

УДК 616.31-08-053.9:159.922.6:614.253

И.И. Соколова, Н.Н. Савельева

Харьковский национальный медицинский университет

МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ГЕРИАТРИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Анализ научной литературы и собственные наблюдения показывают, что успех лечения стоматологических заболеваний (обычно довольно высокий) может снизиться вследствие возрастных психофизиологических изменений, эмоциональных расстройств, характерных для пожилых людей. Поэтому, уделяя должное внимание в работе с больными гериаτρического профиля психологическим аспектам диагностического и терапевтического процесса, повышению уровня коммуникативной компетентности, врач-стоматолог обеспечивает эффективность профессионального взаимодействия.

Ключевые слова: *стоматологическое лечение, больные гериаτρического профиля, эмоциональные расстройства, коммуникативная компетентность.*

Лечение стоматологических заболеваний – наиболее массовый вид специализированной врачебной помощи.

Практически каждый живущий на земле человек на протяжении жизни сталкивается с необходимостью неоднократного обращения к врачу-стоматологу. Многочисленные наблюдения показывают, что стоматологическим пациентам характерна повышенная возбудимость нервной системы. Им свойственна ипохондрическая или психастеническая симптоматика с выраженной фиксацией на субъективных болезненных ощущениях, повышенной ранимостью и чувствительностью. Есть данные о возникновении болевого синдрома в челюстно-лицевой области, обусловленного не только клиническими причинами, но и неразрешенными психотравмирующими ситуациями, произошедшими в жизни пациентов [1].

Отмечается, что в стоматологии самый высокий уровень фобийности пациентов [2].

Перед врачами-стоматологами в их практической деятельности проходит поливозрастной состав пациентов, где особое место занимают люди преклонного возраста. Признание психологической уникальности поздних возрастов и разнообразия индивидуаль-

ных форм старения обуславливает необходимость использования в работе врача определенных средств психорегуляции эмоциональных состояний, продиктованных возрастными психологическими изменениями, характерными для больных гериаτρического профиля.

Поэтому в работе с пожилыми пациентами решающее значение принадлежит не только профессиональным медико-биологическим, но и медико-психологическим знаниям врача. Без этих знаний врач в ряде случаев оказывается беспомощным в распознавании причин болезни и ее лечении.

Общение с пациентами пожилого возраста, особо уязвимой категорией больных, убеждает в необходимости как психотерапевтической подготовки больных к стоматологическому вмешательству, так и их психотерапевтического сопровождения в ходе лечения для оказания квалифицированной и эффективной медицинской помощи.

Задачи психотерапевтического воздействия решаются в таком случае не только врачом-психиатром, но и врачом-стоматологом. Каждый врач (в том числе и стоматолог) в известной мере должен быть психологом, ибо в повседневной практике он оказы-

© *И.И. Соколова, Н.Н. Савельева, 2013*

вает влияние на больного и многое в лечении зависит от того, насколько он знает психологические особенности больного, владеет приемами психического воздействия, обладает коммуникативными способностями, обеспечивая эффективное взаимодействие и адекватное взаимопонимание между ним и пациентом.

Старение представляет собой многозвеньевый процесс, неизбежно и закономерно нарастающий во времени и ведущий к сокращению приспособительных возможностей организма [3]. Помимо прогрессирующего ослабления здоровья, морфофункциональных перестроек тканей и органов, старость характеризуется изменениями на социальном (выход на пенсию, новый социальный статус и роли, паттерны поведения) и психологическом (сужение эмоциональной сферы, заострение характерологических черт) уровнях [4].

Возрастные изменения нейрогуморальной регуляции являются ведущим механизмом старения организма в целом. Они определяют изменения мышления, психики, памяти, эмоций и др. [5].

