

Особенности психосоциального функционирования лиц, ухаживающих за больными с деменцией

Сиденкова А.П.

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Екатеринбург

Резюме. Деменция обуславливает нарушение самостоятельности больного и предопределяет необходимость оказания ему помощи со стороны иного лица. Являясь тяжелым психическим расстройством, деменция оказывает многофакторное неблагоприятное влияние на микросоциальное окружение больного. Целью бесповторного исследования 214 лиц, осуществлявших уход за больным с деменцией, явилось изучение их функционирования и определение социальной фрустрированности. Применены психометрический, социометрический, статистический методы исследования, метод социологического интервьюирования. Выявлены высокие показатели социальной фрустрированности у большинства лиц, ухаживающих за больными. Функциональная активность ухаживающих за тяжело больными достоверно ниже, выраженная степень стресса у этих лиц — выше.

Features of psychosocial functioning of caregivers of patients with dementia

Sidenkova A.

Ural State Medical University, Ekaterinburg

Summary. Dementia causes a violation of the autonomy of the patient and determines the need for assistance from another person. Being a severe mental disorder, dementia has a multifactorial adverse impact on the social environment of the patient. The purpose of the non-repeated studies 214 persons engaging in patient care with dementia has been the study of their functioning and the social definition of their frustration. Applied psychometric, sociometric and statistical research methods, method of sociological interview. The high social indicators of their frustration, the majority of caregivers. Functional activity of caring for seriously ill had significantly lower severity of stress among these individuals is higher.

Одной из наиболее характерных черт глобального старения населения является выраженный рост числа людей 75 лет и старше в общей популяции [2,4]. Процесс постарения населения связан с процессом перераспределения доли лиц трудоспособного возраста, увеличивается нагрузка на экономически активное население в связи необходимости содержать большее по численности население пенсионного возраста, в том числе лиц, страдающих тяжелыми когнитивными расстройствами [6]. Проявляясь выраженным и прогрессирующим нарушением функционирования, когнитивное расстройство детерминирует нарушение самостоятельности больного и предопределяет необходимость оказания ему помощи со стороны иного лица. Значимость проблемы деменций актуализируется количеством лиц, вовлеченных в нее.

«Бремя деменции» изучается в разных аспектах, но все авторы единодушны в определении тяжести нагрузки на лиц, опекающих пациента. Изучение функционирования пожилых лиц с невротическими расстройствами указало на стрессогенность факта наличия в семье больного деменцией, наибольшее стрессовое значение имеют не проявления собственно слабоумия, а нарушения социального функционирования больных и их разрушительное поведение [12]. Исследователями указывается, что огромной проблемой для ухаживающих является осознание катастрофически менявшейся личности больного [8]. Соматические сим-

птомы, выявленные при деменции, дополняют нагрузку на опекающих лиц, усугубляют их фрустрацию и тревогу.

Совокупностью наиболее стрессирующих их симптомов и признаков, появившихся у индивидов с деменцией, являются: состояние спутанности (83 %), недержание мочи (72 %), боль (64 %), сниженное настроение (61 %), запор (59 %) и потеря аппетита (57 %), нарушения питания [18]. Психологический и социальный компоненты «брешени деменции» связаны с иными, немедицинскими аспектами болезни за счет психосоциального значения для болеющего и опекающего тяжелого психического недуга. Самостоятельным значением для усиления выраженности психосоциальной нагрузки выступает факт сообщения и раскрытия диагноза «деменции» пациентам и лицам, осуществлявшим уход за ними. После сообщения диагноза у родственников возникают чувства потрясения, гнева и страха, некоторые из них отмечают завершенность неопределенности и улучшение понимания нарушений поведения у больных членов семей [4]. Принятие решения о помещении больного в стационар ряд семей считают большой психологической нагрузкой, факт госпитализации больного многие семьи расценивают как фактор, ведущий к расколу семьи [10,20].

Деменция, сопровождаясь нарушениями поведения, несет в себе мощный отрицательный заряд серьезного психического расстройства, сопровождающегося развитием «стигмы по родству»,

«исключающей полное принятие обществом человека, в чьей семье есть душевнобольной». Факт близкого родства с человеком, страдающим тяжелым психическим расстройством, приводит к «особенно сложному и деликатному положению в случаях, когда родственники не могут отсторониться, так как они одновременно и констатируют стигму и сами ею отмечены» [13]. К возможным последствиям «стигмы по родству» при деменциях относят: невозможность иметь собственный круг общения, нарушения взаимоотношений с окружением, чувство ущемления собственного достоинства. Часть родственников склонны считать, что деменция человека, за которым они ухаживают, ведет к психическим нарушениям у них самих, у части из них временами возникают мысли, что лучше бы их больной родственник умер, а у 10% ухаживающих бывают суицидальные мысли [19].

