ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПАТОГЕНЕЗА ПНЕВМОНИИ У ПОДРОСТКОВ

Дипломная работа

Оглавление

Введение

Глава 1. Литературный обзор

1.1 Проблема пневмонии в подростковом возрасте: медицинский аспект

1.2 Проблема пневмонии в подростковом возрасте: психологический и психофизиологический аспекты

Глава 2. Организация, материалы и методы исследования

Глава 3. Результаты исследования

Глава 4. Обсуждение результатов исследования

Выводы

Список использованной литературы

# Введение

пневмония подросток психологический патология

Социальная и медицинская значимость заболеваний органов дыхания обусловлена их возрастающей распространенностью, сохранением на протяжении многих лет высокого уровня заболеваемости и существенным влиянием на качество и продолжительность жизни больных. [24]

Патология органов дыхания занимает одно из первых мест в структуре общей заболеваемости. Среди детей и взрослых возрастает частота острых повторных пневмоний, бронхиальной астмы. Велика распространенность хронического бронхита с закономерным развитием дыхательной недостаточности, легочной гипертензии и недостаточности кровообращения. Хроническая бронхо-легочная патология часто приводит к потере трудоспособности и инвалидизации. Несмотря на огромные усилия по усовершенствованию медикаментозной терапии и большой арсенал средств с антибактериальной, противовоспалительной и другой направленностью, проблема лечения бронхо-легочных заболеваний далека от разрешения.

Наряду с наследственными факторами и конституциональными особенностями этиопатогенетическими факторами легочных заболеваний являются также психологические и психофизиологические характеристики.

Многие авторы [33, 9] указывают на высокую встречаемость у взрослых больных пневмонией признаков выраженной психологической дезадаптации, неадекватных поведенческих реакций на процесс лечения, внутриличностных конфликтов. Не менее актуальным является изучение в дополнение к медицинскому психологического и психофизиологического аспектов пневмонии в подростковом возрасте, являющемся наиболее сенситивным к формированию и обострению бронхо-легочной патологии.

Таким образом, актуальность работы определяется необходимостью изучения патогенетических аспектов пневмонии у подростков в связи с ростом распространенности этого заболевания, тяжестью его клинических проявлений и частотой летальных исходов в данном возрастном периоде. Любая болезнь, в том числе и пневмония, оказывает негативное влияние на развитие здоровой личности, а психоэмоциональное состояние подростка влияет на продолжительность периода лечения и выздоровления, поэтому исследование патогенетических особенностей несет прогностическую ценность для врачей и медицинских психологов.

Для получения целостной картины заболевания и выявления предрасположенности личности к этому заболеванию, необходимо прояснить влияние психоэмоционального состояния ребенка на продолжительность периода лечения и выздоровления за счет рассмотрения психологического и психофизиологического аспектов в дополнение к уже рассмотренному медицинскому.

Цель исследования: изучить психологические и психофизиологические особенности как аспекты патогенеза пневмонии у подростков.

Задачи исследования:

1. Изучить психологические особенности подростков с пневмонией.
2. Изучить психофизиологические особенности подростков с пневмонией.
3. Предложить рекомендации по оказанию психологической помощи подросткам с пневмонией на основании полученных данных.

Предмет исследования: психофизиологический статус подростков с пневмонией.

Объект исследования: психологические и психофизиологические особенности подростков с пневмонией.

Гипотеза: определенные психологические и психофизиологические особенности, такие как: тревожность, эмоциональная неустойчивость, раздражительность влияют на патогенез пневмонии у подростков.

# Глава 1. Литературный обзор

Специалисты пульмонологической службы Красноярского края краевой клинической больницы Е.А. Пучко, Ю.А. Терещенко, Б.П. Маштаков представили следующие статистические данные по Красноярскому краю [24]: болезни органов дыхания в Красноярском крае занимают лидирующую позицию. За три года с 1998 по 2000 уровень заболеваемости на 1000 населения составил соответственно 160,5, 182,5 и 193,7. В 2000 году по краю зарегистрировано более 67 тысяч больных неспецифическими легочными заболеваниями, наибольшая доля приходится на хронический обструктивный бронхит. Заболеваемость пневмониями за последние три года на 1000 населения составляет 2,8, 3,0 и 3,4 на 1000 населения. В структуре болезней органов дыхания констатируется тенденция к увеличению тяжелых форм легочных заболеваний. Отмечается высокая летальность от пневмоний, она составляет за последних три года соответственно 2,6%, 3,1%, 2,9%.