С возрастом у людей накапливаются проблемы, связанные с нарушением психического здоровья. В период старения наблюдаются изменения в высших психических процессах, эмоциональные сдвиги, нарастание физической немощности и развитие многих соматических заболеваний. Эти факторы подготавливают почву для возникновения психических расстройств, распространенность которых среди граждан пожилого и старческого возраста составляет от 50 до 70 %, при этом резко увеличивается риск развития психических заболеваний, что связано как с физиологическими и психическими особенностями старения, так и с воздействием социальных факторов [6].

Очевидно, что психическое (как и физическое) старение индивидуально и у каждого человека оно происходит по-разному. Но вместе с тем существуют некоторые общие закономерности психического старения человека, присущие большинству пожилых людей.

Геронтолог Э.Я. Штернберг делает вывод, что основное, что характеризует старение, – это снижение психической активности, выражающееся в сужении объема восприятия, затруднении сосредоточения внима-

ния. Одним из наиболее ярких изменений, происходящих во время старения, является замедление реакций. Оно связано с повышением порога возбуждения в нервных клетках и волокнах, замедлением проводимости возбуждения, снижением активирующих и тонизирующих влияний отдельных нейрофизиологических систем в организме и другими причинами. В процессах замедления реакций играют роль и психологические факторы – настроение, установка человека на выполнение задания, неожиданность или ожидание решаемой задачи, ее диапазон и сложность [7].

Однако нельзя однозначно говорить только о регрессе личности в пожилом возрасте, так как многие люди до глубокой старости сохраняют свои позитивные качества, творческие возможности.

Пожилые люди не составляют монолитной группы, они в той же мере разнородны и сложны, как в отрочестве, юности, молодости, зрелости и зрелости [8].

Широк диапазон индивидуальных различий и в проявлениях признаков старения, и в стратегиях адаптации к старости [9].

Э. Эриксон (1996) отмечает: если человек убежден, что его жизнь состоялась, то он уравновешен и спокойно смотрит в будущее. Но если жизнь оценивается как прожитая даром, то человек не обретает в старости гармонии как с собой, так и с окружающим миром [10].

Кароль Рощак [11] предложил четыре стратегии приспособления в пожилом возрасте, которые, безусловно, не исчерпывают многообразия проявления поведения, общения, деятельности стареющего человека, многообразия индивидуальности. Данная классификация, хотя и носит ориентировочный характер, вместе с тем представляет значительный интерес в качестве базы для конкретной исследовательской и практической работы с людьми пожилого и старческого возраста.

1. «Конструктивный тип». Характеризует зрелую личность, хорошо интегрированную, которая наслаждается жизнью, созданными тесными и близкими отношениями с другими людьми. Такие люди терпеливы, гибки, осознают себя, свои достижения, возможности и перспективы.

2. «Защитный тип». Менее конструктивная модель приспособления к пожилому возрасту. Такие люди преувеличенно эмоционально сдержанны, несколько прямолинейны в своих поступках и привычках. Предпочитают быть самообеспеченными, неохотно принимают помощь от других людей. Они избегают высказывать собственное мнение, с трудом делятся своими жизненными либо семейными проблемами, отказываются от помощи, доказывая себе то, что они независимы. Их отношение к старости пессимистично.

3. «Агрессивно-активный тип». Люди этого типа агрессивны, взрываются, подозрительны, имеют тенденцию к перекладыванию на окружающих собственных претензий и приписыванию им вины за все свои неудачи. Они мало реалистичны в оценке действительности. Недоверие заставляет их замыкаться и избегать контактов с другими людьми.

4. «Тип пассивного старения». Этот тип отличается от предыдущего тем, что агрессия направлена на себя. Такие люди критикуют и презирают собственную жизнь. Они пассивны, иногда в депрессии, недостаточно инициативны. Они пессимистичны, не верят, что могут повлиять на свою жизнь, чувствуют себя жертвой обстоятельств. Они не бунтуют против собственной старости, а лишь безропотно принимают все, что шлет судьба.

Таким образом, успешность адаптации к старению определяется степенью подготовленности человека к изменению своего места в обществе, специфичным для возраста трудностям, овладением новыми социальными ролями, а также интеграцией всех пройденных стадий [12].