Уход за людьми с деменцией создает большое количество этических проблем. Лица, опекающие больного, постоянно должны принимать во внимание интересы самого пациента, собственные нужды и целесообразность мер помощи, что невозможно вне учета ценностей, укоренившихся в отношениях между лицами, осуществляющими уход, и их подопечными. Обязанность помогать больному человеку — это размышления на «языке морали: о сострадании, самопожертвовании, долге, эгоизме, чувстве вины, осуждении, предательстве и оставлении больного» [10]. По мнению некоторых исследователей, этические проблемы увеличивают «бремя забот», другие же авторы считают, что уход за больным не всегда является отрицательным опытом, существует возможность развития, если найден в этом смысл [7].

В отечественных и зарубежных исследованиях подтверждено, что лица, осуществляющие уход за больными деменциями, испытывают чрезмерное напряжение, страдают депрессией, переживают длительный психологический дистресс, перегрузки, у них развивается синдром «эмоционального выгорания». Признание качества усилий ухаживающих обладает для них протективным значением и снимает с них часть эмоционального напряжения [3].

Помимо специфических психологических переживаний, опекуны больных деменциями страдают различными соматическими недугами. Выявлены статистически значимые корреляционные связи длительного ухода за дементным больным с высоким уровнем психической дезадаптации и повышенной смертности ухаживающих, уровень нагрузки, связанный с обязанностями по уходу, приводит к снижению иммунного статуса и подверженности вирусным заболеваниям [17].

В процессе ухода за больным происходит непрерывное изменение и приспособление во взаимоотношениях и в роли опекуна, становясь опекуном, человек нередко поднимает трудные личные вопросы относительно долга и ответственности, соответствия предъявляемым требованиям и чувства вины. Типичные поколенческие конфлик-

ты, часто сопровождающие постарение родителей и необходимость перераспределения внутрисемейных ролей, усугубляются в случае тяжелого дементирующего процесса одного из них. Установлено, что степень ролевого конфликта служит прогностическим фактором степени напряжения [5]. При сравнении дочерей, живущих с больным родителем и проживающих отдельно, установлено, что первые чаще сообщают об усугублении напряженности в их собственной семье, об ухудшении их супружеской функции, в результате совместного проживания с родителем собственные семьи ухаживающих лиц распадаются [9]. По отдельным наблюдениям, уходом чаще занимается один член семьи, основные опекающие, испытывают гнев по отношению к сибсам, не оказывающим поддержки, либо чувствуют себя покинутыми ими, выбирают избегающее поведение, иногда рвут отношения с сибсами [15]. Появление в семье психически тяжело и длительно больного приводит к «расслоению» семьи на подгруппы, в разной степени вовлеченные во взаимодействие с больным и заботу о нем. Болезнь одного из членов семьи сопровождается нарастанием эмоционального напряжения и физической нагрузкой у отдельных ее членов [1, 11]. Тип реагирования на стресс, совладания с дистрессом с позиций психосоциального подхода к расстройству замыкает «порочный круг» и определяет качество психоэмоциональной атмосферы [16].

Таким образом, медицинское, психосоциальное значение поздних деменций определяется многофакторностью их воздействия на лиц, вовлеченных в круг проблем, обусловленных этими расстройствами. Факт длительного ухода за тяжелобольным, наблюдение утраты свойств, ранее присущих близкому человеку, изменения в ролевой структуре семьи, столкнувшейся с грубым нарушением автономии одного из ее членов, финансовые траты — все эти параметры включаются в совокупное понятие «бремени деменции», влияние которого на ухаживающее лицо реализуется в нарушении психического, соматического, социального функционирования человека, осуществляющего уход за больным деменцией. Системный подход к проблеме поздних деменций обуславливает необходимость учитывать данные последствия деменции на ухаживающее лицо с позиций взаимосвязи этих последствий и детерминированных ими ответных изменений микросоциальных условий, что приводит к изменениям внешнесредовых параметров пациента.