По мнению академика А.Г. Чучалина, болезни органов дыхания к 2012-2015 гг. станут ведущей патологией среди населения России [35].

С конца 80-х годов ХХ века отмечается тенденция к росту заболеваемости и летальности как у нас в стране, так и во всем мире. В развитых странах заболеваемость пневмониями составляет от 3,6 до 16 на 1000 человек. В настоящее время во всем мире пневмонии занимают 4 – 5-е место в структуре причин смерти после сердечно-сосудистой патологии, онкологических заболеваний, цереброваскулярной патологии и хронических обструктивных заболеваний легких (ХОЗЛ), а среди инфекционных болезней – 1-е место.

Большое значение придается госпитальной пневмонии (которая возникает при нахождении пациента в стационаре). Она составляет приблизительно 10 – 15% от всех госпитальных инфекций. Смертность при внутрибольничных пневмониях составляет от 30 до 80%. Продолжительность временной нетрудоспособности составляет в среднем 25,6 дня и может колебаться в пределах 12,8 – 45 дней [24].

Статистика определяет необходимость совершенствования медицинской и психологической помощи населению с заболеваниями органов дыхания.

## Проблема пневмонии в подростковом возрасте: медицинский аспект

Пневмония – острый инфекционно-воспалительный процесс, поражающий преимущественно респираторный отдел легочной ткани, как правило, имеющий бактериальную этиологию, характеризующийся инфильтрацией и заполнением альвеол экссудатом, и проявляющийся общей реакцией на инфекцию, локальными, физикальными симптомами и инфильтративными заполнениями на рентгенограммах [36].

В рамках Европейского Общества пульмонологов и Американского Торакального общества врачей для упорядочения методов диагностики и, особенно, способов лечения рассмотрена и рекомендована следующая клиническая классификация пневмоний:

В Международной классификации болезней 10-го пересмотра представлено разделение пневмоний в зависимости от этиологического фактора, и это позволяет говорить о нозологической самостоятельности каждой пневмонии. Без указания этиологии диагноз пневмония носит синдромный характер [28].

Рисунок 1 Классификация пневмоний



Пневмония может быть как самостоятельным заболеванием, так и развиваться на фоне других патологических состояний (другие болезни, травмы, послеоперационный период, кома).

К предрасполагающим факторам относятся: переохлаждение (особенно в условиях повышенной влажности), острая респираторная вирусная инфекция, высокая загазованность, физическое и умственное переутомление, перенесенные заболевания легких, недостаточное питание, курение. У пожилых людей и у тяжелобольных из-за недостаточной активности причиной пневмонии могут быть застойные явления в легких.

Исследование, проведенное В.П. Сильвестровым в 1998 году [26], показало, что частота развития бронхитов и воспалений легких в течение первого года жизни в случаях интенсивного курения матерями увеличивалась на 7-21% по сравнению с детьми некурящих. Отмеченная корреляция ограничивалась преимущественно первым годом жизни. Результаты исследования здоровья детей школьного возраста в связи с курением их родителей не столь определенны, хотя имеются доказательства влияния курения матерей на болезни органов дыхания у детей и подростков. Химические вещества табачного дыма, в особенности цианистый водород, акролеин, аммиак, двуокись азота, формальдегид, оказывают прямое пагубное воздействие на ткань легких, увеличивается вероятность развития заболеваний легких [27].

В возникновении пневмонии важную роль играют различные бактерии (пневмококки, стафилококки, стрептококки, гемофильная палочка и т. д.) и вирусы, являющиеся ведущими факторами риска возникновения легочного воспаления.

Однако вызываемые вирусами изменения в легких называть пневмонией не следует, и, более того, необходимо четко от нее отграничивать по клинико-рентгенологическим признакам, поскольку подходы к лечению этих двух состояний принципиально различны.

Чаще всего пневмонией нельзя заразиться, ее развитие связано исключительно с состоянием защитных сил организма. Однако, согласно последним исследованиям, вирусы гриппа привлекают бактерии пневмонии. Поэтому опасность получить воспаление легких после гриппа всегда выше.