Знак эмоциональных переживаний пожилого человека в значительной мере определяется выбираемой им стратегией своего приспособления к новой жизни – сохранения себя как личности с социальными связями с обществом или как индивида, замыкающегося в рамках своей семьи и самого себя.

Следует отметить, что эмоциональные проявления с возрастом видоизменяются, появляется неконтролируемое усиление аффективных реакций (сильное нервное возбуждение) со склонностью к беспричинной грусти и слезливости [13].

Происходящие эмоциональные пертурбации заставляют пожилого человека по-другому воспринимать окружающий мир.

Т.А. Немчин [14] общие изменения в эмоциональной сфере пожилого человека характеризует следующими признаками: изменение динамичности эмоциональных состояний, выражающееся либо в инертности, либо в лабильности эмоций; возрастание роли и места, занимаемого отрицательными эмоциями. В пожилом возрасте значительно уменьшается контроль над проявлением эмоций (смех, радость, печаль). Нередко наблюдается и противоположное явление – эмоциональная черствость, снижение эмпатийности. Отмечается неадекватность реакции на внешние и внутренние раздражители. Любая, даже незначительная обида, бестактность, проявление неуважения и черствости со стороны окружающих в пожилом возрасте воспринимаются как тяжелая психическая травма и могут привести к эмоциональному срыву и декомпенсации психического состояния. В связи с ригидностью мышления пожилой человек не может отстраниться от эмоционально негативно окрашенной ситуации, вновь и вновь переживает неприятное событие.

У пожилых и престарелых больных нередко возникают ипохондрические, фобические и депрессивные состояния [15]. Один из продромальных признаков депрессии – беспокойство по поводу состояния полости рта и зубов. Больной в состоянии депрессии может высказывать желание удалить оставшиеся зубы, жаловаться на горечь во рту, испытывать боль и чувство жжения. Начало депрессии чрезвычайно трудно распознать, особенно это касается так называемой скрытой, или маскированной депрессии. При анализе случаев лечения больных с невротическими и неврозоподобными расстройствами, маскированной депрессией установлено, что стоматологическое вмешательство может служить дополнительным провоцирующим фактором, вызывающим или усугубляющим расстройства психики [16].

Следует помнить, что у пожилых людей депрессию может вызвать неэффективное лечение. Поэтому каждое назначение, мероприятие или упущение врача делает его ответственным за психологические последствия проводимого им лечения.

К эмоциональным изменениям в период старения следует отнести часто возникающие чувства тревоги и страха. В пожилом возрасте наступает усиление страхов биологического типа, связанных с нарастающей беспомощностью и процессами увядания функций собственного организма, увеличивается число ситуаций, вызывающих страх. Следует подчеркнуть, что практически все стоматологические вмешательства относятся к лечебным процедурам, вызывающим у пациентов в любом возрасте чувство страха и эмоционального напряжения и приводящим к переоценке болевых ощущений, а также усиливающим болевые реакции.

В медицинской практике, в том числе и в стоматологической, остро стоит проблема исследования психологических компонентов реакций пациентов на боль и страх.

Исследование величины порогов болевого восприятия у пожилых пациентов дают противоречивые результаты. По данным одних авторов, болевые пороги у пожилых пациентов повышаются [17], по данным других исследователей, понижаются [18] или остаются неизменными [19, 20].

Однако следует признать, что чувство страха перед осуществлением медицинских манипуляций при лечении стоматологических заболеваний и стойкая эмоциональная установка на боль, которую пожилые люди ожидают лишь при одной мысли о предстоящем лечении, присутствуют у них практически всегда, независимо от индивидуальных особенностей величины порога болевой чувствительности.

Деадаптация пожилых больных к лечению нередко приводит к развитию стоматофобии, чем и объясняется поздняя обращаемость к врачу. Самой частой причиной несвоевременного посещения врача-стоматолога у лиц преклонного возраста, нами опрошенных, был страх боли: среди 62 пациентов 58 пациентов отметили именно эту причину.