Цель настоящего исследования: изучение функционирования лиц, осуществляющих уход за больными с деменциями.

Материалы и методы исследования

Материалом исследования явилось 214 человек, осуществлявших уход за пациентами с деменцией. Субъект расценивался, как ухаживающее лицо, если он проводил с пациентом, по меньшей мере, 10 часов в неделю и осуществлял не-

посредственную помощь пациенту или контроль за ним. Средний возраст ухаживающих составил $58,8 \pm 11,9$ лет. Распределение ухаживающих по полу: 165 женщины (78,1%) и 49 мужчин (22,9%). Родственные отношения ухаживающего с пациентом: супруг(а) 73 человек (34,1%), дочь 68 человек (31,8%), сын 4 человека (1,9%), сноха 26 человека (12,1%), брат/сестра 14 человека (6,5%), другие родственники 22 человека (10,3%), отсутствие родственных связей с пациентом 5 человек (2,3%), отец/мать 2 человек (0,9%). Образование ухаживающих: 117 ухаживающих (54,7%) имело высшее образование, неоконченное высшее образование было у 7 человек (3,3%), средне-специальное образование — у 51 человека (23,8%), среднее образование — у 35 человек (16,4%), незаконченное среднее — у 4 человек (1,9%). Социальный статус ухаживающих на момент включения в исследование: занимали руководящую должность или занимались высоко квалифицированным трудом 83 человека (38,8%), трудились на низко квалифицированной работе 25 человек (11,7%), вели домашнее хозяйство 1 человек (0,5%), пенсионеры по возрасту 81 человек (37,8%). Имели определенную группу инвалидности по соматическому или психическому заболеванию 13 человек (6,1%), не работали 6 человек (2,8%), являлись студентами или учащимися и занимались низко квалифицированным трудом 5 человек (2,3%). Семейное положение ухаживающих при включении в исследование: женат/замужем 136 человек (63,6%), холосты 21 человек (9,8%), вдовы 19 человек (8,9%), разведены 38 человек (17,7%).

Характеристика методов исследования: в настоящем исследовании применены психометрический, социометрический, статистический методы, метод социологического интервьюирования. Применена методика «Уровень социальной фruстрированности», разработанная в лаборатории клинической психологии НИПНИ им. В.М. Бехтерева авторами Л.И. Вассерманом, Б.В. Иовлевым, М.А. Беребиным (2004).

Материал для данного исследования отбирался методом простого бесповторного отбора.

Результаты исследования

В ходе настоящего исследования выделялись и ранжировались различные социальные и психологические факторы, рассматриваемые как потенциальные факторы риска нарушения здоровья ухаживающих, поскольку нарушения личностно-средового взаимодействия, социальные конфликты, несомненно, играют существенную роль в патогенезе пограничных нервно-психических, психосоматических расстройств и саморазрушающего поведения. Решению этой задачи способствовала оценка содержания и выраженности социальной фruстрированности.

Социальная фruстрированность понималась как следствие невозможности реализации личностью ухаживающего человека своих актуальных социальных потребностей. Значимость этих по-

требностей для каждой личности индивидуальна, связана с самосознанием (самооценкой), системой жизненных целей и ценностей, индивидуальными способностями и опытом решения проблемных и кризисных ситуаций.

Социальная фruстрированность, являясь следствием реальной социальной ситуации, носила личностный характер, определяя стрессогенность социальных фruстраторов: неудовлетворенность отношениями в семье и на работе, социально-экономическим статусом, положением в обществе, физическим и психическим здоровьем, работоспособностью и др.

Социальная фruстрированность рассматривалась как специфический комплекс переживаний и отношений личности, возникавший в ответ на действие фruстирующих факторов, которые имели длительное дестабилизированное индивидов действия, что способствовало формированию напряженности адаптивных механизмов и парциальной дезадаптации (предболезни), либо тотальной психической дезадаптации (болезни).

С методологических позиций, социальная фruстрированность есть сложная по структуре психологическая переменная, определявшаяся уровнем «удовлетворенности — неудовлетворенности» в определенных сферах отношений личности, выделенных экспертами как наиболее гипотетически значимые для любого взрослого, преимущественно трудоспособного человека, жизнедеятельность которого проходит в социуме и данной культуре.

