

Атрофические деменции у пожилых и старых людей

Р.С. Яцемирская, Л.Н. Хохлова

Сейчас, в начале XXI века есть все основания говорить, что прошедший XX век определил две важные тенденции в развитии современной человеческой цивилизации, о которых в прошлом веке никто не мог даже помыслить и перед которыми практически все страны оказались неподготовленными:

- глобальное старение населения и увеличение продолжительности жизни;
- повсеместное разрушение традиционной многочленной и трехпоколенной семьи.

Не приходится сомневаться в том, что увеличение доли пожилых и старых людей в общей структуре населения и количества лиц особо преклонного возраста, 85 лет и старше, заставляет все страны задуматься над демографической ситуацией и оценивать масштабы медицинской, социальной и правовой помощи, в которой нуждается старшее поколение.

Некоторые демографы высказываются в этом отношении очень категорично. «Демографический переход породил на короткое время возрастную структуру, в которой баланс между поколениями сложился таким образом, что значительно преобладающая часть общества в трудоспособном возрасте с легкостью материально обеспечивала очень небольшую и медленно растущую часть общества в пожилых возрастах посредством межпоколенных социальных трансфертов (налогов). Социальный альтруизм и государственный патернализм “социально ориентированных” государств в значительной степени опирался именно на эти временно сложившиеся в послевоенную фазу экономического подъема

(1945—1965 г.г.) демографические реалии, хотя этот факт редко осознавался политиками и обществом в целом. «Отрезвление» пришло лишь в последние два десятилетия и поначалу было только среди узких специалистов в наиболее развитых странах».

Именно в эти же годы все большую тревогу и беспокойство стал вызывать рост числа психических заболеваний среди населения старших возрастов, увеличение числа лиц с тяжелыми старческими деменциями. Хотя истинный объем потребностей пожилых и старых людей в психиатрических услугах и лечении полностью определить невозможно, тем не менее, большинство исследователей данной проблемы указывают на то, что серьезными психическими расстройствами страдают 5% пожилых людей в возрасте от 65 лет до 80 лет и более чем 20% пожилых людей в возрастной группе старше 80 лет.

Почти все исследователи единогласно свидетельствуют о том, что психиатрическое обслуживание старых людей не ведется должным образом и они не получают необходимой психиатрической помощи. По мнению американских авторов, иногда проходят годы от появления первых симптомов психического заболевания у старого человека до получения им специализированной помощи. Н. Дельпере подчеркивает, что в настоящее время в странах ЕЭС 30 млн. человек страдают от серьезных и длительных заболеваний физического и психического характера, а среди них 10 млн. человек — лица преклонного возраста.

Психическое здоровье — одна из составляющих общего понятия здоровья и может быть индивидуальным и общественным (популяционным).

Индивидуальное психическое здоровье — способность здорового человека в любом возрасте развиваться, совершенствоваться и адаптироваться к изменяющим условиям жизни.

Общественное психическое здоровье — это уровень психического здоровья общества (нации, популяции), характеризующийся распространенностью в нем психических заболеваний, алкоголизма, наркомании, умственной отсталости, различных форм деструктивного поведения, в том числе суицидального и агрессивного, соотношение между психически здоровыми и больными людьми.

Общеизвестно, что психические заболевания в старости достаточно разнообразны, но в большинстве своем неспецифичны в связи с тем, что старость накладывает особый отпечаток на все физиологические и психические процессы, а также на все

органические процессы в центральной нервной системе. В свою очередь «старческое оформление» получают и различные заболевания, а также все болезни, которые были приобретены в молодом и зрелом возрасте.

Однако старые люди чаще всего не обращаются по собственной инициативе за психиатрической помощью в связи с разнообразными психическими проблемами, так как либо совсем не осведомлены о предоставляемых психиатрических услугах, либо испытывают страх и недоверие, вызванные, вероятно, никогда не преодолимыми предрассудками по поводу психического здоровья. Более того, в большинстве своем старые люди полагают, что старческая деменция и другие психические отклонения — неизбежные спутники старения. Некоторые авторы указывают, что в сравнении с остальным населением лица старших возрастов обращаются к психиатрам в 2 раза реже: 7 посещений на 10000 человек против 16 посещений в группах более молодого возраста, тогда как, вне всякого сомнения, старые люди в большей мере нуждаются в психиатрической помощи.

Как известно, под собственно психическими болезнями (*Mentis alienatio* — сумасшествие) понимают такое изменение деятельности головного мозга, при котором психические реакции резко и грубо противоречат реальным отношениям. В здоровом состоянии решения, суждения, чувства, вызванные внешними побуждениями, находятся в гармонической связи с реальным миром.

Патологическое состояние головного мозга может привести и к легким изменениям психики, без расстройств отражения реального мира и существенного изменения поведения (*Mentis aberratio* — простое отклонение психической деятельности от нормы).

В соответствии со степенью нарушения психической деятельности головного мозга все психические болезни и психические расстройства имеют следующие 3 уровня:

- психотический;
- невротический;
- психопатический.

Психотический уровень — это такое болезненное состояние, при котором больной неадекватно оценивает себя, окружающую обстановку, отношение внешних событий к нему и к его ситуации, сопровождающееся нарушением психических реакций, поведения и дезорганизацией личности. По существу речь идет о психозе. Психоз —

болезненное расстройство психики с возникновением несвойственных нормальной психике патологических явлений (галлюцинаций, бреда, психомоторных и аффективных расстройств).

Невротический уровень расстройств психической деятельности характеризуется сохранностью правильной оценки собственного состояния как болезненного, правильным поведением и наличием расстройств в сфере вегетативных и аффективных проявлений. Некоторые психиатры рассматривают невротический уровень расстройств психики как нарушение произвольной адаптации, другие — как хроническое или рецидивирующее психическое расстройство в виде тревоги, страха, навязчивости, сексуальных нарушений.

Психопатический уровень психических нарушений характеризуется стойкой дисгармонией личности, выражающейся в нарушении адаптации к окружающей среде из-за чрезмерной аффективности и аффективной оценки окружающего. Психопатический уровень психических нарушений может существовать у больного всю жизнь или возникать в связи с перенесенными заболеваниями, при аномалиях развития личности.

Не подвергается сомнению убеждение в том, что в формировании психосоциального статуса человека на разных этапах его взросления основная роль принадлежит личности, темпераменту и характеру, недаром практически все психиатры и психологи относят психические расстройства к заболеваниям личности. Особенно это проявляется в старости. Исходя из данной точки зрения, Ю.И. Полишук выделяет три вида старости:

1. Счастливая старость характеризуется умиротворенностью, мудрой просветленностью мировосприятия и мироощущения, созерцательностью и самообладанием, которая наступает не только в результате накопленного жизненного опыта, но и ослабления влияния аффектов, эмоции на психическую жизнь и развитие витальной (жизненной) астении. Это наблюдается всего в 8 % случаев в возрасте от 70 лет до 90 и старше. Все эти старые люди были гармоничными личностями на протяжении всей их долгой жизни.