С чувством страха связан ряд специфических изменений в организме человека: учащение пульса, изменение частоты дыхания, потоотделение, дрожь во всем теле, сужение кровеносных сосудов и т. п. [21]. При этом отмечаются гипер- или гипосаливация, сердцебиение, боль в груди, ощущение удушья, головокружение, сухость во рту, тремор, суе-

ливость или, наоборот, подавленность, не исключены обморочные состояния. Указанные симптомы опасны при наличии сопутствующих психосоматических заболеваний, они усугубляют симптоматику и провоцируют обострение.

Заметим, что по нашим наблюдениям у пациентов старшей возрастной группы чувство страха может вызвать отклонение основных вегетативных показателей уже накануне амбулаторного стоматологического вмешательства и значительно осложнить проведение лечения.

Близким к страху и столь же неприятным для переживания психическим состоянием является тревожность. На это чувство влияют внутренняя напряженность, повышенная впечатлительность, отсутствие веры в себя, чувство неуверенности, чрезмерные трудности адаптации, пассивность. Это состояние, как и страх, сопровождают вегетативные расстройства.

Страх, тревога, смятение, угнетенное настроение, эмоциональное напряжение, беспокойство – эти эмоциональные состояния, характерные для пожилых людей, оказывают дезорганизирующие действия, вслед за которыми наступают дезадаптационные сдвиги, которые могут быть достаточно стойкими, приводя к длительному и плохо корригируемому течению болезни [22].

Поэтому стабилизация эмоционального состояния и оптимизация уровня тревожности у пожилых больных – одна из важнейших задач, которую должен решать в процессе лечения врач-стоматолог.

Лечебная деятельность врача многими нюансами связана с психологическими и эмоциональными факторами. Лечение пожилых больных врачом-стоматологом характеризуется состоянием его постоянной психологической готовности, эмоциональной вовлеченности в проблемы больных, связанные с состоянием их здоровья, в любых ситуациях предполагающих межличностное взаимодействие. Поэтому одним из важнейших компонентов личности врача является его коммуникативная компетентность, включающая уважение и внимательность к пациенту, «беспристрастную заинтересованность»; способность устанавливать контакт с больным; способность слушать и слышать больного; спо-

способность к сопереживанию; способность адекватно выражать собственную позицию; коммуникативную гибкость и конструктивность; владение коммуникативными умениями и навыками.

Важной составляющей успеха в стоматологической практике является высокий профессионализм, который включает в себя поливариативность подходов к распознаванию субъективного мира пациента, умения оперативного нахождения пути к созданию доброжелательного контакта с ним, подбора ключа к личности пациента [23–30].

Проводя время с пациентами, выслушивая их, мы подтверждаем их статус уникальной личности со своими правами [31, 32]. Это уменьшает состояние тревоги и позволяет пациентам справиться с болью и страданиями, с которыми им приходится сталкиваться в ходе лечения.

Давно замечено, что успех премедикации (подготовки к обезболиванию) и обезболивание в целом зависят от умения врача правильно оценить психологическое состояние пациента и в соответствии с этим выбрать не только фармакологические препараты и их дозы, но и методы суггестивного воздействия на пациента. В таком случае проведение различных неприятных и болезненных лечебно-диагностических манипуляций переносится пожилыми больными, на удивление, спокойно [1]. Умение внимательно выслушать пожилого больного не только помогает диагностировать заболевание, которому он может быть подвержен, но и сам по себе процесс выслушивания оказывает благоприятное взаимодействие на психологический контакт врача и пациента.

Сбор анамнеза у пожилых людей – подчас сложно выполнимая задача. Выражаясь языком психологов, это управляемый разговор, предназначенный для сбора анамнестических данных, причем управлять разговором следует незаметно. Пациент, с которым проводится беседа, не должен этого чувствовать. В процессе сбора анамнеза у него должно создаваться впечатление непринужденной беседы. При этом врачу необходимо оценить серьезность жалоб, манеру их предъявления, отделить главное от второстепенного, убедиться в достоверности показаний, не обижая пожилого человека. Все это требует

большого такта, в особенности, когда речь идет о выяснении душевного состояния, психических травм, играющих большую роль в жизни лиц преклонного возраста.