Отыскать истинного виновника пневмонии в каждом конкретном случае помогут микробиологи, выявляющие возбудителя из так называемого биологического материала (мокроты, смыва из бронхов, полученного при бронхоскопии). В сложных случаях необходимо использовать мультиспиральную компьютерную томографию органов грудной клетки [10].

### Основания для постановки диагноза

Диагноз "воспаление легких", как и много лет назад, ставит врач, который простукивает и прослушивает легкие. Обязательным является рентгенография или флюорография, возможно дополнительно потребуется проведение бронхоскопии.

Характерное затемнение на рентгенограмме - достоверный признак воспаления легких. Медицина сейчас располагает прекрасными диагностическими методами и мощным арсеналом антибиотиков, поэтому от пневмонии погибают редко. Однако на один выявленный случай заболевания приходится несколько скрытых, чреватых осложнениями.

В общем анализе крови при пневмонии определяется увеличение скорости оседания эритроцитов (СОЭ), лейкоцитоз (повышение количества лейкоцитов – основной признак общего воспаления), повышение содержания палочкоядерных нейтрофилов (указывает на наличие выраженного гнойного воспалительного процесса).

Наиболее ярков выраженными признаками воспаления легких являются:

1. внезапное повышение температуры с ознобом,
2. "вторая волна" повышения температуры при гриппе или ОРВИ,
3. длительный сухой или влажный кашель на фоне простудного заболевания,
4. кашель с гнойной мокротой или с прожилками крови,
5. боль в грудной клетке при глубоком дыхании или кашле,
6. одышка в спокойном состоянии, учащенное сердцебиение,
7. слабость, потливость, головная и мышечные боли.

Тяжесть течения пневмонии зависит от выраженности интоксикации, дыхательной недостаточности, обширности поражения, наличия осложнений пневмонии [21].

Воспаление легких обычно начинается на первой неделе острой респираторной инфекции. Хотя ОРЗ чаще имеют вирусную природу, на их фоне очень быстро "поднимает голову" бактериальная флора. Вирусная инфекция нарушает защитные барьеры дыхательных путей и легких, способствуя тем самым появлению очагов бактериальной инфекции; именно бактерии и вызывают пневмонию. Бывает также вирусная пневмония, которую может вызвать вирус гриппа.

### Профилактика пневмонии

Профилактика пневмонии основана на соблюдении общих санитарно-гигиенических принципов (режим труда, проветривание помещений, борьба с запыленностью, курением, полноценное питание и т. д.). Большое значение имеют закаливание, санация очагов хронической инфекции. Также необходимо своевременное и адекватное лечение заболеваний, которые сопровождаются поражением легких. **Важным моментом в лечении и профилактике пневмонии является правильная постановка дыхания [27].**

### Особенности протекания пневмонии у подростков

Подростковый возраст, являющийся переломным в становлении физического и психологического статуса человека, накладывает отпечаток на течение ряда заболеваний (А. Е. Личко). В среднем около 12 лет начинается период полового созревания, означающий гормональную перестройку всего организма. Также, у детей школьного возраста и у подростков из-за постоянного роста всего организма зачастую бывает ослабленный иммунитет, а нежная слизистая оболочка дыхательных путей со множеством кровеносных сосудов облегчает распространение воспалительного процесса.

У большинства детей, заболевших гриппом, вскоре начинается бронхит и пневмония [20]. Частые покашливания, слабость, обильный пот, плохой сон, еле заметная синюшность кожи вокруг красной каймы губ, вечернее повышение температуры – симптомы пневмонии у детей. Но только внимательно пpослушав легкие и опираясь на данные рентгеновского снимка (детей нельзя подвергать флюорографии), можно поставить точный диагноз. Коварство пневмонии в том, что она протекает при невысокой (до 38°С) или даже при нормальной температуре тела. При дальнейшем развитии заболевания у ребенка учащается дыхание, может нарушиться его ритм. Отмечается напряжение крыльев носа, которые становятся как бы неподвижными и бледными. Далее появляется "охающая" одышка, а крылья носа раздуваются. Кожа больного приобретает сероватый оттенок. В патологический процесс вовлекается сердечно-сосудистая система, нарушается работа кишечного тракта. Появляется вялость, значительно снижается двигательная активность, может сохраняться беспокойство [21].