Методика «Уровень социальной фruстрированности» применена для экспресс-психологической диагностики сферы личностно-средовых взаимоотношений, оценки риска стрессогенности социальных факторов-фruстраторов, риска нарушений психической адаптации, направлена на выявление зон наиболее отчетливой социальной фruстрированности у осуществляющих уход за больными. Определялись оценочные параметры нарушений личностно-средового взаимодействия, которые рассматривались как возможные факторы риска психической дезадаптации для членов семей больных с деменциями. Социальная фruстрированность являлась социально детерминированной личностной переменной, относительно стабильной в тех отрезках времени, когда социальное функционирование личности не претерпевает заметных (с точки зрения личности) изменений. Длительное дестабилизирующее действие социально-фruстирующих факторов формировало напряженность адаптивных механизмов и парциальную дезадаптацию (предболезнь), а при малоэффективной психологической защите и отсутствии социальной поддержки — тотальную психологическую дезадаптацию (болезнь).

В настоящем исследовании такой интегральный показатель, как социальная фruстрация, определялся подсчетом «абсолютной» степени выраженности «удовлетворенности — неудовлетворенности» в определенных сферах жизненного функционирования посредством оценки по пяти

Исследования

основным направлениям или блокам шкал по четыре позиции в каждом:

1. Удовлетворенность взаимоотношениями с родными и близкими (с женой, мужем, родителями, детьми);

2. Удовлетворенность ближайшим социальным окружением (друзьями, коллегами, начальством, противоположным полом);

3. Удовлетворенность своим социальным статусом (сферой профессиональной деятельности, работой в целом);

4. Удовлетворенность социально-экономическим положением (материальным положением, жилищно-бытовыми условиями, проведением свободного времени и отдыха);

5. Удовлетворенность своим здоровьем и работоспособностью (физическими здоровьем, психоэмоциональным состоянием, работоспособностью, своим образом жизни в целом).

Мера удовлетворенности субъективно шкалировалась по 5-балльной системе: 1—полностью удовлетворен, 2—скорее удовлетворен, 3—затруднение в ответе, 4—скорее не удовлетворен, 5—полностью не удовлетворен. Больший балл соответствовал, таким образом, большей неудовлетворенности как по отдельным градациям признаков, так и по шкале в целом.

Каждый испытуемый, заполнивший шкалу «Уровня социальной фрустрированности» характеризовался условным профилем оценок обозначенных сфер отношений, что позволяло определить зоны наибольшей и наименьшей социальной фрустрированности и, тем самым, определить области конфликтных отношений.

Оценка индекса социальной фрустрированности (общей удовлетворенности—неудовлетворенности) — Qсф в настоящем исследовании носила скрининговый характер и определялась по формуле:

$$Q\text{сф} = \Sigma\Sigma / M \times N$$

где: M — число опрошенных;

N — среднее арифметическое числа заполненных пунктов шкалы «Уровня социальной фрустрированности» у M опрошенных;

$\Sigma\Sigma$ — сумма баллов всех M опрошенных.

Индекс социальной фрустрированности (Qсф) является интегральной оценкой феномена социальной фрустрированности. Согласно рекомендациям авторов методики определения «Уровня социальной фрустрированности», показатели значе-

ние индекса социальной фрустрированности интерпретируются следующим образом:

Qсф <1,5 — определённое полное отсутствие социальной фрустрированности (высокий уровень удовлетворённости);

1,5 < Qсф < 2,5 — социальная фрустрированность отчётливо не декларируется («скорее удовлетворён»);

2,5 < Qсф < 3,5 — так называемая «зона» неопределенной оценки;

3,5 < Qсф < 4,5 — умеренный уровень социальной фрустрированности неудовлетворённости), которую опрошенные считают необходимым отметить;

4,5 < Qсф — определённая и вполне отчётливая высокая социальная фрустрированность («полная неудовлетворённость»).

Анализировались групповые закономерности различных групп ухаживающих, с разными социальными, микросоциальными статусами, различными показателями социальной активности и размером социальных сетей, различными характеристиками аффективного микросоциального коммуникативного стиля, разным уровнем сохранности соматического и психического функционирования.

Среднее значение коэффициента уровня социальной фрустрированности по группе ухаживающих за дементными больными составил $3,77 \pm 0,34$. Средние значения коэффициента социальной фрустрированности у лиц, ухаживающих за пациентами с различной нозологической принадлежностью и степенью выраженности синдрома деменции, представлены в таблице 1.