Общаясь с пожилыми пациентами, необходимо предоставлять подробные сведения о состоянии болезни и путях ее лечения. Именно в пожилом возрасте велико стремление к специальной информации о процессах в собственном организме. Такая информация должна часто повторяться и быть доступной пациенту как по содержанию, так и по форме восприятия на слух.

Данные исследований позволяют предполагать, что современное поколение людей пожилого возраста положительно настроено на то, что разговорная терапия может помочь большинству индивидов с тяжелой депрессией, и они предпочитают психологические методы лечения вместо лекарственной терапии [33]. Таким образом, хотя вначале люди пожилого возраста менее склонны обсуждать свои психологические проблемы, они явно не отвергают идею о психологическом вмешательстве.

В стоматологической практике неоднозначно устанавливаются отношения между лечащим врачом и пожилым пациентом. Одни пациенты достаточно контактны и мало нуждаются в длительных беседах и разъяснениях. Они настроены на активное взаимодействие с врачом, пунктуально выполняют все его указания. Другие – ипохондричные, агрессивные, злобные, недовольные всеми окружающими. В таком случае необходимым компонентом общения становятся длительные собеседования, позиция сострадания и поддержки, принятие личностных, характерологических особенностей собеседника без активного вмешательства с очень тактичной коррекцией его порой не вполне адекватного поведения [34].

В настоящее время общепризнан тот факт, что внешние проявления сочувствующего, заботливого отношения со стороны профессионалов в здравоохранении по отношению к тем, кого они лечат, положительно сказываются на улучшении здоровья пациентов [35–37]. Невозможно установить доверительные отношения при отсутствии тепла, преданности делу, искренности со стороны врача по отношению к пациентам [38].

Это подтверждают и результаты проведенного нами опроса: наиболее значимыми качествами врача-стоматолога для больных гериатрического профиля были названы способность к сопереживанию, сострадание, доброжелательность, терпимость. Именно эти качества в глазах пожилых пациентов имеют наиболее существенное значение. Поэтому обязательной чертой каждого врача должно быть особенно чуткое, радушное, предельно внимательное и ободряющее отношение к гериатрическим пациентам [37].

Собственные наблюдения показывают, что невозможно предложить стандартную форму общения врача-стоматолога с пациентом преклонного возраста. Однако руководством к действию для медицинского работника в лечении больного, общении с ним всегда должно быть следование заповеди – врач относится к человеку как к наивысшей ценности бытия и активному соучастнику взаимодействия.

Современная концепция здоровья считает необходимым привлечение пациента к решению его собственных проблем. В отечественной медицине подавляющая масса врачей придерживается все еще традиционнопатерналистских моделей взаимоотношений с пациентами [38].

Суть патерналистской модели в самом общем виде сводится к тому, что врач не только принимает на себя обязанность действовать, исходя из блага пациента, но и самостоятельно решает, в чем именно это благо состоит.

По рекомендации ВОЗ разработана и широко внедряется новая – автономная модель взаимоотношений врача и пациента. Эта модель, исходящая из принципа автономии пациента, предполагает совершенно иной тип отношений. В этом случае врач должен опираться на представления самого пациента о том, что является благом для него, а точнее – решать этот вопрос в диалоге с ним, не рассматривая собственные представления как единственно правильные.

Позволим высказать свою точку зрения в отношении модели взаимоотношений врача и пациента в преклонном возрасте.

У пожилых людей нередко вопросы здоровья приобретают доминирующее значение, они фиксируют внимание на физических ощущениях, много времени уделяют медицинским обследованиям и лечению многочисленных недугов, «обогащению» медицинскими знаниями и, как им кажется, грамотным их использованием. Отношение больных старческого возраста к своим заболеваниям отличается не столько их недооценкой, сколько переоценкой. По данным современной геронтологии, самочувствие пожилых людей определяется больше субъективно, т. е. исходя из самооценки здоровья, чем на основе объективных данных медицинского здоровья, причем субъективные и объективные данные могут значительно отличаться друг от друга [39].