2. Несчастливая старость обуславливается повышением уровня личностной тревоги, тревожной мнительности по поводу своего физического здоровья при наличии ряда соматических нарушений, хотя и не очень серьезных, а также по поводу здоровья и благополучия близких. Эта старость свойственна личностям, склонным к частым сомнениям, с неуверенностью в себе, будущем, страхом смерти и наблюдается у 71 % старых людей.

3. Психопатологическая (психотическая) старость проявляется возрастными органическими нарушениями личности, психики и поведения с невротенноподобными, психоподобными, психоорганическими расстройствами вплоть до деменции. Таких старых людей — 21 %. Интересно, что в этой группе старых людей не удалось выделить какого-либо значительного преобладания личностных особенностей, но зато у всех у них обнаруживалась причина психического заболевания — органическое поражение головного мозга, приводящее к деменции (слабоумию).

Около 30 лет тому назад один из основоположников отечественной геронтопсихиатрии Э.Я. Штернберг писал, что «систематизация встречающихся в позднем возрасте психических расстройств представляет очень сложную задачу». Другие известные психиатры высказывали мнение, что для психиатрии старческого возраста вообще не применима система психиатрической классификации, которая основывается на данных, полученных у более молодых больных. Чаще всего используется анатомический признак:

- заболевания с преимущественно психоорганическими проявлениями;
- заболевания с преимущественно не психоорганическими проявлениями;
- острые состояния психической спутанности.

Известный отечественный геронтопсихиатр Н.Ф. Шахматов все психические заболевания, наблюдающиеся в пожилом и старческом возрасте, делил на две большие группы:

- болезни, неспецифичные для старости и регистрируемые во все возрастные периоды: шизофрения, маниакально-депрессивный психоз, неврозы, психопатии, травмы, опухоли головного мозга и другие, как эндогенного, так и экзогенного происхождения. Эти заболевания, начавшись в более раннем возрасте, сопровождают больного до самой старости, но могут впервые проявляться в позднем возрасте;
- собственно возрастные психические заболевания позднего возраста, не наблюдающиеся в более молодые возрастные периоды. Эти психические заболевания являются либо следствием органического поражения головного мозга, либо являются специфическими реакциями на особом возрастном органическом фоне.

В данном случае внимание будет сосредоточено именно на второй группе психических расстройств, прежде всего потому, что как показывают исследования последних лет, среди населения старших возрастов отмечается постоянный рост числа психических заболеваний, сопровождающихся деменцией. Более того, некоторые геронтопсихиатры говорят уже о том, что рост деменций в старческом возрасте приобретает характер эпидемии.

Увеличение лиц старших возрастов в общей структуре населения и особенно очень старых, которые представляют собой группы выраженного риска, как в отношении физической беспомощности, так и наличия самых различных психических нарушений, поставило задачу ухода за старыми людьми на одно из самых первых мест. В 1998 г. ООН, определяя основные темы исследований в области старения, наиболее выраженный интерес проявила к теме «Долгосрочный уход за пожилыми и их институализация». Эта тема включала в себя вопросы медицинского (в том числе и психиатрического) обслуживания, а также повседневного ухода за пожилыми по месту жительства.

И здесь обнаружилась вторая, может быть, самая отрицательная тенденция в развитии человеческой цивилизации, которую оставил ушедший XX век. Оказалось, что «традиционно интегрированное семейство прошлых веков вплоть до начала 20 века уже представляет большую редкость», на смену ему пришла простая нуклеарная семья, «атомизированное общество». В специализированной литературе последнего 50-летия все чаще стали появляться утверждения, что в современном мире семья вообще разваливается, она становится малочисленной, состоит из родителей и несовершеннолетних детей, которые, вырастая и женившись, образуют новую семью, оставляя родителей доживать свою жизнь в одиночестве. Кроме того, утверждается, что женатые дети все меньше хотят и могут оказывать своим одиноким родителям материальную помощь, не говоря уже о физическом уходе за ними. О. Осколкова, анализируя ситуацию в странах ЕЭС, подчеркивает, что такова повсеместная тенденция, хотя по масштабам и по времени, в разных странах существуют определенные различия. По ее мнению, природа семейных отношений меняется, тенденция разобщения членов семьи разных поколений не вызывает сомнения и трансформация семьи в высшей степени неблагоприятна для старшего поколения. В свою очередь известно, что только 25 % старых людей желают жить совместно с

семьями своих взрослых детей, причем в основном это больные и беспомощные, которые не имеют сил или средств к самостоятельному существованию.

Для всех стран очень важным является соотношение государственной (формальной) и неформальной (родственники, общественная и конфессиональная благотворительность) составляющих в организации ухода за старыми людьми. Это связано с тем, что, проявив заботу о пожилых и считая ее приоритетной в своей социальной политике, государство оказалось не в состоянии справиться со всеми проблемами, когда старшее поколение становилось все многочисленнее в общей структуре населения. В свою очередь несостоятельность государственной системы здравоохранения проявляется в том, что все внимание сосредоточено на более или менее приемлемом физическом уходе, оказании медицинской помощи в самых неотложных случаях, оставляя потребности старых людей в психиатрическом обслуживании и помощи на втором плане.

С другой стороны, все большее распространение получает мнение, что одной из причин, обуславливающих трудности в обеспечении психического здоровья и профилактике старческих деменций, является малочисленность специалистов, имеющих профессиональную подготовку, необходимую для ухода за этой категорией старых людей, и заинтересованных в данном виде работы. В свою очередь общеизвестно, что все более распространяется негативное отношение со стороны медиков и психиатров к старым людям и отсюда — ограниченность доступности психиатрических услуг и ухода. Актуальным в настоящее время является высказывание выдающегося советского геронтолога И.В. Давыдовского, сделанного почти 40 лет тому назад, «диагноз старческое слабоумие, как и старческий маразм», «старческий кретинизм» часто является «неряшливым» диагнозом, который ставится на ходу, без серьезного исследования. Однажды поставленный диагноз старческой деменции оказывается в дальнейшем неустранимым. Наш современник академик РАМН и РАН А.И. Воробьев в одном из своих выступлений заявил: «Мне представляется, что уровень санитарной культуры в нашей стране сейчас резко упал по сравнению с тем, что было при Советской власти. Негласно, но существует возрастной лимит для госпитализации. Прямо в лоб могут сказать: а что вы хотите в семьдесят-то лет? Вы хотите быть здоровым? Это стало какой-то патологической нормой поведения».

