хворими родичами (51 особа – за хворими на деменцію, 32 особи – за хворими з гострою травматологічною патологією із значним обмеженням руховної активності). Встановлено кореляції між рівнем емоційного вигорання, рівнем невротизації та окремими демографічними показниками. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 2001. - № 1 (8). - С. 76-81)

**THE LEVEL OF EMOTIONAL BURNTING OUT AND THE LEVEL OF NEUROTISATION
HOW THE INDICATORS OF THE QUALITY OF THE LIFE IN CAREGIVERS FOR
PATIENTS WITH DEMENTIA**

Donetsk State medical university

83 caregivers were examined, from them 51 caregivers of the people with dementia and 32 caregivers of the people with acute traumatic pathology and pronounced limitation of motive activity. The reverse correlation has been found between the level of the emotional burning out the level of neurotisation and some demographic characteristics. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 2001. - № 1 (8). - P. 76-81)

Литература

1. Абрамов В.А., Ивнев Б.Б., Казаков В.Н., Ряполова Т.Л., Абрамов А.В. Болезнь Альцгеймера (мультидисциплинарное исследование).- Донецк, 2000. - С.12-23, 205.
2. Skaff M.M., Pearling L.I. Caregiving: Role engulfment and the loss of self // Gerontologist. - 1992. - Vol.32. - P.656-664.
3. Kiecolt-Glaser J.K., Glaser R., Gravenstein S., Malarkey W.B., Sheridan J. Chronic stress alters the immune response to influenza virus vaccine in older adults // Proc.Natl. Acad. Sci. USA - 1996. - Vol.93, N7. - P.3043-3047.
4. Mort J.R., Caspar P.M., Juffer D.I., Kavarna M.B. Comparison of psychotropic agent use among rural elderly caregivers and noncaregivers // Ann. Pharmacother. - 1996. - Vol.30, N6. - P.583-585.
5. Grafstorm M., Fratiglioni L., Winblad B. Caring for an elderly person: predictors of burden in dementia care // Int. J. Geriatr. Psychiat. - 1994. - Vol.9. - P.373-379.
6. Morris R.G., Morris L.W., Britton P.G. Factors affecting the emotional wellbeing of the caregivers of dementia sufferers // Brit.J. Psychiat. - 1988. - Vol.153. - P.47-157.
7. Kalucy E., Baum F. The epidemiology of caring: The pattern in a South Australia suburban population // Austral. J. Ageing. - 1993. - Vol.11, N3. - P.3-8.
8. Clipp E.C., George L.K. Caregiver needs and patterns of social support // J. Gerontol. - 1990. - Vol.31. - P.246-255.
9. Poulshock S.W., Deimling G.T. Families caring for elders in residence: Issues in the measurement of burden // J. Gerontol. - 1984. - Vol.39. - P.230-239.
10. Carruth A.K. Motivating factors, exchange patterns, and reciprocity among caregivers of parents with and without dementia // Nurs. Health. - 1996. - Vol.19, N5. - P.409-419.
11. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств(1994). - ВОЗ. - Россия. - Санкт-Петербург. - АДИС: 304с.
12. Практическая психодиагностика под ред. Д.Я. Райгородского. - Самара. - «БАХРАХ». - 1998г. - С. 161-169, 171-174
13. Сергиенко В.И., Бондарева И.Б. Математическая статистика в медицинских исследованиях. - Москва. - Гэотар Медицина. - 2000. - 254с.

Поступила в редакцию 30.10.2001г.