

ем развития диабетических ком врачи различных специальностей должны знать эту патологию и уметь оказывать квалифицированную помощь в экстремальных ситуациях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов В. Г. Руководство по клинической эндокринологии. М., Медицина, 1977.—2. Васюкова Е. А. Проблемы диабетологии. М., Медицина, 1972.—3. Ефимов А. С., Комиссаренко И. В., Скробонская Н. Л. Неотложная эндокринология. М., Медицина, 1982.—4. Михайлов Ю. М., Ковалев Н. Б., Колонтай Т. П. Пробл. эндокринолог., 1983, 1.—5. Писарская И. В. и др. Практическое пособие по клинической диабетологии. М., 1982.—6. Ожильви К. Экстренная помощь в медицинской практике. М., Медицина, 1984.—7. Р. Уильямс С. Диабет. М., Медицина, 1964.—8. Хардинг В. Современная инфузионная терапия. Парентеральное питание. М., Медицина, 1982.

Поступила 24 октября 1984 г.

УДК 616—008.19—08:615.851

СКОРАЯ «ДУШЕВНАЯ» ПОМОЩЬ ЛИЦАМ В КРИЗИСНЫХ СИТУАЦИЯХ

А. М. Карпов

Кафедра психиатрии (зав.— доктор мед. наук Д. М. Менделевич) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова

Встреча любого врача с человеком, находящимся в состоянии социально-психологической дезадаптации, вполне вероятна, поэтому каждому врачу нужно иметь представление о средствах первой «душевной» помощи и уметь ее оказывать. Сразу уточним, что речь пойдет о проведении именно первой встречи с обратившимся и об оказании ему неотложной «душевной» помощи, так как она имеет определяющее значение по ряду причин. Пациент, решивший обратиться за помощью, испытывает потребность объяснить себе и окружающим, что с ним произошло. Именно в данный момент он более всего открыт и доступен психотерапевтическому контакту [7]. Такое состояние бывает неустойчивым и кратковременным, поскольку люди в эти минуты становятся легко ранимыми, застенчивыми, неуверенными в правильности своего решения довериться врачу. В любой момент мотивы, заставившие их обратиться к доктору, могут смениться на противоположные. При квалифицированно проведенной интенсивной психотерапии во время первой встречи с врачом 30—39% пациентов перестают нуждаться в дальнейшей помощи психотерапевта, то есть адаптируются сами [7]. Остальным 60—70% пациентов бывает нужна психотерапия. Поэтому при необходимости после оказания первой «душевной» помощи врач, не являющийся специалистом, должен направить пациента к психиатру и проконтролировать, чтобы тот попал к нему на прием. Психиатр дифференцирует ситуационную реакцию от душевного заблуждения, выявит суицидальную опасность, осуществит при необходимости надзор, госпитализацию и лечение. Для проведения первой психотерапевтической беседы с обратившимся не обязательно быть психиатром. Для работы в суицидологических центрах, имеющих в большинстве развитых стран, широко привлекаются добровольцы — люди разных, а не только медицинских профессий, обладающие такими качествами, как доброта, бескорыстность, способность сопереживать, умение долго и терпеливо выслушивать чужие переживания, желание помочь страдающему человеку [1]. Пациенты, о которых идет речь, сами к психиатрам, как правило, не обращаются, опасаясь взятия на учет, огласки, госпитализации и т. п. [2].

Лица, находящиеся в состоянии душевного кризиса, нужно принимать немедленно, откуда их не отсылать и не отпускать от себя по причинам, указанным выше. Чтобы удержать обратившегося, нужно установить с ним доброжелательный эмоциональный контакт, проявить искреннее сочувствие, понимание и готовность помочь. Прежде всего пациенту нужно дать возможность высказаться и эмоционально отреагировать на психотравмирующую ситуацию, при этом «не судить, не критиковать и даже не удивляться» [1, 7]. Такая «исповедь» обратившегося уже несколько уменьшит его эмоциональную напряженность и создаст предпосылки для помощи на интеллектуально-логическом уровне. Затем вместе с пациентом, постоянно снижая его эмоциональность и укрепляя рассудочность, следует провести конструктивный анализ особенностей его личности и психотравмирующей ситуации [5, 7].