Согласно докладу ВОЗ (1990), в котором приводились данные о 48 наиболее распространенных в мире заболеваниях, психическими расстройствами на то время было поражено более 200 млн. человек всех возрастов, а между тем в большинстве стран мира и тогда и сейчас ощущается острая нехватка специалистов — психиатров для оказания специализированной помощи. В этом контексте интерес представляют данные, полученные в США еще в 1978 г., и которые свидетельствуют о том, что в системе служб психического здоровья только 9,5 % составляли психиатры, 27,6 % — дипломированные медицинские сестры, 18,3 % — социальные работники, 10,7 % — психологи. Главным же явился вывод, что особую значимость в данной медицинской области имеют профессиональные медицинские сестры, имеющие разрешение на медицинскую практику, и специально обученные сиделки.

Известно, что до середины XX века обучение среднего медицинского персонала уходу за психическими больными проводилось непосредственно в психиатрических клиниках и зависело от условий и подходов, преобладающих в соответствующих лечебных учреждениях. В этих психиатрических клиниках стремились обеспечить постоянный приток квалифицированного медицинского персонала в соответствии с потребностями учреждения, где в процессе работы медицинские сестры обучались основам психиатрической помощи и ухода за психическими больными.

Введение изучения медсестринской психиатрической помощи в качестве специализации, приобретаемой по окончании базового общего курса, началось в конце 40-х годов в США и было обусловлено тремя социальными факторами:

- накопление новых знаний, относящихся к данной области;
- технический прогресс;
- реакция на нужды и запросы общества.

Программа обучения включала участие среднего медицинского персонала в формировании геронтологической политики государства по укреплению психического здоровья; изучение биологических основ поведения; социальной психологии; социологии, нормальной физиологии, и, конечно, психиатрии, а вся деятельность медицинских сестер должна была базироваться на гуманистическом, холистическом (целостном) подходе к оказанию помощи, как глубинной сути их профессиональной практики.

За последние 20 лет, по мнению ВОЗ (1999) во всем мире «традиционная роль психиатра как центральной фигуры в предоставлении психиатрического обслуживания меняется». Четкие диагностические методы и критерии, описанные в DSM-III-R и МКБ-10 внесли огромный вклад в унификацию диагноза во всем мире и позволили их использовать там, где консультация психиатра недоступна. В свою очередь их успешно можно использовать для обучения медицинских сестер методике диагностирования психических нарушений, а компьютерные интервью людей всех возрастов по поводу их здоровья, в том числе и психического, воспринимаются нередко более благоприятно, чем непосредственный контакт с психиатром. Роль психиатров в таких случаях может быть сведена лишь к рассмотрению сомнительных и сложных, проблематичных случаев либо к проверке и подтверждению компьютерного диагноза. Так или иначе, но психиатры уже не будут нести единолично исключительную ответственность за диагностику в психиатрии. Уже сейчас, по данным ВОЗ, психиатры непосредственно отвечают только за одного из пяти пациентов.

Все изложенное представляется актуальным и для Российской Федерации начала XXI века, где радикальные крупномасштабные перемены в стране не могли не оказать пагубное влияние на психическое состояние ее населения. Об этом более чем наглядно свидетельствует рост психической заболеваемости с 1991 г. по 2001 г. почти на 50 %. Нужно признать, что в этом повинны не столько последствия социально-экономического кризиса, сколько разрушение всей структуры здравоохранения, разгром терапевтической и реабилитационной возможностей психиатрической службы, которая практически оказалась на грани исчезновения. К 2001 г. частота самоубийств повысилась до 39,6 на 100 000 населения, тогда как в 1990 г. она была 26,4 на 100000 населения, критический уровень, установленный ВОЗ, составляет 20 на 100 000 человек.

В 1993 г. был принят новый закон «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», в результате чего была изменена система учета и наблюдения за психическими больными, порядок психиатрического освидетельствования и госпитализации в психиатрические больницы.

Итак, конец XX века принес повсеместное понимание того, что помощь людям, страдающим психическими заболеваниями требует не только научного, междисциплинарного, но и нового организационного подхода, позволяющего встроить в государ-

ственную структуру здравоохранения целый комплекс услуг, необходимых для данной категории населения. Именно с этих позиций можно рассматривать медицинских сестер, имеющих специальную подготовку в области психиатрии, как единственных профессионалов данного профиля, которые круглосуточно несут ответственность за пациентов в условиях психиатрических учреждений, а также оказывают первичную психиатрическую помощь и наблюдают за результатами лечения вне стационаров и в домашних условиях.

С учетом того, что основная масса пожилых и старых людей с различными формами органических деменций остаются вне поля зрения психиатров и практически не получают необходимую им психиатрическую помощь, есть основание полагать, что медицинские сестры, получающие еще более узкую специализацию, геронтопсихиатрическую, в значительной степени смогут удовлетворять потребности населения старших возрастов в психиатрическом обслуживании.

Известный советский геронтолог В.В. Фролькис писал, что «старость тихо и незаметно подкрадывается к человеку. В общей довольно пестрой картине изменений, развивающихся при старении, особое значение имеют сдвиги в психике, поведении человека, изменения в отношении к окружающим событиям. Критическая оценка этих сдвигов делает их порой мучительными для человека, а некритическое отношение к ним — неприятно для окружающих». В этом высказывании известного геронтолога отражен основной симптом дементирующих органических заболеваний головного мозга — неосмысление старыми людьми, происходящих с ними психических изменений.

Э.Я. Штернберг выделял две большие группы психических заболеваний головного мозга, обусловленных разным характером органического поражения головного мозга:

- атрофические процессы;
- сосудистые заболевания.

В свою очередь в группе атрофических заболеваний головного мозга выделяются две подгруппы по возрасту манифестации (начала):

- предстарческие, пресенильные, то есть возникающие в возрасте 50—55 лет и даже ранее;
- старческие (сенильные).

Первую подгруппу составляют так называемые пресенильные деменции: болезнь Альцгеймера, болезнь Пика, хорея Гентингтона и болезнь Паркинсона, последние три болезни относят еще к группе системных атрофий головного мозга, или наследственно-дегенеративных заболеваний, которые манифестируют в разные возрастные периоды и сопровождаются не только психическими нарушениями, но и неврологическими расстройствами.

Во вторую группу относят старческую, сенильную деменцию и болезнь Альцгеймера. Тот факт, что болезнь Альцгеймера относят сразу в две группы атрофических заболеваний головного мозга объясняется довольно сложным характером этого заболевания, с одной стороны, а с другой, — в какой-то мере до настоящего времени неоднозначными взглядами на нозологическую самостоятельность данной формы атрофии головного мозга.