Сравнительный анализ коэффициента социальной фрустрированности показал достоверное усиление уровня социальной фрустрированности ухаживающих лиц по мере нарастания выраженности когнитивного снижения. Данная динамика коэффициента социальной фрустрированности присутствовала у ухаживающих за пациентами с различными нозологическими типами деменций. Сравнительный анализ структурного профиля коэффициента социальной фрустрированности ухаживающих лиц при разной степени выраженности когнитивного снижения у их подопечных представлен на рисунке 1.

Графический статистический анализ демонстрирует гетерогенность индивидуальных профилей отдельных структурных слагаемых обобщенного показателя социальной фрустрированности ухаживающих.

Таблица 1. Коэффициент социальной фрустрированности (Qсф) лиц, осуществляющих уход за пациентами с деменциями

Деменция	Легкая степень выраженности	Умеренная степень выраженности	Тяжелая степень выраженности	P
Ранний тип болезни Альцгеймера	2,3	3,4	3,9	P<0,05
Поздний тип болезни Альцгеймера	3,4	4,1	4,8	P<0,05
Сосудистая деменция	3,1	3,8	4,3	P<0,5

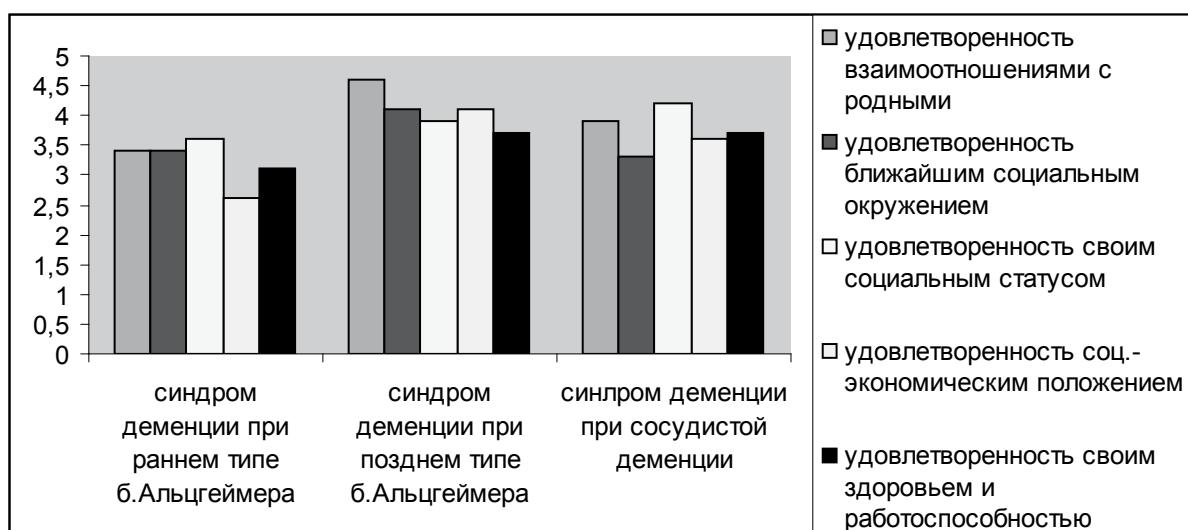


Рис.1. Структурный профиль коэффициента социальной фрустрированности ухаживающих лиц.