При анализе личности обратившегося нужно подчеркнуть его индивидуальность и отметить положительные черты характера (способность глубоко и тонко чувствовать, благородство, честность, интеллектуальность, мужество и др.), которые помогут справиться с душевным срывом, поверить в себя и свои силы [7].

При анализе психотравмирующей ситуации и концепции конфликта обратившемуся нужно показать, что его представление о своем положении как о неразрешимом и невыносимом — не более как субъективное мнение «выбитого из колеи» человека, поэтому всякие оценки являются относительными, тем более в состоянии сильного волнения и растерянности. В беседе следует стремиться уменьшить значимость и неопределенность нерешенных проблем, а также выявить факторы, способствующие восстановлению адаптации пациента (люди, с которыми общается пациент: родители, дети, друзья, сотрудники, администрация, общественность на работе; работа, увлечения, нереализованные возможности, работа над самим собой и т. п.). С учетом потенциальных возможностей самого обратившегося, людей, с которыми имеются эмоционально значимые отношения, и других факторов кризисную ситуацию нужно представить разрешимой хотя бы в принципе, если не сейчас, то через некоторое время, которое можно приблизить.

Внимание пациента, прикованное к прошлому и к страданиям, нужно переключить на будущее, в котором ему следует предоставить активную роль. Нужно наметить конкретный план действий, ведущих к успеху, и увлечь этим пациента; внушить ему, что допущенные им ошибки и перенесенные страдания не пройдут для него без пользы, поскольку будут способствовать обогащению жизненного опыта, дальнейшему развитию, станут испытанием на «прочность» его самого и его отношений с друзьями и близкими.

Если врач владеет приемами психотерапии, то пациента можно ознакомить с техникой аутогенной тренировки, которая поможет научиться управлять своей нервной системой и организмом в целом, сохранять самообладание во всех ситуациях, развивать и укреплять необходимые качества характера и т. п. Таким образом, пациента нужно не только успокоить и обнадежить, но и отвлечь, «вооружить» способом восстановления здоровья, самовоспитания и самосовершенствования [5]. Если врач знаком с методикой гипнотерапии, то можно в гипнозе провести ряд лечебных, учебных и воспитательных внушений.

При необходимости продолжения и расширения психотерапевтических воздействий, а также при наличии соответствующей ситуации можно использовать элементы «игровой» психотерапии. Одеть пациента в белый халат и ввести его в новую противоположную для него роль — роль врача, спокойного и мудрого человека. Для этого можно оставить на приеме несколько больных, которым не повредит присутствие в кабинете постороннего лица в белом халате. На примерах принятых больных можно показать относительность страданий обратившегося, их преходящий характер, а также стойкость и мужество, с которыми люди преодолевают недуги. Можно переключить пациента с переживаниями своих несчастий на сострадание другим людям и оказание им помощи.

Кроме психотерапии, при необходимости сразу нужно оказать обратившемуся и социальную помощь — гарантировать выдачу больничного листа, предоставление академического отпуска, обращение к родителям или к администрации и т. д., то есть предпринять меры, незамедлительно и конкретно облегчающие положение пациента.

К применению лекарственных препаратов при оказании скорой «душевной» помощи нужно подходить с большой осторожностью. Дело в том, что большинство врачей, исходя из того, что фармакотерапия несравненно менее трудоемка, чем психотерапия, ограничиваются назначением подобным пациентам транквилизаторов и антидепрессантов. Но суицидологи установили, что самоубийства совершаются как раз после приема терапевтической дозы названных препаратов. Это объясняется тем, что ослабление эмоционального напряжения приводит к прорыву «антисуицидального барьера», и человек, будучи в безвыходном положении, «спокойно» принимает решение лишить себя жизни [4]. Назначать транквилизаторы можно только для усиления эффекта психотерапии, а также в том случае, когда есть полная уверенность, что у пациента нет мыслей о самоубийстве. Решение такого сложного и ответственного вопроса следует предоставлять специалистам.

Под предлогом подбора препарата, выяснения возможности обучения аутогенной тренировке, получения консультации и т. п. нужно направить обратившегося к психиатру или психотерапевту, предварительно создав положительный настрой на этих специалистов.

Перечисленный перечень психотерапевтических приемов для оказания первой «душевной» помощи может быть продлен, применен в большем или меньшем объеме, в указанной или в иной последовательности с учетом возможностей врача и обратившегося. В качестве резюме вышесказанного приведем минимум результатов, которых нужно достигнуть при первой беседе с человеком, находящимся в состоянии социально-психологической дезадаптации.