Многие психиатры считают, что в диагностике психических заболеваний у старых людей существуют значительные расхождения, которые наблюдаются даже при органических деменциях, при которых более всего совпадают диагностические критерии. По данным некоторых авторов, расхождение диагнозов при органических деменциях составляют от 1,1 % до 5,7 %. Однако, большинство психиатров вообще считают, что провести при жизни клиническую диагностику пресенильных деменций невозможно и объединяют все атрофические заболевания головного мозга в одну деменцию болезнь — Альцгеймера, которая в последние десять лет стала чуть ли самой известной во всей психиатрии благодаря бывшему президенту США Рейгану, который сам сообщил американской общественности о своем психическом заболевании. Нужно сказать, что увлечение и охлаждение болезнью Альцгеймера в США прослеживаются на всем периоде изучения атрофии головного мозга, но самые авторитетные наши отечественные психиатры (С.Г. Жислин, Н.Ф. Шахматов, Э.Я. Штенберг, Ю.Е. Рахальский и др.) всегда отстаивали нозологическую самостоятельность перечисленных деменций, обосновывая свою точку зрения именно присущим каждой из них клиническим своеобразием, стереотипом развития, наличием свойственных каждой из деменций корковых и других неврологических симптомов в сочетании с прогрессирующим слабоумием.

Важно отменить многообразие психических расстройств при заболеваниях, которые имеют один общий исход — деменцию. Нельзя подходить упрощенно, поддаваясь влиянию какой-либо

одной научной идеи или научного подхода к трактовке тех или иных микро — макро морфологических и других находок. В свою очередь клиническое своеобразие данных деменций предстарческого и старческого возраста в значительной степени обуславливает и особенности ухода за этими больными.

Однако невозможно отрицать и того, что в целом все эти заболевания имеют общие клинические и биологические характеристики:

- медленный, малозаметный и постепенный характер начала заболевания;
- хроническое и неуклонно прогрессирующее течение;
- необратимость болезненного атрофического процесса, обуславливающая неблагоприятность прогноза;
- появление на разных этапах заболевания различных неврологических симптомов;
- общий всем формам характер основного морфологического процесса атрофия головного мозга разной степени и топике.

Психиатры XIX века называли все психические заболевания в старческом возрасте сенильной деменцией, старческим, сенильным психозом подчеркивая тем самым прямую связь прогрессирующего распада психической деятельности и развитие тотального слабоумия именно с глубокой старостью. Нужно отметить, что это атрофическое заболевание головного мозга и до настоящего времени многими рассматривается как завершающий этап физиологического процесса старения, неизбежный при очень долгой жизни.

Средний возраст начала заболевания 70—78 лет и старше, исследования показали, что сенильная деменция может впервые быть обнаружена у долгожителей, т.е. после достижения 90 лет и старше. Чем в более позднем возрасте начинается сенильная деменция, тем благоприятнее она протекает.

Начало сенильной деменции очень незаметно, постепенно и практически диагностировать это заболевание на самых ранних этапах не представляется возможным потому, что между физиологическим психическим старением и проявлениями органической деменции в старости имеются лишь количественные различия. Более того, разнообразные психические изменения, которые описываются как проявления психического физиологического

старения, по существу не отличаются или отличаются только по степени выраженности от психопатологических феноменов, которые возникают как симптомы начальной стадии атрофического процесса. Обычно подозрение на заболевание возникает тогда, когда происходит сенильная перестройка личности, когда происходит карикатурное заострение характерологических особенностей в виде так называемой сенильной психопатизации: ригидность и огрубение личности, сужение круга интересов, нарастающая шаблонность взглядов и высказываний, нарастание эгоцентризма, угрюмое и мрачное настроение, недоброжелательство и настороженность в отношении близких, подозрительность. И в то же время снижение критики, легковёрность, повышенная внушаемость, расторможенность низших инстинктов, прожорливость, склонность к половым перверзиям, бродяжничество, попрошайничество, собирание всякого хлама и т.п. Именно эти личностные изменения являются возможным диагностическим критерием сенильной деменции. В это же время наблюдаются и различные психотические состояния, чаще всего представленные бредом преследования, ущерба, воровства; какой-либо стойкой систематизации бредовых переживаний нет, а сама фабула крайне примитивна и довольно быстро распадается, и вскоре больные просто забывают свои бредовые подозрения.

Центральное место в развитии заболевания занимают расстройства памяти, которые развиваются по закономерностям прогрессирующей амнезии, установленным еще французским психологом Рибо в 1881 г.: от более сложного, поздно приобретенного и менее закрепленного, к рано приобретенному, более организованному и автоматизированному. Нарушения запоминания приводят к фиксационной амнезии, которая приводит к амнестическому дезориентированию в хронологии и во времени, а затем в окружающей обстановке, и, наконец, — в собственной личности.

Одним из наиболее ранних признаков прогрессирующей амнезии является агнозия (не узнавание) пальцев рук: больная самостоятельно назвать пальцы рук не может, но правильно показывает при назывании их исследователем. Постепенно происходит полное опустошение памяти и на выраженной стадии больные уже не могут дать о себе никаких сведений, полная аутопсихическая дезориентировка, крайним выражением которой является симптом зеркала — больные не узнают своего отражения в

зеркале. Провалы в памяти заполняются вымыслами — конфабуляциями, в которых отражаются разорванные воспоминания о прошлом и собственной личности в далеком прошлом. Наряду с этим возникают ложные узнавания: больные узнают в окружающих своих давно умерших родственников, происходит “сдвиг в прошлое”, а внешнее поведение больных соответствует этому уходу в прошлое, что было названо С.Г. Жислиным “старческим делирием”. По мере развития заболевания угрюмо-мрачный аффект иногда даже с депрессивными высказываниями сменяется благодушно-бессмысленной эйфорией. На этом этапе сомнений в диагнозе, как правило, не возникает. Больные полностью забывают свои прежние бредовые переживания, болтливости, псевдодеятельности, нарушается формула сна: днем спят или пребывают в дремотном состоянии, а ночью, напротив, бодрствуют, бродят по квартире или палате, собирают вещи в узлы, “собираются в дорогу”. По мере нарастания деменций происходит полный разрыв между мышлением и речью, которая становится бессодержательной, лишенной смысла болтовней, но полного распада речи не бывает. В терминальной стадии больные становятся прозорливыми, неряшливыми и неопрятными, нарастает физическая беспомощность, в стадии маразма — обездвижены, лежат в эмбриональной позе, по существу это — “вегетативный образ жизни”.

Из неврологической симптоматики у больных сенильной деменцией отмечается лишь сенильный тремор, сопровождающийся изменением почерка, старческой походкой, которая становится шаркающей, семенящей.

Прогноз заболевания определяется как прогрессирующим распадом психики, так и общим старческим одряхлением, к которому присоединяются различные соматические заболевания, эндокринные нарушения, которые в конце концов приводят к смерти.

Болезнь Альцгеймера — развивающееся преимущественно в предстарческом возрасте атрофическое заболевание головного мозга, которое сопровождается нарушениями высших корковых функций и приводит к тотальному слабоумию — афато-апракто-агностической деменции. Оно впервые было описано психиатром А. Альцгеймером в 1907 г. у 51-летней женщины. Заболевание отличается достаточно выраженным постоянством стереотипа развития и особой устойчивостью к различным экзогенным факторам. Заболевание начинается исподволь, незаметно и неуклонно прогрессирует.