Об абсолютно адекватном отношении пожилых и престарелых пациентов к своему заболеванию можно говорить лишь в 8–17 % случаев [40]. Все это усложняет процесс общения между врачом и пациентом. Поэтому автономную модель взаимоотношений врача и пациента в конкретно-рассматриваемом случае мы абсолютизировать бы не стали. Да и результаты исследований Фирсовой И.В. показали, что сами пациенты практически в 72 % случаев (во всех возрастных группах) предпочитают патерналистскую модель взаимоотношений с врачом-стоматологом [2].

В ходе наших исследований пожилые пациенты при первом посещении врача-стоматолога, еще до начала лечения в 79 % случаев отметили, что полностью полагаются на знания и умения медицинского работника. Такой результат может найти объяснение, с одной стороны, в пассивной позиции и укоренившемся представлении пожилых людей о лечебном процессе, а с другой, несомненно, – в доверительном отношении пожилых людей к личности врача, которое в свою очередь должно быть оправдано квалифицированной работой клинициста и осознанием его ответственности за обеспечение психологически комфортного состояния больных гериатрического профиля на стоматологическом приеме.

Список литературы

1. Демина Н. А. Эмоционально-личностные особенности пациентов при амбулаторном лечении стоматологических заболеваний : автореф. дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук : спец. 19.00.04 «Медицинская психология» / Н. А. Демина. – М., 1999. – 20 с.
2. Фирсова И. В. Эмоционально-личностные особенности пациентов при амбулаторном лечении стоматологических заболеваний : автореф. дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук : спец. 14.00.52 «Социология медицины»; спец. 14.00.21 «Стоматология» / И. В. Фирсова. – Волгоград, 2009. – 52 с.
3. Хамитов Н. В. Философия и психология пола / Н. В. Хамитов. – К. : Ника-Центр, 2001. – 224 с.
4. Братусь Б. С. Смысловая вертикаль сознания личности / Б. С. Братусь // Вопросы философии. – 1999. – № 11. – С. 81–89.
5. Шишкин А. Н. Гериатрия : учебное пособие для студ. сред. проф. учеб. заведений / А. Н. Шишкин, Н. Н. Петрова, Л. А. Слепых. – М. : Издат. центр «Академия», 2008. – 192 с.
6. Зозуля Т. В. К проблеме профилактики психических расстройств пожилого возраста / Т. В. Зозуля // Психология зрелости и старения. – 2000. – № 2 (10). – С. 115–123.
7. Зоткин Н. В. Физиологические изменения, связанные с нормальным старением, и работа с пожилыми людьми / Н. В. Зоткин // Психология старости и старения : хрестоматия / сост. О. В. Краснова, А. Г. Лидерс. – М. : Издат. центр «Академия», 2003. – С. 378–383.
8. Носко И. В. Психология развития и возрастная психология / И. В. Носко [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://window.edu.ru/resource/985/40985/files/dvgu106.pdf>.
9. Кузнецова Э. С. Исследование эмоциональной сферы лиц пожилого возраста / Э. С. Кузнецова // Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии : междунар. заоч. науч.-практ. конф. (26 декабря) : материалы конф. – Новосибирск : СибАК, 2012. – 160 с.
10. Эриксон Э. Психологический кризис развития пожилого человека / Э. Эриксон // Учебное пособие по психологии старости. – Самара : Издательский дом БАХРАХ-М, 2004. – С. 325–328.
11. Рошак К. Психологические особенности личности в пожилом возрасте : автореф. дис. на соискание ученой степени д-ра психол. наук / К. Рошак. – М. : АПН СССР НИИ общ. и пед. психол., 1990. – 19 с.
12. Ярошенко Е. Ю. Стоматологические и социально-психологические особенности лиц пожилого и старческого возраста : автореф. дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук : спец. 14.00.53 «Геронтология и гериатрия» / Е. Ю. Ярошенко. – М., 2004. – 22 с.
13. Василенко Н. Ю. Социальная геронтология / Н. Ю. Василенко. – Владивосток : Изд-во Дальневосточного университета. – 2007. – 250 с.
14. Немчин Т. А. Специфика социально-психологических факторов генезиса эмоций и их проявления в пожилом возрасте / Т. А. Немчин // Психология старости. Хрестоматия / под ред. Д. Я. Райгородского. – Самара : Бахрах-М, 2004. – С. 412–425.
15. Сергеев И. И. Психогенное патологическое развитие личности в позднем возрасте / И. И. Сергеев // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1986. – № 11. – С. 1655–1659.
16. Табачникова В. С. Психологическая подготовка пациентов перед стоматологическим вмешательством / В. С. Табачникова // Архив психіатрії. – 2009. – Т. 1, № 56. – С. 72–76.
17. Chakour M. C. The effect of age on A delta and C-fibre thermal pain perception / M. C. Chakour, S. J. Gibson, M. Bradbeer // Pain. – 1996. – V. 64. – P. 143–152.
18. Collins L. G. Pain sensitivity, age and activity level in chronic schizophrenics and in normal adults / L. G. Collins, L. A. Stone // British Journal of Psychiatry. – 1966. – V. 112. – P. 33–35.
19. Harkins S. W. Detection and decision factors in pain perception in young and elderly men / S. W. Harkins, C. R. Chapman // Pain. – 1976. – V. 2. – P. 253–264.
20. Harkins S. W. The perception of induced dental pain in young and elderly women // S. W. Harkins, C. R. Chapman // The Journal of Gerontology. – 1977. – V. 32. – P. 428–435.
21. Селезнев С. Б. Особенности общения медицинского персонала с больными различного профиля (по материалам лекций для студентов медицинских и социальных вузов) [Электрон-