Подростковый возраст является периодом становления характера — в это время формируется большинство характерологических типов. Именно в этом возрасте различные типологические варианты нормы ("акцентуации характера") выступают наиболее ярко, так как черты характера еще не сглажены и не скомпенсированы жизненным опытом. Д. Н. Исаев перечисляет следующие свойства здоровой личности подростка: оптимизм, уравновешенность, адекватный уровень притязания, необидчивость, адекватная самооценка, независимость, самоконтроль, энергичность, активность, целеустремленность, отсутствие устойчивых ощущений напряжения и такие социальные показатели, как адекватное восприятие социальной действительности, интерес к окружающему миру, ответственность, направленность на общественно полезное дело.

## Проблема пневмонии в подростковом возрасте: психологический и психофизиологический аспекты

По данным Барбашиной Т.А. и Жидких Б.Д. [5], чем больше выражена чувствительность к стрессовым воздействиям, раздражительность, эмоциональная неустойчивость, конфликтность, чем выше уровень тревоги, напряженности, невротизации, тем ниже и скорость проходимости бронхов у больных с легочными заболеваниями.

Анализ связи между показателями спирометрии и данными объективного психологического обследования, проведенный Барбашиной Т.А. и Жидких Б.Д., позволил выявить достоверные корреляции психологических особенностей человека с ЖЕЛ (жизненная емкость легких). ПСПБ (пиковая скорость проходимости бронхов) по сравнению с ЖЕЛ еще в большей степени оказалась связана с психологическими особенностями у таких больных. Оказалось, что чем больше выражена чувствительность к стрессовым воздействиям, раздражительность, эмоциональная неустойчивость, конфликтность, чем выше уровень тревоги, напряженности, невротизации, тем ниже ЖЕЛ и ПСПБ больных с различными заболеваниями легких.

При анализе динамики состояния больных к концу наблюдения выявлено повышение показателей функции внешнего дыхания (ЖЕЛ - на 6,43+1,8%; p<0,05, ПСПБ - на 8,6+2,6%; p<0,1). Одновременно отмечено некоторое снижение показателей по шкалам невротической триады (1, 2, 3) теста СМИЛ.

Согласно результатам анализа клинико-психологических соотношений у легочных больных, более выраженное снижение функции внешнего дыхания отмечается у лиц с высоким уровнем эмоциональной напряженности. Это может быть связано с тем, что эмоциональное напряжение сопровождается увеличением частоты и уменьшением глубины дыхания, в частности за счет увеличения мышечного тонуса скелетной мускулатуры, усилением бронхоспазма.

В свою очередь развитию невротических изменений у этих больных может способствовать астения, наличие которой подтверждается появлением повышенной чувствительности к стрессовым воздействиям, раздражительности. Кроме того, не следует исключать психологическую реакцию, нередко носящую невротический характер, больного на свое заболевание. В процессе реабилитации происходит определенное взаимосвязанное улучшение психологического статуса и функции внешнего дыхания больных. При этом повышение ЖЕЛ в наибольшей степени коррелировало с уменьшением выраженности ипохондрической фиксации внимания на себе и своих ощущениях. Это исследование указывает на большие потенциальные возможности повышения эффективности лечения и реабилитации легочных больных, за счет использования различных методов психотерапии. Улучшение функции внешнего дыхания в процессе наблюдения коррелирует с понижением показателей по шкалам невротической триады (особенно по 3-й шкале) и с повышением значений по 9-й шкале СМИЛ, т.е. с улучшением психического статуса больных [5].

Очевидна связь между показателями спирометрии и такими психологическими особенностями легочных больных как ипохондрия, эмоциональная напряженность, раздражительность, тревожность. Данным исследованием подтверждается важность учета психологических особенностей пациентов при лечении и реабилитации легочных больных. Доказана прямая связь между снижением уровня тревожности, раздражительности, уменьшением фиксации на болезненных ощущениях и улучшением объективных физиологических показателей жизненной емкости легких и скорости проходимости бронхов.

Для подростков с пневмонией характерны следующие психологические особенности по даннымТ.В. Жуковой за 2004 год [12]:

1. повышение профиля по шкале депрессии свидетельствует о склонности больных отвечать на дистресс развитием депрессивной реакции.
2. высокие показатели по 8-й шкале с доминирующей 1-й шкалой интерпретируются как ипохондрическое развитие личности.
3. высокие показатели по шкале социальной интраверсии свидетельствуют о внутренней дисгармонии личности.
4. повышение по шкале достоверности объясняется сниженным контролем над эмоциями в связи с недостаточным их осознанием.