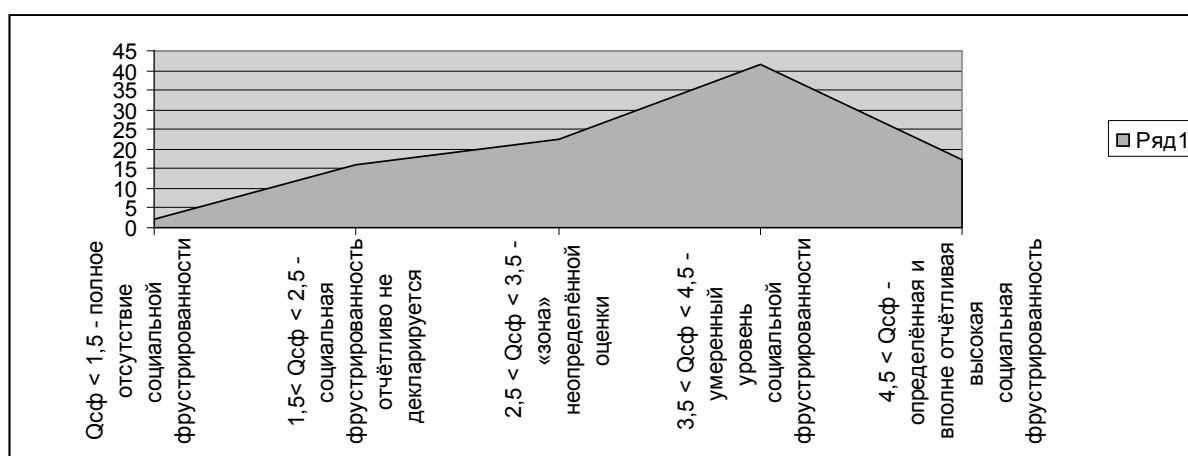


Рис.2. Распределение значений коэффициента социальной фрустрированности ухаживающих лиц.

Наибольшая сохранность и благоприятный уровень социального функционирования с большим субъективным удовлетворением отмечалось в группе ухаживающих за дementными больными при раннем типе болезни Альцгеймера. Эти лица чаще других декларировали достаточный уровень удовлетворенности различными аспектами их жизни: удовлетворенность социально-экономическим положением, своим здоровьем и работоспособностью, социальным статусом, отношениями с больным и иными родственниками, социальной активностью и социальным окружением.

В группе ухаживающих за пациентами с поздним типом альцгеймеровской деменции наиболее болезненной оказалась позиция, характеризовавшая степень собственной удовлетворенности качеством взаимоотношений в семье с родственниками и самим пациентом. Низка удовлетворен-

ность внешним социальным окружением и возможностью реализовать собственную социальную активность вне семьи, низка удовлетворенность социально-экономическим положением и социальным статусом, а также своим здоровьем и работоспособностью.

Наиболее низкие показатели уровня удовлетворенности своим социальным статусом у лиц, ухаживающих за больными с сосудистой деменцией. Их часто не удовлетворяли взаимоотношения в семье, с пациентом, не довольны они были состоянием своего здоровья и уровня работоспособности.

Результаты статистической обработки данных анкетирования ухаживающих с применением методики «Уровень социальной фрустрированности» обнаружили неравномерность распределения респондеров по выраженному общему удовлетворенности, что обозначалось обобщенным коэф-

фициентом социальной фрустрированности, что демонстрирует графическое изображение результатов исследования (Рис.2).

Наибольшую площадь диаграммы заняло поле точек, отражавших значения коэффициента социальной фрустрированности ухаживающих за дементными больными, расположенными в диапазоне $3,5 < Qc < 4,5$, что соответствует умеренному уровню социальной фрустрированности (неудовлетворенности), которую опрошенные отмечали — 41,6%. Коэффициент социальной фрустрированности расположился в диапазоне $2,5 < Qcf < 3,5$ в «зоне» неопределенной оценки в 22,5% случаев. Полную неудовлетворенность практически всеми оцениваемыми позициями с высоким уровнем социальной фрустрированности и значениями коэффициента социальной фрустрированности более 4,5, выразили 17,5% ухаживающих лиц. Отчетливо не декларировали социальную фрустрированность и были «скорее удовлетворены» обстоятельствами жизни, с показателями коэффициента социальной фрустрированности 1,5-2,5 ухаживающие лица в 16,1% случаев. Полное отсутствие социальной фрустрированности указали 2,3% ухаживающих, их коэффициент социальной фрустрированности составил менее 1,5, что сви-

детельствовало о высоком уровне удовлетворенности разными аспектами жизни.

Таким образом, у подавляющего большинства ухаживающих лиц выявились высокие показатели социальной фрустрированности (59,1%). Достаточный и высокий уровень удовлетворенности отмечен у 18,4% респондентов.

Корреляционный анализ показал прямые тесные статистические связи между тяжестью деменции и снижением функциональной активности ухаживающего ($r=0,758$), уровнем функциональной активности больного и функциональной активностью ухаживающего ($r=0,486$), выраженной деменцией у больного и выраженностью стресса у лица, осуществляющего уход ($r=0,580$).

Выводы

Деменция у одного из членов семьи, являясь тяжелым психическим расстройством, детерминирует многофакторное неблагоприятное влияние на микросоциальное окружение больного. Выявлены высокие показатели социальной фрустрированности у большинства лиц, ухаживающих за больными. Функциональная активность ухаживающих за тяжело больными достоверно ниже, выраженность стресса у этих лиц — выше.