- ный ресурс] / С. Б. Селезнев // Медицинская психология в России : электронный научный журнал. – 2011. – № 4. – Режим доступа к журн. : http://www.medpsy.ru/mprj/archiv_global/2011_4_9/nomer/nomer23.php.
22. Колчина Т. В. Страхи у пожилых людей. Организация психологической помощи [Электронный ресурс]. – Волгоград : Волгоградский областной геронтологический центр, 2011. – 18 с. – Режим доступа : uszn.volgnet.ru/export/sites/uszn/folder_7/pril12_0911.doc.
23. Бойко В. В. Менталитет врача-стоматолога и пациента: аспекты психологии и этики / В. В. Бойко. – СПб., 1999. – 42 с.
24. Бойко В. В. Маркеры профессионализма стоматолога во взаимодействии с пациентом на платной основе / В. В. Бойко // Труды VI съезда Стоматологической ассоциации России. – М., 2000. – С. 9–12.
25. Бойко В. В. Менталитет врача-пациента: аспекты психологии и этики / В. В. Бойко // Институт стоматологии. – 2001. – № 2. – С. 46–53.
26. Бойко В. В. Пациент с негативным стоматологическим опытом / В. В. Бойко // Институт стоматологии. – 2002. – № 1. – С. 11–13.
27. Большаков Г. В. Стрессоподобное состояние у пациентов при ортопедическом лечении / Г. В. Большаков, Л. И. Гиллер, Е. П. Иванова // Новое в стоматологии. – 1996. – № 3. – С. 46–47.
28. Драгобецкий М. К. Адаптация к съемным пластиночным протезам / М. К. Драгобецкий // Стоматология. – 1985. – Т. 64, № 4. – С. 78–80.
29. Feinmann C. Psychogenic pain: presentation and treatment / C. Feinmann, M. Harris // Brit. Med. J. – 1984. – Bd. 228. – P. 436–438.
30. Zitzmann N. U. Patient satisfaction with removable implant supported prostheses in the edentulous mandible / N. U. Zitzmann, C. P. Marinello // Schweiz Monatsschr. Zahnmed. – 2006. – V. 116 (3). – P. 237–244.
31. Горбатков А. А. Эмоциональное благополучие пожилых людей в условиях социально-экономических перемен: дом престарелых и свой дом / А. А. Горбатков // Психология зрелости и старения : научно-практический журнал. – 2006. – № 1 (33). – С. 39–57.
32. Черносивтов Е. В. Проблемы активизации жизни пожилых людей / Е. В. Черносивтов // Психология зрелости и старения : научно-практический журнал. – 2008. – № 1 (41). – С. 19–39.
33. Rokke P. D. Depression treatment preferences in younger and older adults / P. D. Rokke, F. Scogin // Journal of Clinical Geropsychology. – 1995. – Bd. 1. – P. 243–257.
34. Семеновских С. В. Особенности психотерапии в условиях гериатрического стационара / С. В. Семеновских // Геронтология и гериатрия : материалы конф. – Екатеринбург : Изд-во УрГМА, 1999. – С. 90.
35. Arnold E. Interpersonal relationships: professional communication skills for nurses / E. Arnold, K. Underman-Boggs // Interpersonal relationships. – Philadelphia: WB Saunders, 1999. – P. 23.
36. Трейси Д. Актуально ли сопереживание в качестве средства общения в современном здравоохранении? / Д. Трейси // Вестник первой областной клинической больницы. – Екатеринбург. – 2002. – № 3–4 [Электронный ресурс]. – Режим доступа : http://vestnik.okb1.mplik.ru/3_4_02/036.html.
37. Арьев А. Л. Пожилой человек, его здоровье в контексте глобальных проблем современности, состояние и пути развития геронтологии и гериатрии / А. Л. Арьев // Сб. материалов конференции. – СПб. : Санкт-Петербургское философское общество. – 2002. – С. 108–112.
38. Биомедицинская этика / [под общ. ред. Т. В. Мишаткиной, С. Д. Денисова, Я. С. Яскевич]. – Мн. : ТетраСистемс, 2003. – 319 с.
39. Соколова В. Ф. Проблемы долгосрочной медико-социальной помощи пожилым людям / В. Ф. Соколова, Н. В. Черноусова // Психологическая зрелость и старение. – 2002. – № 3. – С. 163–168.
40. Мякотных В. С. Психологические особенности пациентов гериатрического стационара / В. С. Мякотных, Т. А. Боровкова, А. А. Баталов // Успехи геронтологии. – 1999. – Вып. 3. – С. 150–154.