### Психотерапия в лечении больных легочными заболеваниями

Т.В. Жукова в 2004 г. проводила исследование, в результате которого подтвердилась важность применения в лечебной практике терапевтами и пульмонологами психотерапевтического подхода, включающего в себя оказание эмоциональной поддержки в наиболее значимые моменты лечебно-диагностического процесса, а также рациональную психотерапию при сообщении диагноза, прогноза и тактики лечения.

Целью исследования являлось изучение особенностей психологических изменений у больных хроническими заболеваниями легких и их целенаправленная психотерапевтическая коррекция.

С помощью методики многостороннего исследования личности (СМИЛ) в модификации Ф.Б. Березина (1986 г.) Т.В. Жукова оценила психологический статус 78 больных хроническими заболеваниями легких легкой и средней степени тяжести в возрасте от 35 до 55 лет. Для них было характерно повышение личностного профиля по 1, 2, 3, 4, 8-й и F-шкалам.

C учетом выявленных изменений 36 больным был проведен курс позитивной психотерапии. Контролем служили 40 больных, сопоставимых по возрасту и полу, не получавших психотерапию. Эффективность групповой позитивной психотерапии оценивалась по нескольким критериям. Из физиологических критериев были выбраны изменения в клинической картине болезни, показатели функции внешнего дыхания. Психологические изменения оценивались с помощью СМИЛ.

Анализ усредненного профиля СМИЛ у больных выявил достоверное уменьшение количества Т-баллов по шкалам невротической триады, по 7-й и 4-й шкале по сравнению с контрольной группой. После лечения отмечено уменьшение тревожных и депрессивных тенденций, ассоциированных с состоянием здоровья и повышение степени социальной активности, что позволяет рассматривать снижение профиля на шкалах невротической триады и 4-й шкале как неспецифический признак улучшения соматического состояния. Кроме того, уменьшение количества Т-баллов на 7-й шкале после лечения характеризует уменьшение тревожно-фобических тенденций в поведении пациентов, что также можно связать с клиническим улучшением течения болезни, а следовательно и с улучшением качества жизни больных.

Данное исследование свидетельствует о том, что сеансы психотерапии могут достоверно улучшать качество жизни больных легочными заболеваниями, что доказывает необходимость психологической помощи при легочной патологии.

Психосоматический взгляд

Психосоматическое направление является в настоящее время одним из самых интенсивно развивающихся направлений клинической психологии [17]. Все больше исследователей обращаются к проблеме психосоматических явлений, в том числе - к проблеме влияния соматической болезни на психическую деятельность человека. Особенно актуальным в этой области становится изучение самосознания больного человека: его самооценки, отношения к себе, внутренней картины болезни. С другой стороны, не менее актуальной является проблема развития личности ребенка, подростка в условиях соматического заболевания.

Стремление учитывать всю совокупность психических и соматических явлений в норме и патологии человека привело к появлению такой области знаний, как медицинская психология, в основе которой лежит психосоматический подход. Согласно этому подходу, любое соматическое нарушение всегда так или иначе связано с изменениями в психическом состоянии. В некоторых случаях психическое состояние становится главной причиной заболевания, в других случаях они являются толчком, ведущим к болезни. Часто особенности психики влияют на протекание болезни, а физические недуги вызывают психологический дискомфорт, поэтому родителям, врачам нужно уделять внимание коррекции психологического состояния и формированию активной позиции по отношению к болезни. В исследованиях роли психологических факторов, обуславливающих возникновение и течение соматических заболеваний у детей наиболее патогенетически значимыми считаются:

1. Невротические и ипохондрические расстройства
2. Акцентуации характера
3. Нарушение механизмов межличностного и социального общения
4. Астенический синдром

В литературных источниках есть предположения о существовании общих характеристик для подростков с легочной патологией, но нет их подробного описания. Хорошо исследованы бронхиальная астма, бронхит, туберкулез и ОРЗ.