Выделяют два варианта этой атрофической деменции:

- с началом в пресенильном возрасте и относительно быстрым развитием всего стереотипа клинической картины и ранним присоединением очаговых неврологических расстройств;
- с началом в раннем сениуме (65—70 лет) с продолжительным инициальным (начальным) этапом и более поздним присоединением очаговой симптоматики.

Центральное место в клинической картине болезни Альцгеймера занимает распад памяти, который также следует закономерностям прогрессирующей амнезии. Нарушение запоминания и возможности усвоения новых знаний и опыта в сочетании с прогрессирующим распадом прошлых запасов памяти являются фоном, на котором развиваются расстройства внимания, осмысления и восприятия окружающего. Все очаговые расстройства постепенно вырастают из забывчивости, нарушения внимания: больные постепенно забывают привычные навыки, “разучиваются” выполнять привычные и даже автоматические действия, ничего не могут делать — полная апраксия; разучиваются разговаривать — полная афазия. В дальнейшем присоединяются расстройства и полный распад высших корковых функций: письменной речи — аграфия; чтения — алексия; счета — акалькулия; расстройства восприятия пространственных отношений и оптического внимания — агнозия.

Вместе с тем больные довольно долго сохраняют личностные обязанности, чувство измененности, собственной неполноценности и адекватное эмоциональное реагирование на болезнь. Поэтому у больных с болезнью Альцгеймера часто обнаруживаются различной степени выраженности депрессивные расстройства, своеобразная растерянность. Часто наблюдающиеся состояния психической спутанности, психомоторного возбуждения ухудшают не соматическое состояние, а свидетельствуют об усилении прогрессирующего процесса.

На поздних этапах заболевания развиваются эпилептические припадки, обычно единичные. В это время наблюдаются различные подкорковые расстройства: самые разнообразные гиперкинезы. В терминальной стадии болезни наряду с тотальным распадом психической деятельности и полной беспомощностью у больных отмечаются резкое повышение мышечного тонуса с вынужденной эмбриональной позой, кахексией, эндокринные нарушения в виде

маскулинизации у женщин, насильственные гримасы плача и смеха, хватательные и оральные автоматизмы.

При болезни Альцгеймера наблюдается тотальное разрушение всей психической деятельности человека, что делает именно эту атрофическую деменцию самой злокачественной и самой тяжелой. С другой стороны, только при болезни Альцгеймера в полной степени и последовательно разворачивается стереотип развития атрофии головного мозга.

Болезнь Пика — прогрессирующее нейродегенеративное заболевание головного мозга, развивающееся в пресенильном возрасте и проявляющееся в постепенном развитии тотального слабоумия, характерными нарушениями высших корковых функций и неврологическими расстройствами.

Впервые это заболевание было описано в 1892 г. пражским психиатром А. Пиком.

Средний возраст, в котором начинается заболевание — 50—56 лет, в старческом возрасте заболевание начинается крайне редко. Заболевание обычно протекает незаметно, развитие болезни постепенное, медленное, но в литературе описаны случаи очень острого развития всего стереотипа заболевания.

Главной отличительной особенностью болезни Пика является развитие уже на самых ранних этапах заболевания глубоких личностных изменений. В то же время функции интеллекта (запоминание, репродуктивная память, внимание, ориентировка) и автоматизированные формы психической деятельности (счет, письмо и др.) нарушаются относительно медленно.

Изменения личности на начальной стадии заболевания зависят от локализации атрофического процесса:

- при атрофии лобных долей наблюдаются бездеятельность, вялость, апатия и безразличие, эмоциональная тупость, аспонтанность. На этом фоне постепенно прогрессирует оскудение речевой, психической и двигательной активности, рано выступают стереотипы речи и поступков. Нередко в этих случаях возникает подозрение на опухоль или травму головного мозга;
- при атрофии в орбитальной (базальной) коре развивается псевдопаралитический синдром, который характеризуется постепенной утратой чувства дистанции, такта, нарушением нравственных установок, расторможенностью низших влечений, эйфорией, экспансивностью, а иногда и

импульсивностью, выявляются грубые нарушения мышления (суждения, обобщения, умозаключения) при отсутствии грубых нарушений памяти и ориентировки.

Нужно отметить, что нарушения памяти обычно на начальных этапах “кажущиеся”, в основном обусловлены безучастностью и аспонтанностью, больные просто “не хотят отвечать на вопросы”. По мере развития болезненного процесса клиническая картина приближается к тотальному слабоумию, то есть разрушается память, нарушается ориентировка, но даже на самых поздних этапах заболевания порой удивительно долго сохраняются некоторые виды элементарной ориентировки или остатки способности к запоминанию.

Очаговые кортикальные расстройства — обязательные проявления болезни Пика. Нарушения речи выявляются уже на самых ранних этапах заболевания, причем это, прежде всего постепенное обеднение речи и появление речевых стереотипий. При поражении лобных долей — своеобразное нежелание говорить, вплоть до полной речевой аспонтанности; интересно, что при этом на более поздних этапах у таких больных обнаруживается насильственное говорение или пение. Могут наблюдаться амнестические и сенсорные афазии. Очень часто наблюдается эхолалия, т.е. повторение услышанных слов или последних слов вопроса и т.д. Довольно часто увеличивается удельный вес речевых стереотипов, “стоячие обороты”, “синдром граммофонной пластинки”, стереотипии письма, но выраженных расстройств моторной деятельности, и праксиса, не наблюдается.

Психические расстройства встречаются довольно редко, на ранних этапах заболевания, чаще всего это неразвернутые бредовые идеи, галлюцинаторно-бредовые расстройства, которые по мере развития деменций превращаются в стоячие обороты, теряя какую-либо смысловую нагрузку. При псевдопаралитическом варианте отсутствуют бредовые идеи величия. Нужно отметить, что полная тотальная деменция при болезни Пика развивается довольно быстро.

Эпилептических припадков, как правило, не бывает, но неврологические расстройства чаще всего представлены паркинсоноподобным синдромом, экстапирамидными гиперкинезами.

Исходное состояние при болезни Пика характеризуется глобальной деменцией с тотальным распадом речи, праксиса, узнавания, развитием маразма и беспомощностью. Прогноз болезни неблагоприятный.

Хорея Гентингтона — прогрессирующая хроническая наследственная хорея. Это форма атрофически-дегенеративного заболевания головного мозга, которая возникает в среднем и пожилом возрасте, проявляется генерализированными хореатическими гиперкинезами и другими неврологическими расстройствами и сопровождается различными психическими нарушениями. Заболевание было впервые описано в 1872 г. англичанином Гентингтоном, который и определил его наследственный характер.

