

1. Баширова Д. К. Основы глюкокортикоидной терапии инфекционных болезней. Казань, Татарское книжное издательство, 1979. — 2. Губарев Е. А. Фармакол. и токсикол., 1971, 6. — 3. Карпман В. Л. Фазовый анализ сердечной деятельности. М., Медицина, 1965. — 4. Кетиладзе Е. С., Крымов В. Ф., Князева Л. Д., Пен Д. И. Клин. мед., 1977, 10. — 5. Кетиладзе Е. С., Крымов В. Ф., Князева Л. Д. и др. Тер. арх., 1978, 2. — 6. Комаров Ф. И., Ольбинская Л. И. Начальная стадия сердечной недостаточности. М., Медицина, 1978. — 7. Комиссаренко В. П. В кн.: Труды 1-го съезда эндокринологов. М., 1972. — 8. Лещенко А. И. Врач. дело, 1973, 12. — 9. Лобан К. М., Покровский В. И. В кн.: Руководство по инфекционным болезням. М., Медицина, 1977. — 10. Селиверстов С. А. Фармакол. и токсикол., 1970, 2. — 11. Селезнев Ю. М., Преображенский С. Н., Преображенский А. Н. Бюлл. Всесоюзн. кардиол. центра АМН СССР, 1979, 2. — 12. Соловьев Г. М., Гебель Г. Я., Честухин В. В. и др. Кардиология, 1976, 7. — 13. Фельдман С. Б. Ранняя диагностика сердечной недостаточности. М., Медицина, 1976. — 14. Auinger W. Wien. Z. inn. Med., 1966, 47, 301. — 15. Destaing F. Rev. med. Dijon, 1967, 2, 4. — 16. Müller S., Ebner E., Ebner S. Des deutsche Ges. wesen, 1973, 35, 1641.

УДК 616—081.213:616.891.4

ПРОЯВЛЕНИЯ АКЦЕНТУАЦИИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ У БОЛЬНЫХ В САНАТОРНО-КУРОРТНЫХ УСЛОВИЯХ

В. Н. Беляев

Кафедра профессиональных заболеваний (зав. — проф. В. А. Данилин) Куйбышевского медицинского института им. Д. И. Ульянова

Реферат. С целью выявления распространенности акцентуаций психоэмоциональной сферы у больных в санаторно-курортных условиях проведено тестирование по анкете Шмишека. У больных неврастенией выявлена большая выраженность дистимности, циклотимности, экзальтированности, педантичности, инертности эффекта. Предложены возможные способы ускорения психологической адаптации больных к санаторным условиям в зависимости от конкретного типа акцентуированности их психоэмоциональной сферы.

Ключевые слова: санаторно-курортные условия, неврастения, акцентуации психоэмоциональной сферы, психологическая адаптация.

Библиография: 5 названий.

Санаторное лечение ограничено сравнительно короткими сроками. Однако на этот период новая среда полностью заменяет привычное окружение больного и включает в себе потенциал воздействий, психологически не только положительных, но и отрицательных. Поэтому возникает необходимость уделять особенное внимание облегчению, ускорению психологической адаптации пациентов к санаторно-курортной «внешней» среде.

С 1964 по 1977 г. мы наблюдали 150 больных неврозами и психосоматическими заболеваниями в санаториях «Красная Глинка», им. Чкалова Куйбышевского территориального Совета по управлению курортами профсоюзов, а также в санатории-профилактории Волжского автозавода им. 50-летия СССР (г. Тольятти).

Основным методом наших исследований, дополняющим общепринятый диагностический комплекс в санаториях, был клинико-психологический. Кроме этого, мы анализировали характер и степень акцентуаций психоэмоциональной сферы больных.

Обследоване 100 больных неврастенией дополнялось опросом по анкете Шмишека [5] в нашем переводе и в нашей редакции [1, 3]. Таким же способом была обследована группа из 50 практически здоровых лиц, отдохавших в 1974 г. в куйбышевских домах отдыха «Стахановец» и «Здравница». По ряду демографических признаков группы больных неврастенией и контрольная были идентичными.