I.I. Соколова, Н.М. Савельєва

**МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ
ХВОРИХ ГЕРІАТРИЧНОГО ПРОФІЛЮ**

Аналіз наукової літератури та власні спостереження показують, що успіх лікування стоматологічних захворювань (зазвичай досить високий) може знизитися внаслідок вікових психофізіологічних змін, емоційних розладів, характерних для літніх людей. Тому, приділяючи належну увагу в роботі з хворими геріатричного профілю психологічним аспектам діагностичного та терапевтичного процесу, підвищенню рівня комунікативної компетентності, лікар-стоматолог забезпечує ефективність професійної взаємодії.

Ключові слова: стоматологічне лікування, хворі геріатричного профілю, емоційні розлади, комунікативна компетентність.

I.I. Sokolova, N.N. Saveleva

**MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF DENTAL TREATMENT OF PATIENTS
OF GERIATRIC PROFILE**

The analysis of scientific literature and our own observations indicate that successful treatment of dental diseases (usually quite high) may be reduced as a result of age-related psycho-physiological changes of mood disorders specific to the elderly. Therefore, with due attention to working with geriatric patients Profile psychological aspects of the diagnostic and therapeutic process, improve the level of communicative competence, the dentist provides effective professional interaction.

Key words: dental treatment, patients of geriatric profile, emotional disorders, communicative competence.

Поступила 10.05.13