Бронхиальная астма

Бронхиальная астма характеризуется неоднократно повторяющимися приступами затруднения дыхания вследствие сужения бронхов даже самого мелкого калибра из-за спазма мышц воздухоносных путей, чрезмерного выделения слизи и отека слизистой оболочки. Причину бронхиальной астмы видят в аллергии – повышенной чувствительности бронхов к бактериям, вирусам, бытовым аллергенам, аллергенам животных, грибковым, пыльцевым, пищевым, лекарственным, химическим аллергенам. Заболеванию нередко предшествуют неоднократно повторяющиеся инфекции органов дыхания, которые делают их очень ранимыми и облегчают проникновение аллергенов в ткань бронхов.

Определенную особенность представляют семьи детей, страдающих бронхиальной астмой. В подавляющем большинстве случаев родители в той или иной степени обнаруживали несостоятельность как воспитатели, не умели устанавливать гармоничные отношения в семье.

Для больных бронхиальной астмой характерны следующие личностные особенности: чувствительность, тревожность, возбудимость, пугливость, раздражительность, быстрая смена настроений, жажда успеха, демонстративность.

Приступ бронхиальной астмы у детей впервые возникает после острой вирусной инфекции, пищевых погрешностей, психических и физических травм. Часто этому предшествуют повторные воспалительные заболевания носа, глотки, трахеи, бронхов. Приступ может развиться среди полного здоровья. Перед приступом изменяется поведение ребенка, он жалуется на слабость, раздражительность, головную боль, кожный зуд, насморк, обострение эксудативного диатеза. Приступ удушья чаще развивается в вечернее и ночное время и сопровождается затруднением дыхания, которое вызывает испуг и резкое беспокойство ребенка.

В развитии острого приступа психический фактор играет большую роль у всех больных. Подтверждением этого может служить успешное использование для купирования приступов суггестивной терапии или плацебо-эффекта. Другое убедительное доказательство – возможность вызвать приступ удушья гипнотическим внушением эмоционально значимой для больного ситуации.

На сегодняшний день существует огромное количество рекомендаций по использованию разного рода немедикаментозных методов лечения бронхиальной астмы. В ряде случаев наблюдаются положительные субъективные результаты от применения этих методов. Однако все эти подходы, по сути, не являются патогенетическими, то есть не воздействуют на процесс хронического аллергического воспаления.

Уменьшая степень спазма бронхов, вырабатывая у больного выносливость к имеющимся нарушениям бронхиальной проходимости, эти подходы дают возможность улучшить субъективное самочувствие или повысить качество жизни астматика, но не могут заменить ему необходимого минимального количества лекарств.

Бронхит

Хронический бронхит - самое распространенное заболевание. Именно этой патологией обусловлена первичная инвалидизация 50 процентов больных заболеваниями легких. В России хронический бронхит встречается у 10-20% населения.

Бронхит вполне может развиться как самостоятельное заболевание (первичный бронхит), однако чаще всего он является осложнением острой респираторной инфекцией или простуды (вторичный бронхит), причем особенностью воспаления бронхов является опасность присоединения еще и бактериальной инфекции.

Главным признаком бронхита является кашель со светлой, желтовато-серой или зеленоватой мокротой. В некоторых случаях мокрота бывает с примесью крови. Кроме кашля, симптомами бронхита являются болезненность и ощущение спазма в горле, затрудненное дыхание, хрипы и небольшое повышение температуры.

Бронхит бывает острый, хронический и обструктивный:

Появлению острого бронхита предшествует повышение температуры, головная боль, слабость, насморк, подкашливание и саднение в горле, хриплый голос, боль за грудиной, сухой болезненный кашель, конъюктивит. Основным проявлением острого бронхита является кашель, вначале сухой, затем более мягкий, влажный. Дети в отличие от взрослых мокроту не откашливают.

Хронический бронхит чаще всего становится следствием острого бронхита, лечение которого началось несвоевременно и не было доведено до конца, или является следствием того, что не выполнялись предписания врача. Бронхит можно называть хроническим, если в течение двух лет подряд кашель продолжается не менее трёх месяцев в году.

Обструктивный бронхит можно распознать по удлиненному, свистящему выдоху, слышимому на расстоянии, по сухим хрипам. При этом могут быть колебания интенсивности кашля, общего состояния, температуры тела. О затяжном течении бронхита говорят, когда он продолжается более месяца. Типичным осложнением бронхита являются синуситы, отиты. Наиболее частое осложнение – пневмония.