Средний возраст к началу клинически выраженного заболевания — 44–47 лет. При хорее Гентингтона нет выраженного стереотипа развития болезни.

На начальных этапах заболевания наблюдаются отклонения в поведении психопатического характера. Они могут быть представлены тремя основными типами личностных аномалий:

- возбудимые, взрывчатые, злобные, стеничные, эпилептоидные;
- истерические, капризные, склонные к театральному поведению, аффективно лабильные;
- замкнутые, аутистичные, эмоционально холодные, шизоидные.

В период развернутых проявлений заболевания стеничные, эпилептоидные черты усиливаются, в то время как истерические, напротив, сглаживаются. На более поздних этапах заболевания стираются личностные особенности больных, и развивается выраженное эмоциональное притупление с преобладанием благодушно — эйфорического настроения. Обычно заболевание прогрессирует сравнительно медленно, причем оно не всегда бывает тотальным, иногда развитие деменций надолго приостанавливается, что сообщает хорее Гентингтона относительную доброкачественность развития слабоумия. Некоторые больные могут долго или постоянно оставаться вне больницы и выполнять несложную привычную работу. Деменция при этом заболевании отличается долго сохраняющейся способностью обслуживать себя в домашней обстановке и явной интеллектуальной несостоятельностью в ситуациях, требующих продуктивной умственной работы (осмысление новых задач, понятийное мышление, обобщение, приобретение новых навыков и т.п.).

Другой характерной особенностью хореатической деменции является выраженная неравномерность умственной нетрудоспо-

способности. В ее основе лежат грубые нарушения внимания и непостоянство установок больных, в результате чего они легко теряют направление и цели мыслительной деятельности. Мышление больных хореей Гентингтона производит впечатление “скачкообразного” в связи с постоянной отвлекаемостью; при этом обнаруживается внешнее сходство между ходом мышления и гиперкинезами, но такие особенности характерны лишь для ранних этапов хореатического слабоумия.

По мере прогрессирования заболевания усиливается общее оскудение психической деятельности, снижается, а затем утрачивается психическая и речевая активность, наступает эмоциональное притупление, появляются нарушения запоминания и признаки разрушения запасов памяти, расстройства ориентировки и т.п.

Деменция при хорее Гентингтона характеризуется отсутствием явных нарушений высших корковых функций, т.е. афатических, апрактических, агностических расстройств. Расстройства моторной речи определяются всецело гиперкинезами речевой мускулатуры, реже бывает “нежелание” говорить.

Психические синдромы встречаются наиболее часто. На ранних стадиях, иногда даже еще до появления гиперкинезов, наблюдаются психореактивные расстройства, полностью определяемые преморбидными особенностями больных: истерические, псевдодементные, дисфорические. Для начального этапа также характерны депрессивные состояния: мрачно-угрюмые, ипохондрические, дисфорически-раздражительные или вяло-апатические. В первые годы заболевания также часто бывают бредовые расстройства, мало разработанные и слабо систематизированные идеи ревности, преследования или отравления. Но идеи ущерба практически не встречаются. На более поздних этапах заболевания всегда обнаруживаются экспансивные бредовые расстройства, нелепый бред величия. Иногда бред ревности переходит в бред величия и всемогущества. Отмечаются своеобразные галлюцинаторные расстройства в виде тактильного галлюциноза с мучительными, эмоционально крайне неприятными болевыми ощущениями.

Неврологические расстройства при хорее Гентингтона чаще всего исчерпываются генерализованными хореатическими гиперкинезами с относительно медленным темпом хореатических подергиваний со сравнительно небольшой амплитудой и относительно продолжительными интервалами, торсионными

и атетоидными движениями и относительно малой напряженностью мышечной гипотонии.

При хорее Гентингтона часто наблюдаются так называемые стационарные формы заболевания, при которых, несмотря на более или менее развернутую симптоматику, заболевание затягивается на десятилетия, не достигая терминальной стадии. Больные умирают в старости от интеркуррентных заболеваний. Но все-таки в основном хорея Гентингтона характеризуется прогрессивностью болезненного процесса, которая приводит больных к смерти в состоянии тотальной деменции и маразма. В терминальной стадии хореатические гиперкинезы, как правило, уменьшаются или прекращаются.

Прогноз заболевания в целом неблагоприятный, но в связи с малой прогрессивностью, возможностью относительной временной стабилизации болезненного процесса прогноз в каждом случае устанавливается индивидуально.

Болезнь Паркинсона — (дрожательный паралич) — это дегенеративно-атрофическое заболевание экстрапирамидной системы головного (черной субстанции) было названо в честь врача Паркинсона, впервые описавшего его в 1817 году.

Средний возраст заболевания — 50—65 лет и болезнь отличается хронически-прогрессивным течением.

Болезнь проявляется в основном неврологическими расстройствами: характерным дрожанием — тремор в покое, гипертонически-акинитическим синдромом, т. е. повышением мышечного тонуса, скованностью, бедностью движений, нарушением походки (брадибазия) и вегетативными расстройствами.

Психические расстройства наблюдаются редко, но начальный этап заболевания нередко сопровождается характерологическими расстройствами, в виде раздражительности, аффективной лабильности, подозрительности и назойливости. В начальной стадии возможны депрессивные и депрессивно-ипохондрические расстройства, которые порою отличаются большой продолжительностью и могут сопровождаться суицидальными попытками. Очень редко могут возникать бредовые расстройства в виде отдельных идей ущерба и мелкого преследования.

На более поздних этапах заболевания преобладают симптомы органического снижения психической деятельности; нередко наблюдаются состояния психической спутанности и другие экзогенно-органические психические расстройства. Характерна

брадифрения: снижение психической активности вплоть до аспонтанности, замедление всех психических процессов, нарастание апатий и безразличия.

На отдаленных этапах развивается тотальное слабоумие, идентичное старческому слабоумию. Иногда наблюдаются ночные состояния психической спутанности, напоминающие старческий делирий. Нередки мучительные тактильные галлюцинации. Иногда долгое время наблюдаются менее глубокие состояния органического снижения психической деятельности с расстройствами запоминания и репродуктивной памяти, снижением уровня суждений, благодушием и эйфорией.

Лечение проводится либо в неврологических клиниках при преобладании неврологических расстройств, при наличии психических расстройств — в психиатрической клинике.

Прогноз в основном определяется тяжестью неврологических расстройств и прогрессиентностью заболевания. В целом прогноз неблагоприятный.

Итак, знакомство с типичными клиническими картинами достаточно широкого круга атрофических деменций позволяет говорить, что всем им свойственен неблагоприятный прогноз, больные на заключительной стадии болезни становятся совершенно беспомощными и нуждаются в круглосуточном постоянном и непрерывном уходе.