— Удовлетворение обратившимся потребности высказаться о мучающих его переживаниях, сопровождающееся снижением эмоциональной напряженности.

— Конструктивный анализ личности обратившегося и психотравмирующей ситуации с выявлением факторов, создающих позитивные перспективы в ближайшем будущем.

— Разработка конкретного плана действий для создания приемлемого положения и нормализации состояния обратившегося, к выполнению которого следует приступить сразу же по окончании беседы.

— Исключение психического заболевания, требующего надзора и госпитализации.

После снятия острого кризисного душевного состояния 60—70% пациентов нуждаются в дальнейшей реабилитационной работе. Она включает психологические, социальные, педагогические, правовые аспекты и может быть квалифицированно проведена лишь соответствующими специалистами при их совместной работе в условиях кабинетов социально-психологической помощи [3, 6], которые работают пока только в крупнейших городах. Подобные кабинеты, как показала практика, необходимо открывать повсеместно.

ЛИТЕРАТУРА

1. Амбрумова А. Г., Данилова М. Б., Тихоненко В. А. В кн.: Актуальные проблемы суцидологии. Труды Московского НИИ психиатрии. М., 1978, т. 82.—2. Амбрумова А. Г., Бородин С. В., Тихоненко В. А. Там же.—3. Амбрумова А. Г., Бородин С. В. Там же, 1981, т. 92.—4. Козловский В. М. Там же.—5. Ларичев В. П. Там же.—6. Тихоненко В. А., Михлин А. С., Ревин В. П. и др. Там же.—7. Конончук Н. В., Семенова-Тян-Шанская Н. В., Константинова О. Ю. В кн.: Сб. трудов «Исследование механизмов и эффективности психотерапии при нервно-психических заболеваниях». Л., 1982.

Поступила 14 июня 1984 г.

ЮБИЛЕЙНЫЕ ДАТЫ

УДК 616—092 (092 Толпегина)

ПРОФЕССОР ТАТЬЯНА БОРИСОВНА ТОЛПЕГИНА

В декабре 1984 г. исполнилось 60 лет со дня рождения и 37 лет трудовой деятельности заведующей кафедрой общей клинической патологии Казанского института усовершенствования врачей им. В. И. Ленина, доктора медицинских наук, профессора Татьяны Борисовны Толпегинной.



Т. Б. Толпегина родилась 25 декабря 1924 г. в Казани в семье служащих. В 1947 г. она окончила лечебный факультет Казанского медицинского института, затем аспирантуру на кафедре патологической физиологии под руководством проф. А. Д. Адо и работала на этой же кафедре ассистентом и доцентом. В 1952 г. Татьяна Борисовна защитила кандидатскую диссертацию на тему: «К патогенезу брадикардии при брюшном тифе», в которой установила роль аллергии в метаболизме нарушения сердечной деятельности при этой инфекции. В 1954—1956 гг. по командировке МЗ СССР Т. Б. Толпегина возглавляла кафедру физиологии Государственного университета в МНР (г. Улан-Батор). Возвратившись из заграничной командировки, она продолжила научные исследования и обобщила их результаты в докторской диссертации «Некоторые механизмы аллергической реакции

желчного пузыря», защищенной в 1966 году. Вскоре она избирается по конкурсу на должность заведующей кафедрой функциональной диагностики Казанского института усовершенствования врачей.

В 1970 г. в нашей стране начата подготовка врачей-аллергологов и создается в Казани первая в системе институтов усовершенствования врачей кафедра аллергологии, которую возглавила Татьяна Борисовна. В 1979 г. она избирается по конкурсу на должность заведующей кафедрой общей клинической патологии.

Высококвалифицированный и талантливый педагог, Татьяна Борисовна читает лекции по актуальным вопросам патологии на высоком научном уровне, проводит большую методическую работу по оптимизации учебного процесса. Под ее руководством была составлена новая программа цикла тематического усовершенствования врачей по иммунологии, опубликовано три учебных пособия. Главным направлением научных исследований Т. Б. Толпегинной являются проблемы иммунологической реактивности и патогенеза аллергических заболеваний: бронхиальной астмы и предастмы,