Психологические особенности пациентов гериатрического стационара, страдающих сочетанной сомато-неврологической патологией

Т.А. Боровкова

И практические врачи, и исследователи сегодня ясно видят, что без знания внутреннего мира пожилых людей невозможно рационально выстроить стратегию и тактику нужной им медицинской помощи. В особенности это касается лиц, страдающих дисциркуляторной энцефалопатией (ДЭ) и у которых, в силу заболевания, меняется отношение к окружающей действительности. Мы сделаем попытку обобщить наблюдения за пожилыми и престарелыми людьми, находящимися на лечении в профильном психоневрологическом гериатрическом стационаре. Не касаясь сугубо профессиональных методов психотерапевтической коррекции, мы попытаемся наметить желательную тактику общения врача общей практики с больными при их ежедневном наблюдении и при проведении консультаций.

Прежде всего отметим, что возрастные психологические изменения у неработающих пожилых лиц часто приобретают деформированный, патологический вид. Известно, что многие старики чаще реагируют тревогой, страхом, депрессией на возникающие изменения и трудности жизни. Возможно появление переживаний, вызванных постепенным ослаблением физических и психических функций [2]. Различные формы реагирования пожилых людей в связи со старением при неблагоприятных жизненных обстоятельствах описывают зарубежные авторы [11]:

1. принятие установки на изоляцию, не всегда вытекающую из внутренней потребности и стремления к одиночеству;
2. гиперкомпенсированное подчеркивание своих возможностей и чрезмерной активности, имеющее целью сохранение прежнего статуса в жизни;
3. реакция отрицания старения, проявляющаяся в наверстывании "жизненной задолженности", в стремлении достичь того, чего не удалось добиться в предшествующие годы;
4. реакция протеста против молодого поколения, критика молодежи, нетерпимость ко всему новому;
5. установка извлечения выгоды из факта старости, например, бегство от ответственности, от принятия решений;
6. депрессивная реакция на фоне мыслей о жизненном поражении, ошибках прошлого.

Интересным представляется тот факт, что описание вышеперечисленных форм реагирования пожилых лиц на окружающий мир во многом сопоставимо с описанием клинико-патопсихологических проявлений ДЭ [9].

У пожилых и престарелых пациентов нередко возникают ипохондрические, фобические и депрессивные настроения [7]. Они начинают все больше внимания уделять своим ощущениям, чрезмерно проявляя заботу о собственном здоровье. Отношение больных старческого возраста к сво-

им заболеваниям отличается не столько их недооценкой, сколько переоценкой. По данным зарубежных исследователей [11], адекватное отношение к собственным соматическим заболеваниям отмечается у 50% пожилых, у 25% наблюдается их недооценка, а у 25% - переоценка соматического недуга. Приведенные цифры очень близки к аналогичным показателям, приводимым для общей популяции.

Согласно нашим наблюдениям [4], об абсолютно адекватном отношении пожилых и престарелых пациентов к своему заболеванию можно говорить лишь в 8-17% случаев. Субъективная недооценка своего недуга отмечена в 8% случаев. У значительного числа больных имеет место явная переоценка тяжести своего состояния и перспектив развития заболевания. Мы склонны предполагать, что такое отношение к болезни зависит не только от имеющихся психических расстройств, связанных с "привычной" для психоневрологических стационаров патологией головного мозга, но и от возрастных особенностей психического реагирования [8].

Анализируя эти особенности, необходимо исходить из изменений структуры личности при физиологическом старении. Оно характеризуется падением активности, снижением эмоционального резонанса, нарастанием упрямства и ригидности [2,7]. Появляющиеся соматические расстройства, неприятные ощущения в теле отвлекают от внешнего мира, усиливают интравертированность. Все это зачастую делает старого человека более тревожным и ипохондричным. Тревоги, опасения, страхи отчасти объясняются реальными биологическими и социальными причинами. Однако нередко они преувеличены. Повышается чувствительность к различным стресс-факторам: так, даже незначительные физические и психические раздражители могут в пожилом возрасте привести к возникновению или прогрессированию различных не только психических, но и соматических заболеваний [8].

Почти всегда в организме пожилого человека одновременно сосуществует несколько заболеваний [1], которые, взаимно дополняя и отягощая друг друга, придают соматическим и психическим страданиям более негативную окраску, а также, в зависимости от личностных качеств больного, усиливают и ярче выделяют некоторые, не всегда лучшие, черты его характера. Разумеется, также часто у пожилых и престарелых пациентов течение их соматического страдания отягощается проявлениями неуклонно прогрессирующей ДЭ [9].

Неблагоприятный социальный фон также имеет значение в развитии, хронизации и прогрессировании соматических недугов у пожилых людей.

