



Блуждание у лиц с деменцией

Блуждание у лиц с деменцией является распространенной формой поведения, которая ассоциируется с высоким риском негативных последствий для пациента. Исторически блуждание было определено как «бесцельное перемещение» (Long-Term Care Minimum Data Set 2.0, 1998), хотя согласно другим трактовкам его рассматривают как «целенаправленное перемещение» и «потребность в движении» (Algate, 1996; Thomas, 1997). Следует отметить, что блуждание нередко приводит к развитию стресса у лиц, осуществляющих уход за пациентами. Несмотря на то что данное нарушение наблюдается при нескольких типах деменции, особенно часто оно встречается у пациентов, страдающих болезнью Альцгеймера (БА). Блуждание может быть вызвано несколькими причинами, включая неврологические и психосоциальные факторы, а также влиянием окружающей среды.

На мой взгляд, можно выделить два типа блуждания – непрерывное и спорадическое, которые отличаются друг от друга количеством времени, проведенным в движении. Согласно имеющимся данным, при непрерывном блуждании пациент находится в движении около 77% всего периода бодрствования по сравнению с 22% при спорадическом типе. Несмотря на то что оба типа блуждания имеют схожие механизмы развития, при каждом из них используются различные подходы коррекции. Мероприятия при непрерывном блуждании в первую очередь включают модификацию окружающей среды, а при спорадическом следует использовать организованные социальные мероприятия и словесные методы коммуникации. Помимо этого, дополнительные эмпирические исследования, посвященные различным потребностям пациентов с блужданием, основаны на проценте времени, проведенном в движении.

Критической проблемой, связанной с блужданием, является высокий риск побега. Блуждание может привести к тому, что пациент будет дезориентирован на открытом пространстве днем или ночью, и зачастую он одет не по погоде. Данная ситуация требует дополнительного внимания лиц, осуществляющих уход за такими больными. Помимо этого, к негативным последствиям блуждания относятся падения, вторжение в личную жизнь другого пациента, недоедание, обезвоживание и ранняя смертность по сравнению с лицами, страдающими деменцией без блуждания.

Как отмечалось ранее, к возникновению блуждания могут привести многие факторы, среди которых, прежде всего, физические и факторы социальной среды, наряду с фоновыми неврологическими, когнитивными и психосоциальными.

В исследовании, проведенном в 1997 г., было изучено влияние психосоциальных факторов путем сравнения аспектов личности больных деменцией с блужданием и без такового. Для этого использовали пятифакторный опросник личности НЭО (NEO-FFI) (Costa, McCrae, 1992). У всех участников исследования с помощью шкалы общего ухудшения состояния (GDS) была определена умеренная/тяжелая деменция (Reisberg et al., 1982). Для каждого из демографических и личностных факторов применялся независимый критерий Стьюдента и критерий хи-квадрат (уровень значимости – 0,05). Различия между двумя группами были статистически значимыми. Кроме того, проводилось качественное наблюдение за пациентом, которое в дальнейшем подтвердили количественные результаты.

Полученные данные продемонстрировали, что к блужданию склонны личности с повышенной активностью и развитыми социальными связями, наряду с большей положительной оценкой себя и других (таблица). Эти аспекты характеризуют более экстравертный тип личности пациентов

Таблица. Отличия в личностных аспектах у лиц с/без блуждания

Аспект	Лица с блужданием, средний балл	Лица без блуждания, средний балл	T-показатель
Сострадательность	3,50	3,00	1,88*
Общительность	5,45	3,95	2,37*
Уверенность в себе	1,70	1,35	0,93
Активность	7,70	6,10	2,07*
Поиск острых ощущений	2,10	1,80	0,84
Положительные эмоции	11,10	8,45	2,70**
Доверие	4,55	3,60	0,92
Откровенность	2,75	2,55	0,48
Альтруизм	17,55	15,30	2,07
Уступчивость	8,30	6,95	1,60
Ранимость	1,40	1,20	0,49

Примечания: df = 38; * ≤ 0,05, ** ≤ 0,01.

с блужданием, чем без такового. Были высказаны предположения, что блуждание является выражением личности, которое сложилось в течение всей жизни больного. Восприятие пациентов с блужданием как «нормальных» индивидов будет способствовать применению лицами, осуществляющими уход, не карательных и контролируемых методов, а подходить к этому процессу с креативными идеями и пониманием.

Помощь лицам с БА – весьма трудоемкий процесс, который включает в себя множество методов оказания помощи. Особенно рекомендуется музыкальная терапия, поскольку значительные положительные результаты могут наблюдаться даже на поздних стадиях заболевания. При правильном использовании музыка может улучшить настроение, снять вызванную стрессом ажитацию, стимулировать положительные взаимодействия, способствовать когнитивному функционированию, а также координировать движения. Это происходит благодаря тому, что ритмические и другие хорошо отретпетированные ответы не требуют практически никакой когнитивной или психологической обработки и хранятся в частях мозга, менее пораженных БА. Ответы вызываются влиянием двигательного центра головного мозга, который реагирует непосредственно на слуховые ритмические сигналы. Способность человека к участию в музыкальных занятиях, остается неизменной даже на поздних этапах заболевания.

Так, было обнаружено, что знакомая музыка во время еды оказывала положительный эффект в увеличении потребления калорий среди лиц с БА (Thomas, Smith, 2009). Возможные причины были определены следующим образом:

- медиальная префронтальная кора, где хранятся музыкальные воспоминания, остается относительно нетронутой при БА;
- занятия музыкой (прослушивание и пение) помогают пациенту с БА находиться в одном месте более длительное время, что может способствовать концентрации внимания во время еды;
- музыка увеличивает положительные эмоции и приводит к уменьшению тревоги и потребности двигаться;

- белый шумовой эффект в окружающей обстановке при приеме пищи снимает стресс от дополнительных звуков.

Проблема блуждания в обществе

Для того чтобы лучше контролировать лиц, склонных к блужданию, а также для смягчения ответственности и защиты репутации пансионатов для престарелых, широко применяют радиочастотные идентификационные устройства (RFID). Это могут быть браслет, кулон или передатчик для ношения на лодыжке. Антенны для контроля RFID-меток размещаются, как правило, на двери или в прихожей. Система подает звуковой сигнал или кратковременно блокирует дверь, когда антенна считывает передатчик, носимый подопечным. Лицо, осуществляющее уход, получит уведомление в виде сигнализации, сообщения на пейджер или по электронной почте. Таким образом можно без определенных усилий контролировать человека внутри учреждения и быстро найти его в случае ухода.

Новые версии этого оборудования стали более продвинутыми. Новейшие типы систем имеют несколько возможностей, включая: идентификацию RFID-тега конкретного человека и возможность наблюдения за ним для персонала; предоставление последнего известного местоположения подопечного с изображением; определение частоты, времени и тяжести происшествий; интеграцию с другими системами контроля доступа, вентиляции и кондиционирования, пожарной сигнализации и телефонного оборудования. Способ RFID является предпочтительным, поскольку помогает персоналу пансионатов контролировать лиц, склонных к блужданию, не посягая на свободу других подопечных или посетителей в учреждении.

Подводя итоги, следует отметить, что блуждание является серьезной проблемой в любой стране. Признание потребностей лиц с блужданием и включение нефармацевтических мероприятий, которые подчеркивают креативность и понимание, может значительно улучшить жизнь как пациентов, так и лиц, оказывающих уход за ними.