Обращает на себя внимание и тот факт, что атрофические деменции обнаруживаются чаще у женщин, чем мужчин, за исключением болезни Паркинсона. Старческое слабоумие обнаруживается в самых солидных возрастах, вплоть до 100-летних и старше, тогда как самый высокий уровень продолжительности жизни для больных болезнью Альцгеймера — 78—89 лет, до сих пор не описан ни один случай у долгожителей. Для болезни Пика — 72—79 лет, но в специальной литературе описан единственный случай, когда больной дожил до 89 лет. При болезни Паркинсона самая высокая продолжительность жизни — 78—80 лет, а для хореи Гентингтона — 70—75 лет. Эти данные в свою очередь свидетельствуют о высокой злокачественности этих атрофических деменций. Интересно, что психиатры, впервые описавшие заболевания, получившие их имена, сначала расценивали их как самостоятельные заболевания, но со временем склонялись к мнению, что это атипические случаи сенильной деменции. Почти у всех форм атрофических деменций высока вероятность

наследственной предрасположенности, в некоторых случаях (болезнь Паркинсона, отдельные формы болезни Альцгеймера, болезнь Пика, хорея Гентингтона) имеют прямую доминантную наследственность.

Однако трагичность при атрофических деменциях состоит в том, что заболевания начинаются так незаметно, на первых этапах, как сами больные, так и окружающие не воспринимают серьезно первые симптомы нарушения памяти, поведения, изменения личностных черт, свойственных человеку. Если учесть, что инициальный период может длиться от 5 до 20 лет, то можно только с сожалением констатировать, как много времени было упущено прежде, чем больной попадает в поле зрения психиатра. К тому же сами больные довольно успешно скрывают или “научаются” компенсировать имеющиеся у них расстройства памяти, речи и другие расстройства. Вообще нужно привлечь внимание к тому, что до тех пор, пока не сформируется характерный синдром распада памяти, интеллекта со свойственными каждому заболеванию клиническим “особенностям”, диагностика формы атрофической деменции является затруднительной не только для врача общей практики, но и для психиатра, а некоторых случаях для геронтопсихиатров. Это тем более сложно для людей, не имеющих представления о подобного рода деменциях у стариков.

На ранних этапах заболевания больные еще в состоянии сохранять определенную степень социальной адаптации, но по мере развития атрофического процесса, в стадии т.н. “мягкой деменции” больные уже не в состоянии справиться самостоятельно с профессиональными или общественными обязанностями. Однако, они еще в состоянии выполнять простую рутинную работу по дому, особенно под наблюдением и постоянной поддержке близких. Это касается уже таких простых привычных действий, как одевание, личная гигиена.

При сенильной деменции больные могут представлять опасность для окружающих вследствие расторможенности низших влечений (педофилия, вовлечение в криминальные группы, бродяжничество, попрошайничество). При более выраженных расстройствах памяти, нарушений сна такие больные могут быть опасны не только для себя лично, но и для окружающих, так как являются невольными поджигателями (забывают выключить электроприборы, закрыть газовые краны и т.п.). Своей неопрятностью, прожорливостью больные вызывают брезгливое отношение со

стороны здоровых людей, что способствуют развитию “эйджизма”, отторжения и изоляции старых людей.

При хорее Гентингтона больные в силу психопатического поведения могут быть в той или иной степени опасны для окружающих, особенно для близких людей. В этом отношении необходимо соблюдать определенную осторожность, не вызывать у больных злобности, агрессивности, не вступать с ним в споры, стараться всячески нейтрализовать их взрывчатость, возбудимость. Тем не менее, больные с хореей Гентингтона гораздо дольше могут оставаться вне поля зрения психиатров, выполнять несложную, привычную работу. Из-за психопатического поведения эти больные нередко совершают правонарушения.

У больных болезнью Паркинсона очень часты депрессивные расстройства: имеется т. н. суицидальная готовность, поэтому нужно быть предельно внимательным к настроению этих больных, их высказываниям.

Как правило, бредовые расстройства у больных атрофическими деменциями не представляют какой-либо существенной опасности для окружающих, так как, они очень быстро распадаются в результате нарушений памяти, но, тем не менее, могут досажать близким, особенно когда речь идет о бреде ревности, воровство. Нелепость бредовых высказываний вызывает у окружающих насмешки над больным, что, несомненно, способствуют ухудшению его эмоционального состояния.

Само по себе понятно, что уже на ранних этапах заболевания преобладающее большинство больных становятся в той или иной степени нетрудоспособными, а в выраженной стадии атрофического процесса все они оказываются инвалидами 1-й группы, недееспособными и невнимательными.

В настоящее время организация лечения, помощи и ухода за больными с атрофическими деменциями для многих стран, особенно экономически благополучных, стоит на первом месте. К сожалению, сколько-нибудь значительного, патогенетического лечения до сих пор нет, хотя в определенных отношениях компенсаторная терапия существует для каждой формы атрофических деменций. И хотя нет полного излечения, тем не менее, оно благоприятно влияет на нарушения памяти и другие когнитивные расстройства, позволяет отдалить наступление терминальной стадии заболевания, наступление тотальной деменции. С осторожностью применяется психофармакологическая терапия для

купирования психической симптоматики. Эта осторожность связана с тем, что даже незначительная передозировка антидепрессантов или нейролептиков еще более ухудшает состояние больного и углубляет деменцию.

В последние годы во многом меняются взгляды психиатров на возможности психологической коррекции (когнитивного тренинга), суть которой состоит в постоянном обучении дементных больных необходимым правилам поведения, создании вокруг больного такой обстановки, которая бы постоянно оживляла угасающие у него остатки интеллектуальной деятельности. В данном случае больные уподобляются детям, которых нужно постоянно учить самым элементарным навыкам.

В настоящее время имеется достаточно отработанная схема ведения больных с атрофическими деменциями: полное диагностическое обследование с установлением диагноза и разработка полного комплекса терапевтических мероприятий; наблюдение, причем постоянное, в домашних условиях или геронтопсихиатрических центрах вовсе не означает заточение больных в закрытые лечебницы для хроников. Эти центры могут быть самого различного профиля от мини-лечебниц с высокой оплатой индивидуального ухода до импровизированных детских садов/яслей, куда больных привозят днем, а вечером возвращают в домашние условия. Это могут быть специально подготовленные помощники по уходу (в качестве сиделок), которые осуществляют уход за больными в домашних условиях или помогают в уходе на определенное время.

Нужно отметить тенденцию возвращения к прежним традициям ухода за душевно больными и, в первую очередь, за дементными стариками. Как известно, первыми организациями, которые стали оказывать помощь больным, были монастыри, основным принципом насельников которых по отношению к таким больным было мягкое и сострадательное отношение.