Сложны и многообразны личностные реакции на длительное пребывание в стационаре и на свое соматическое заболевание. Для адекватной оценки влияния преморбидных особенностей личности на течение и исходы болезни, а также для успешного воздействия на само заболевание при уже сформированных патологических чертах характера врачу необходимо знать не только закономерности течения и развития такой патологии, но и личностных реакций пациента на нее. Эти психологические, психопатологические особенности пожилых и престарелых лиц, попадающих в изолированные коллективы, которыми являются стационарные отделения лечебно-профилактических учреждений, особенно заметны в случаях соблюдения так называемой возрастной аналогии, т.е. при подборе пациентов отделений, палат по возрастному критерию.

В условиях гериатрического стационара для пожилого человека наиболее психологически значимыми факторами можно считать следующие.

1. Временный выход из семейного образа жизни, из привычной обстановки. В этом есть как определенные положительные, так и отрицательные стороны. Уменьшаются привычные, иногда уже достаточно обременительные бытовые физические нагрузки, но вместе с этим усиливается зависимость от окружающих. Изменяются отношения с родственниками.
2. Установление отношений с лечащим врачом. Одни пациенты настроены на активное взаимодействие с врачом, пунктуально выполняют все его указания, стремятся быстрее выписаться, достаточно контактны и практически не нуждаются в длительных беседах и разъяснениях, в психотерапевтической поддержке. Как правило, это лица с минимальными проявлениями ДЭ. Другие - вялы, ипохондричны, склонны преувеличивать симптомы заболевания, оттянуть срок выписки из стационара. Характерны для них утрата ощущения собственной значимости, чувство ненужности, невостребованности, переживание одиночества, стремление к самоизоляции. Они часто агрессивны, злобны, недовольны всеми окружающими.
3. Гериатрическая клиника, пожалуй, единственное из лечебных учреждений, в котором явственно ощущается влияние "себе подобных". Оно может быть позитивным: так, пожилой человек чувствует себя "равным среди равных", в общении с такими же пожилыми людьми смягчается понятие специфической для старости "возрастной ущербности". С другой стороны, может проявляться негативный принцип взаимоиндукции, основанный на возрастных личностных изменениях и повышенной обидчивости, ранимости пожилых. Особенное значение это приобретает в отношении лечебно-диагностических манипуляций.
4. Имеет огромное значение ограничение свободы. Пожилой человек вынужден временно существовать в непривычных для него условиях общежития. Индивидуальные привычки, вкусы, потребности - все это отходит на второй план. Возникает деформация персонального пространства. Вынужденный отказ от выработанных в течение всей жизни стереотипов поведения, необходимость приспосабливания к окружающим порой делает пациента агрессивным, требовательным, или, наоборот, больной "уходит в себя". Унифицированная пища, унифицированная одежда, унифицированное постельное белье порой угнетают пожилых пациентов больше, чем сама болезнь. Поэтому очень часты обусловленные этим конфликты не только с другими больными, но и с лечащим врачом, персоналом.
С другой стороны, часто поступающие на лечение лица, длительно проживающие в условиях общежития (дома-интернаты, дома ветеранов), наоборот, чувствуют себя "в своей тарелке". Они гораздо быстрее приспосабливаются к изменившимся условиям существования, ими уже преодолен психологический барьер "жизни на виду". Такие больные часто стремятся лечиться как можно дольше, для них приобретает положительную окраску возможность "побыть как все", сменить обстановку на более демократичную. Кроме того, контингент пациентов стационара не только различен, но и порой на порядок выше прежнего по материальному, бытовому и интеллектуальному уровню. Это дает возможность общения не только по вынужденной необходимости, но и в определенной степени по собственному выбору.
5. Необходимость медикаментозного лечения. Во многих случаях проведение различных лечебно-диагностических манипуляций переносится пожилыми больными на удивление спокойно. Играет в этом роль и желание вернуть прежнюю или хотя бы не потерять определенную физическую форму, не стать обузой для себя и ок-

ружающих, вернуться к активному образу жизни. В более редких случаях пациенты, особенно скептически настроенные к лечащему врачу, негативно относятся к назначению диагностических тестов, процедур, считают "навязывание" им лечения ограничением их собственной свободы. При этом сама личность врача, медицинской сестры, лаборанта, санитара может быть включена пациентами в понятие способа или метода воздействия (диагностики, лечения) в качестве одной из его составляющих.

6. Осознание близости окончания жизненного пути. Огромное психологическое значение для развития и дальнейшего течения соматической болезни, а также для развития и прогрессирования изменений личности больного, имеет отношение больного к возможному летальному исходу заболевания.