В группе больных неврастенией у 72 лиц невроз сочетался с соматическими заболеваниями, у 24 синдром астении осложнялся чертами невроза навязчивых состоя-

ний, у 4 — истерическими, у 18 — чертами невротической депрессии. У 6 больных длительность заболевания неврозом составляла менее 1 года, у 39 — 1—3 года, у 35 — 4—10 лет, у 20 — свыше 10 лет.

Оценивая конституциональные психоэмоциональные особенности больных, мы часто встречали как бы смягченные варианты психопатий [2, 4а]. Поэтому мы «снизили порог» выявления личностных особенностей, использовали более «чуткий» метод их диагностики, продолжая рассматривать их в то же время в рамках принятой клинической типологии.

Для этой цели оказалось практически удобным пользоваться понятием «акцентуированной» личности [4б]. Такая личность заметно выделяется из своей среды конституциональными особенностями в способах переработки эмоций, темпе психической деятельности и его устойчивости, а также в «уровне» настроения и его стабильности. У акцентуанта повышается потенциал как социально полезных, так и социально негативных свершений, и поэтому направление его деятельности в значительной степени определяется воспитанием, социальной средой.

Очевидна особая актуальность диагностирования следующих акцентуаций: дистимности, циклотимности, экзальтированности. Однако и другие акцентуации должны учитываться, поскольку они в значительной мере определяют индивидуальность больного и особенности его психологической адаптации к санаторно-курортным условиям. Остановимся на обобщении клинических наблюдений за проявлениями акцентуаций и на способах их учета для достижения психологической адаптации больных.

Для лиц с выраженной гипертимностью характерны ускоренный темп психической деятельности и повышенное настроение. Постоянная особенность — жажда деятельности, оптимизм, повышенная активность. К условиям санатория приспосабливаются быстро. Однако именно они склонны к недооценке важности режима. Поэтому в случаях отсутствия приобретенных «сдерживающих начал» необходимо предпринимать энергичные попытки сделать этих лиц менее «легкомысленными» в их отношении к своему заболеванию и режиму.

Для лиц с выраженной дистимностью характерно настроение пониженного, тоскливого тона. Они от природы серьезны, склонны воспринимать действительность пессимистически, как бы «через темные очки». При этом темп психической деятельности снижен по сравнению со статистически средним его уровнем. Их трудно побудить к деятельности, у них несколько замедлены ассоциативные процессы мышления. При психотравмирующих воздействиях легко реагируют разочарованием, глубоким снижением настроения, дают депрессивные реакции. Адаптация к санаторным условиям у них протекает медленно. Дистимные личности не склонны к чересчур шумным развлечениям. Они нагнетают атмосферу солидности и серьезности, охотно общаются с людьми старше себя. Для них не характерно нарушение санаторного режима в пользу развлечений. Положительный эффект лечения они оценивают сдержанно: «Посмотрим, что будет потом», «Неизвестно, надолго ли», «Поживем — увидим». Целесообразно организовать таким лицам общение в компаниях с несколько повышенным тоном настроения, направлять их внимание на положительные стороны санаторной жизни, рекомендовать ознакомление с произведениями искусства развлекательного жанра, глубоко и настойчиво аргументировать положительный прогноз заболевания.

Пациенты с циклотимной акцентуацией чрезвычайно лабильны, в запасе средств реагирования у них нет настроения нейтрального тона и среднего психического темпа. Поэтому даже в обычных условиях в их реакциях заметны или следы веселости, благодушия, или налет грусти, печали, тоски. У этих лиц уровень настроения нестойкий, в сильной степени зависит от внешних причин, событий. Лабильность их поведения дезориентирует окружающих и может становиться причиной недоразумений и конфликтов.

В благоприятных условиях циклотимии чаще склоняются к гипертимному тону. Это происходит и в санатории, если он соответствует ожиданиям больного. Однако при его несоответствии установкам больного может произойти снижение настроения до субдепрессивного. Оценка пациентом эффекта санаторного лечения зависит от фазы его настроения: она или преувеличенно высокая, или необоснованно низкая. Необходимо пристальное врачебное наблюдение за таким больным, с тем чтобы уловить начавшуюся перемену настроения и своевременно оптимизировать его.