На Руси с начала XI века призрение душевнобольных было делом духовной власти, которая содержала таких лиц в богоугодных заведениях при монастырях, где обращение с душевнобольными “проникалось такими же благотворительными началами”. Занимаясь вопросами призрения душевнобольных, церковь одновременно касалась и решения социальных проблем, связанных с наличием психического заболевания, освобождая от этих забот государство. Самым важным было то, что когда возникла необходимость создания государственной психиатрической помощи, то

русские врачи обратились к опыту Православной Церкви, поэтому традиционным является кроткое, ласковое и учтивое отношение к больным, в том числе и к дементным старым людям, признание их человеческого достоинства. Должно быть теплое отношение и участие к больным наряду с разумным пониманием их нужд и потребностей. Интересно, что уже тогда обращалось внимание на то, что ни в коем случае не должны быть поддерживаемы бредовые переживания и идеи больных. Рекомендовалось, если их оспаривание вызывало раздражение, то их или выслушивать спокойно, или стараться изменить тему разговора; в свою очередь подчеркивалось, что следует тщательно избегать разговоров о самих больных в их присутствии, даже когда их сознание было расстроено или казалось таковым.

Государство и семья — основные составляющие в уходе за старыми людьми с самыми различными формами психической и соматической патологии.

Расчеты в ЕЭС показали, что неформальные услуги (негосударственные), уход за пожилыми по месту жительства, включая даже оплату помощи, оказываемой родственникам, гораздо выгоднее строительства и содержания в специализированных учреждениях с постоянным проживанием.

Однако, возможности домашнего ухода за глубоко дементными старыми людьми, особенно в терминальной стадии, далеко небезграничны и зависят не только от желания близких. Прежде всего, семья должна обеспечить условия совместного проживания с больным старым человеком, чтобы оно не влияло отрицательно на других членов семейства: обеспечить больного отдельной комнатой и другими помещениями для санитарно-гигиенических отправлений (туалет, ванна). Преобладающее большинство российских граждан в настоящее время не в состоянии создать такие условия для старого дементного родственника.

Специальные исследования показали, что материальный доход, которым располагает старый человек, в большой степени определяет терпимость родственников и их желание осуществлять уход за ним. По мнению Ю.Данилова, в семьях, где имеются слабоумные старые больные, семейные конфликты являются реакцией на поведенческие нарушения, связанные именно с деменцией. При решении этих конфликтов, к сожалению, родственники отказываются от больных, помещая их в дома-интернаты для старых людей с хроническими заболеваниями.

Однако, нельзя слишком строго судить этих людей. Доля семейного ухода за пожилыми и старыми людьми снижается повсеместно и по объективным причинам. Прежде всего, многие дети, заботящиеся о своих родителях, сами уже пребывают в среднем возрасте, а некоторые достигают и пожилого возраста, имея в свою очередь собственных внуков. Как правило, часто необходимость заботиться о родителях у взрослых детей возникает в тот период жизни, когда они сами переживают личные потери, связанные с возрастом, сами страдают хроническими болезнями, упадком сил, уходят или собираются уходить на пенсию.

Еще в более тяжелом положении находятся супруги, опекающие своих дементных партнеров. Они сами нуждаются в пристальном внимании к своему здоровью, в периодической помощи и поддержке как эмоциональной, так и чисто физической. Самым же тяжелым для них является тревога и боязнь потерять спутника жизни, с которым прожито много лет.

Другая проблема заключается в том, что наблюдается рост работающих женщин, причем в основном из-за заработка. Миллионы женщин оказываются одновременно в различных и противоречивых ролях — жена, хозяйка дома, мать, работница и дочь, опекающая старых родителей. Поэтому женщины средних лет сталкиваются не только с возрастными проблемами, но и с ситуацией, когда ответственность за близких не сокращается, но, напротив, достигает своего пика. Примерно одна треть дочерей, ухаживающих за своими родителями, находится в возрасте 40—60 лет.

Исследования показывают, что эмоциональное напряжение одно из наиболее распространенных и тяжелых последствий таких ситуаций. Нехватка времени и ограниченная свобода действий, изоляция, необходимость разрываться между различными обязанностями, трудности при определении приоритетов, вынужденные изменения в образе жизни, привычках, общении, отдыхе — все это порождает длинный перечень таких симптомов душевного нездоровья, как депрессия, чувство тревоги и безнадежности, бессонница, упадок духа. Этим негативным последствиям больше подвержены дочери, чем сыновья, которые часто пользуются помощью своих жен и потому испытывают меньшее напряжение.

По мнению американских авторов, психосоциальная терапия больных с атрофическими деменциями должна включать финансовую поддержку их семейств, однако государственное финансирование этих услуг ограничено, экономическая помощь встречается

довольно редко. Поэтому вопрос об уходе за дементными старыми людьми остается одним из актуальнейших вопросов здравоохранения и социальных служб. Тем не менее, в настоящее время о полной деинституализации этого ухода говорить преждевременно. Вопрос стоит об открытии таких учреждений медико-социального направления, где уход за старыми людьми с атрофическими деменциями мог бы удовлетворять потребности в услугах, как самих больных, так и их родственников.

Литература

4. Давыдовский И.В. Геронтология. М: Медицина, 1966
5. Дельпере Н. Защита прав и свобод граждан преклонного возраста. М: "Деловая лига", 1993.
6. Жислин С.Г. Очерки клинической психиатрии. М: Медицина, 1983.
7. Карманное руководство к МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств. Киев: Сфера, 2000.
8. Население и кризисы, выпуск седьмой. М: Макс Пресс, 2001.
9. Осколкова О.В. Старение населения в странах Европейского Союза: проблемы и суждения. М: диалог МГУ, 1999.
10. Партнеры в сфере охраны психического здоровья /Отдел психического здоровья, ВОЗ, Киев, 1999.
11. Полищук Ю.И. Старение личности // Социальная и клиническая психиатрия, № 3, 1994.
12. Руководство по психиатрии. М: Медицина, 1983, т.2
13. Руководство по психиатрии. М: Медицина, 1999, т.2
14. Уход и патронаж / перевод с датского/, М., 2000.
15. Фролькис В.В. Старение и увеличение продолжительности жизни. Л: Наука, 1988.
16. Шахматов Н.Ф. Психическое старение: счастливое и болезненное. М: Медицина, 1996.
17. Штернберг Э.Я. Клиника деменций пресенильного возраста. М: Медицина, 1967.
18. Штернберг Э.Я. Геронтологическая психиатрия. М: Медицина, 1977.
19. Энциклопедия социальной работы /пер. с английского/. М: Центр человеческих ценностей, 1994.
20. Яцемирская Р.С. Психическое старение долгожителей. София, 1999. Докт. дис.
21. Яцемирская Р.С. Психопатология пожилого и старческого возраста. Изд-во МГСУ "Союз", 2002.
22. Яцемирская Р.С., Беленькая И.Г. Социальная геронтология. М: Владос, 1999.