7. Мощным психологически значимым фактором в формировании отношения пациента гериатрического стационара к своему соматическому страданию, а также к окружающей его действительности, является его социальный статус и профессия, уровень жизни и притязаний до выхода на пенсию. Известно, что люди, продолжающие активно трудиться либо имеющие достаточно высокий интеллектуальный потенциал, менее склонны к патологическим чертам реагирования на свою соматическую болезнь [5]. Они в основном адекватно относятся к своим проблемам, активно взаимодействуют с врачом в ходе лечения и обследования, вместе с этим порой повышенно требовательны, капризны, многократно проверяют профессиональный и интеллектуальный уровень врача. Наоборот, лица низкого социального статуса, имеющие минимальное образование, более реагируют на манеру врача говорить, пошутить, рассказать на обходе что-либо, не вполне относящееся к делу.

8. Пожилые и престарелые люди сегодня в нашей стране, как никакой другой контингент, подвержены влиянию неблагоприятных социальных перемен. Моральная и материальная зависимость зачастую приводят людей на больничную койку не столько для того, чтобы попытаться вернуть утраченное здоровье, но и для того, чтобы получить определенные льготы, группу инвалидности, сэкономить пенсию, получить бесплатный стол и уход. Не только люди социально неадаптированные, но и просто одинокие пенсионеры пользуются этим достаточно часто.

Лица с ипохондрическими, а порой и с истерическими чертами характера в этих ситуациях придумывают себе все новые и новые болезни, предъявляют массу разнообразных жалоб, всячески оттягивают срок выписки, а иногда даже специально не принимают назначенное лечение для того, чтобы усугубить клинику имеющегося соматического страдания. Они часто агрессивны, склочны, недовольны лечением, уходом, плаксивы, склонны к аффективным вспышкам. В этих условиях становится особенно важным индивидуальный подход к больному, учитывающий не только особенности его заболевания, но и социально-психологические аспекты его личности, проблемы жизненной ситуации.

Вообще, забота о здоровье у пожилых пациентов тем более выражена, чем более сохранен их интеллектуальный потенциал и возможность творческого труда. Необходимым компонентом общения в данной ситуации становятся длительные собеседования, позиция сострадания и поддержки, принятие личностных, характерологических особенностей собеседника без активного вмешательства и с очень тактичной коррекцией его, порой не вполне адекватного, поведения [6]. Также важно не выделять отдельного больного из общей массы. Несоблюдение этой рекомендации способствует нарастанию негативиз-

ма по отношению к лечащему врачу, снижению эффекта лечения и нарастанию напряженности в отношениях между больными в пределах одной палаты как изолированного коллектива [3,10].

Таким образом, изучение психологических особенностей пациентов гериатрической клиники и учет данных особенностей в процессе диагностики и лечения их многочисленных заболеваний имеет не меньшее значение, чем изучение анамнеза и клинических вариантов имеющейся патологии. Невозможно, не учитывая личностные изменения при ДЭ, усугубляющиеся проявлениями соматической патологии, лечить пожилого пациента только медикаментозно. Только сочетанное воздействие на соматическое и психологическое определяет успех лечения больных в пожилом и старческом возрасте.

Литература:

1. Боровкова Т.А. Клинико-патогенетические сопоставления, диагностика и лечение полиорганного атеросклероза в возрастном аспекте. – Дис. ... канд. мед. наук. – Екатеринбург, 1999. – 168 с.
2. Квасенко А.В., Зубарев Ю.Г. Психология больного. - Л.: Медицина, 1980. - 184 с.
3. Лещинский Л.А. Деонтология в практике терапевта. - М.: Медицина, 1989. - 208 с.
4. Мякотных В.С., Боровкова Т.А., Баталов А.А. Психологические особенности пациентов гериатрического стационара / / Успехи геронтологии. – 1999. – С. 150 – 154.
5. Мякотных В.С., Стариков А.С., Хлызов В.И. Нейрососудистая гериатрия. - Екатеринбург: Наука, 1996 - 320 с.
6. Семеновских С.В. Особенности психотерапии в условиях гериатрического стационара. //Материалы межобластной научно-практической конференции. - Екатеринбург: Издательство УГМА, 1999. - С. 90.
7. Сергеев И.И. Психогенное патологическое развитие личности в позднем возрасте // Ж. невропат. и психиатр. - 1986. - № 11. - С. 1655 - 1659.
8. Ташлыков В.А. Психология лечебного процесса. - Л.: Медицина, 1984. - 192 с.
9. Шмидт Е.В. Классификация сосудистых поражений головного и спинного мозга // Ж. невропат. и психиатр. - 1985. - №9. - С. 1281 - 1288.
10. Эльштейн Н.В. Общемедицинские проблемы терапевтической практики. - Таллин: Валгус, 1983. - 248 с.
11. Oxford Textbook of Geriatric Medicine / Ed. J.G. Evans a. T.F. Williams. - Oxford - New-York - Tokyo: Oxford University Press. - 1992. - 756 p.