Акцентуация типа экзальтированности отличается более глубокими и сильными реакциями. У таких лиц достигается крайняя степень восторженного состояния или отчаяния, особенно в сфере морально-этических отношений. В период разочарования и грусти необходимо отвлечение всеми доступными санаторными методами.

Акцентуация типа сензитивности характеризуется большой глубиной эмоционального проникновения. Относительно малый повод оставляет глубокий эмоциональный след, такие лица являются самым тонким индикатором окружающего их эмоционального климата. На фоне грубых людей они выглядят «мимозоподобными». Они постоянно готовы сочувствовать, а сами легко ранимы и обидчивы. У них снижен порог восприятия конфликтных воздействий, в ответных реакциях характерным образом выражен вегетативный компонент (сердцебиение, потливость, нарушения сна, головные боли). Сензитивные разборчивы в выборе участников для общения. На них ощутимо действуют просчеты в обеспечении эстетического уровня развлекательных мероприятий. Срок адаптации у них особенно жестко зависит от выполнения в учреждении лечебно-охранительного режима и не бывает ускоренным. Сензитивные лица чутко реагируют на проявленное к ним внимание. Им следует разъяснить положительные и отрицательные стороны сензитивности. Обычно они охотно соглашались с объяснением, что относятся к группе тонко чувствующих людей. После этого проявляют готовность мириться со своей вегетативной лабильностью, как следствием их натуры. Таким образом удается изменить отношение больных к мимолетным «беспричинным» сердцебиениям, потливости и другим симптомам, которые могут удерживаться и усиливаться при фиксации на них внимания.

Акцентуация боязливости — конституционально обусловленная готовность к реакциям страха, испуга, с соответствующим вегетативным компонентом. Больные осторожны, исполнительны по отношению к врачам и режимным назначениям. Период адаптации протекает без особенностей, если не возникает новых страхов и опасений, вызванных ятрогенным путем или в результате бесед с фобически настроенными больными. Отрицательную реакцию вызывает назначение им таких процедур, как внутривенные вливания, дарсонвализация, душ Шарко. Больным следует разъяснять особенности их психоэмоционального склада. Необходимо воспитание адекватного отношения к своему заболеванию путем использования приемов отвлечения: игр, развлечений, лечебной гимнастики.

При выраженной акцентуации типа демонстративности повышена способность вытеснять из ясного поля сознания любое чувство, которое может помешать достижению ближайшей цели. При социально-адекватной установке такие больные быстро адаптируются к санаторию, так как для них легко «вчувствоваться» в любую среду. Они выполняют назначения врача и требования режима демонстративно, иногда с пафосом, как бы подавая пример другим больным. Однако при эгоцентрической установке личность подобного психоэмоционального склада склонна давать неадекватные выразительные реакции, в основе которых лежит стремление привлечь к себе внимание и добиться наибольших льгот.

Принято считать, что в подобных случаях таким лицам санаторное лечение не показано. Другое характерное для них патологическое реагирование — принятие роли больного, «уход в болезнь». Здесь необходимо воспитывать волю к выздоровлению, больным следует сообщать о случаях выздоровления при сходных состояниях.

Акцентуация типа педантичности связана с неудовлетворительным функционированием психологического «механизма» вытеснения: нерешительностью, медленным решением эмоциональных альтернатив. Больные с такой особенностью «застывают» на переживаниях опасений, страха, так как не могут их вытеснить с быстротой и полнотой, доступными большинству людей.

Неизбежная при поступлении в санаторий ломка привычного стереотипа вызывает нередко некоторое ухудшение самочувствия, естественное для периода адаптации. Опасения, мимолетные для большинства людей, педантичных лишаю покоя надолго и удлиняют период адаптации. Такие лица педантичны в выполнении назначений врача и требований режима. Им трудно освободиться от страха перед возможными последствиями каких-либо поступков, выходящих за пределы предписаний. Нередко больные подолгу раздумывают, какую процедуру им принять в первую очередь, достаточен ли интервал между ними, как совместить их с участием в развлечениях. Они болезненно реагируют на нарушение санаторного режима другими больными (несоблюдение тихого часа, времени отхода ко сну). Им предписывается полностью отдалиться от развлечений, выполнению лечебных и тренирующих процедур. Этим создаются условия для вытеснения из их сознания многих страхов и опасений и достигается адаптация к санаторной среде.