Литература

- Гантман М.В. Депрессивные и когнитивные расстройства у лиц пожилого возраста, ухаживающих за пациентами с болезнью Альцгеймера//Автoreф.. дисс.на соиск. уч.ст.к.м.н.—М.—2015.
- Калын Я.Б. Психическое здоровье населения пожилого и старческого возраста (клинико-эпидемиологическое исследование) /Автoreф. на соиск.уч.ст.д.м.н.—М.—2001.
- Burns A., Guthrie E., Marino-Francis F. Brief psychotherapy in Alzheimer's disease. Randomised controlled trial // British Journal of Psychiatry. — 2005. — Vol.187. — P. 143–147.
- Callahan D., Jter Meulen R.H., Topincova E. A World Growing Old. The Coming Health Care Challenges. -Washington, DC: Georgetown University Press. — 2015.
- Campbell S. Is the quality of care in general medical practice improving? Results of a longitudinal observational study. — British Journal of General Practice. — 2013. — Vol.53. — P. 298–304.
- Cayton H. Autonomy and dependence through the ages of life. — Oxford University Press. — 2014.
- Emright R. Time spent caregiving and help received by spouses and adult children of brain-impaired adults // Gerontologist. — 2012. — Vol.31. — P. 375–383.
- Gottlieb B., Thompson L., Bourgeois M. Innovative Interventions to Reduce Dementia Caregiver Distress: A Clinical Guide. — New York. — 2016.
- Harvey K., Burns T., Sedgwick P., Higgitt A., Creed F., Fahy T. Relatives of patients with severe psychotic disorders: factors that influence contact frequency // British journal of psychiatry. — 2011. — Vol.178. — P. 248-254.
- Hope T., Oppenheimer C. Ethics and the psychiatry of old age. In Psychiatry in the Elderly, 2nd edn, Jacoby R., Oppenheimer C. (eds).- Oxford University Press. — Oxford. — 1997. — P. 709–735.
- MacLennan W. Caring for carers // Age and Ageing. — 2006. — Vol.27. — P. 651–652.
- Matson N. Coping, caring and stress: a study of stroke carers and carers of older confused people // British Journal of Clinical Psychology. — 1994. — Vol.33. — P. 333–344.
- McCarthy M., Addington-Hall J., Altmann D. The experience of dying with dementia: a retrospective study // International Journal of Geriatric Psychiatry. — 1997. — Vol.12. — P. 404–409.
- Qstman M. and Kjellin L. Stigma by association psychological factors in relatives of people with mental illness // The British Journal of Psychiatry. — 2012. — Vol.181. — P. 494–498.
- Parfit D. Reasons and Persons // Health Care and Philosophy. — 2012. — Vol.4. — P. 153-159.
- Pratt R., Wilkinson H. A psychosocial model of understanding the experience of receiving a diagnosis of dementia // Dementia. — 2003. — Vol.2. — P. 181–191.
- Schulz R., Beach S.R. Caregiving as a risk factor for mortality: the caregiver health effects study // JAMA. — 2012. — Vol.282. — P. 2215–221.
- Schultz R., O'Brien A. T., Bookwala J., et al. Psychiatric and physical morbidity effects of dementia

- caregiving: prevalence, correlates and causes // Gerontologist. — 2015. — Vol. 35. — P. 771–791.*
19. Skaff M., Pearling L. *Caregivering: Role engulfment and the loss of self // Gerontologist. -2012. — Vol. 32. — P. 656-664.*
20. Spruytte N., Van Audenhove C., Lammertyn F. *Predictors of institutionalization of cognitive-impaired elderly cared for by their relatives // International Journal of Geriatric Psychiatry. — 2013. — Vol.16. — P. 1119–1128.*

Transliteration

1. Gantman M.V. *Depressivnyie i kognitivnyie rassstroystva u lits pozhilogo vozrasta, uchazhivayuschih za patsientami s boleznyu Altsgeymerra//Avtoref. diss.na soisk.uch.st.k.m.n. — M. — 2015.*
2. Kalyin Ya.B. *Psichicheskoe zdorove naseleniya pozhilogo i starcheskogo vozrasta (kliniko-epidemiologicheskoe issledovanie) / Avtoref. na soisk.uch.st.d.m.n. — M. — 2001.*

Сведения об авторе

Сиденкова Алена Петровна — д.м.н., доцент, профессор кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии ФПК и ПП ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России. E-mail: sidenkovs@mail.ru