Обычно переживаемые чувства как бы «тают» после кратковременных реакций на что-либо. У лиц же с акцентуированной инертностью аффекта они чрезмерно длительное время влияют на их дальнейшее поведение. Такие пациенты остаются в плену у каких-либо эмоций: неприязни, симпатии, собственного достоинства, ревности.

Возникающая при повторных реакциях кумуляция чувств властно побуждает личность к соответствующей деятельности. Опасения по поводу заболевания трудно поддаются коррекции и нередко, претерпевая невротическое развитие, дают начало стойким нозофобиям. Такие лица реагируют на санаторные условия в соответствии со своей предшествующей аффективной установкой; возможную у них реакцию разочарования крайне трудно купировать. Ко всем врачебным и режимным назначениям они относятся также крайне предвзято, и сломить их «упрямство» удастся далеко не всегда. Следует иметь в виду, что подавляющее большинство жалоб на погрешности в обслуживании написано именно такими людьми. У них следует проводить психотерапевтическую диагностику и «разведку» аффективных установок. Вопрос о необходимости их коррекции решается индивидуально в каждом конкретном случае, с учетом трудностей осуществления этого в сжатые сроки санаторного лечения, когда более приемлемы компромиссы.

Последняя из рассматриваемых акцентуаций — импульсивность. Пациенты с акцентуацией импульсивности дают взрывы эмоций, наиболее «древних» в биологическом плане. Они становятся чрезвычайно конфликтными в ситуациях, вызывающих гнев, злобные реакции. При адаптации в санатории у них возможны конфликты с окружающими, так как нередко они раздражительны, вспыльчивы, гневливы. Медицинскому персоналу следует вести себя с такими лицами спокойно, директивно, немногословно.

Акцентуация в каждом отдельном случае обычно касалась нескольких психоэмоциональных черт. Некоторые виды таких сочетаний и комбинаций способствовали компенсации заостренных личностных особенностей, другие увеличивали готовность к невротическим реакциям и развитиям. Так, комбинация инертности аффекта с гипертимностью помогает переключению с эмоционально отрицательных переживаний на иные, положительного тона. В других случаях боязливость в сочетании с дистимностью и в комбинации с педантичностью и инертностью аффекта предрасполагала к фиксации различного рода опасений и способствовала невротическому развитию.

Выявление перечисленных и других акцентуаций позволяет определить конкретные клинически обоснованные меры по психологической адаптации больных к санаторным условиям.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беляев В. Н., Бондаренко В. М., Новинская И. Н. В кн.: Научная конференция врачей КБШ ж. д. Куйбышев, 1974. — 2. Ганнушкин П. Б. Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика. М., 1930. — 3. Beljaew W. N. Psychiat. Neurol. med. Psychol., 1979, 31, 6. — 4. Leonhard K. a) Individualtherapie der Neurosen. Jena, 1962, b) Akzentuierte Personallichkeiten. Berlin, 1968. — 5. Schmieschek H. Psychiat. Neurol. med. psychol., 1970, 22, 10.

Поступила 15 апреля 1980 г.

ДИСКУССИИ

УДК 616.24—002.2(005)

КЛАССИФИКАЦИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ПНЕВМОНИИ

Проф. Н. В. Путов, проф. В. Н. Саперов, проф. Г. Б. Федосеев

ВНИИ пульмонологии МЗ СССР и Чувашский государственный университет им. И. Н. Ульянова

Реферат. Предложена новая классификация хронической пневмонии, предусматривающая указание в диагнозе локализации и фазы процесса, степени его активности, типа обострения, характера течения и осложнений. К непосредственным осложнениям отнесены бронхоэктазы, легочная недостаточность и хронический диффузный бронхит.

Ключевые слова: хроническая пневмония.

Библиография: 10 названий.