Если бронхит не лечить, то возможен переход к хроническим обструктивным заболеваниям легких, которые характеризуются необратимостью процесса.

Развивающаяся при бронхите гипоксия, влияние медикаментов дополнительно действуют на нервную систему с развитием ответной реакции в виде астенических и психопатологических состояний. С другой стороны, в развитии и течении бронхообструктивных заболеваний психологические особенности и нервно-психические расстройства сами по себе играют роль усугубляющего обстоятельства. Наряду с приоритетом воспалительного компонента в патогенезе бронхообструкции, большое значение для симптома бронхоспазма заключается в личностных особенностях и межличностных отношениях пациентов.

При использовании госпитальной шкалы тревоги и депрессии, разработанной A. S. Zigmond и R. P. Snaith было установлено, что у здоровых людей суммарный показатель тревожности оказался равным в среднем 6,1, а депрессии – 4,1, что соответствует норме. Выявлено, что в группе больных бронхитом показатель тревожности равен 10,2, а депрессии – 9,1. В группе больных бронхиальной астмой показатель тревожности оказался равен – 9,3, а депрессии – 7,2. Таким образом, у больных хроническим бронхитом, и у больных бронхиальной астмой показатели тревожности и депрессии оказались значительно выше, чем у здоровых лиц.

Туберкулез

Ежегодно туберкулезом заболевает более 20 млн людей и умирает около 4 млн. В России зарегистрировано 350 тыс. больных туберкулезом, и, вероятно, еще больше не известно противотуберкулезной службе.

Позднее выявление туберкулеза связано с особенностями его клинических проявлений. Туберкулез не имеет "собственного лица" и протекает под масками разнообразных заболеваний, при этом самочувствие больных почти не страдает. Токсины возбудителя туберкулеза, воздействуя на центральную нервную систему больного, вызывают некоторое возбуждение — эйфорию, и поэтому самочувствие больного обычно не отражает болезненного процесса: больной туберкулезом не считает себя больным. Чаще всего туберкулез, особенно неосложненные его формы, выявляется при плановых обследованиях.

Возбудитель туберкулеза — микобактерия туберкулеза (МБТ) — открыт в 1882 г. Робертом Кохом. Из разных типов МБТ патогенными для человека являются человеческий и бычий типы. Источники инфекции: больной активным туберкулезом человек или животное (чаще крупный и мелкий рогатый скот). Пути передачи инфекции: воздушно-капельный и пылевой, реже — алиментарный (через продукты и посуду больного или через молочные продукты от больной коровы). Ворота инфекции: носоглотка, миндалины, слизистая верхних дыхательных путей, бронхов, реже — поврежденная кожа, глаза, плацента.

Интоксикационные проявления туберкулеза: повышенная утомляемость, сниженная работоспособность у взрослых и ухудшение успеваемости в школе у детей, периодическое повышение температуры, ухудшение аппетита и сна. Это универсальные жалобы для различных форм легочного и внелегочного туберкулеза, связанные с активностью процесса. Боль в боку при туберкулезе связана обычно с поражением плевры. В легочной ткани болевых рецепторов нет, поэтому даже обширные разрушения легких с образованием каверн не сопровождаются болевым синдромом.

Таким образом, туберкулез легких протекает обычно без яркой клинической симптоматики, редко вызывает жалобы, заставляющие больных обратиться к врачу. Перечисленные выше жалобы отмечаются лишь при остро текущих или запущенных хронических формах туберкулеза с осложнениями, большинство форм туберкулеза протекает скрыто, незаметно, без явного нарушения самочувствия.

В отличие от первичного туберкулеза, вторичный туберкулез может развиваться без участия экзогенной инфекции от больных туберкулезом; для его возникновения обычно достаточно собственной (эндогенной) инфекции, сохраняющейся в организме после давнего первичного заражения. Вторичный туберкулез формируется при срыве иммунитета под влиянием различных факторов: переохлаждение или гиперинсоляция, нарушение питания и усвоения полноценных белков, обменные и гормональные нарушения и т. д.

Сама постановка диагноза туберкулез и включение больного в длительный процесс лечения с изменением привычного образа жизни - мощный фактор стресса. После заболевания туберкулезом в 19,5% случаев происходит разрыв отношений больных со знакомыми и родственниками,у каждого десятого больного происходит уменьшение контактов, 23,4% больных отметили появление мер предосторожности со стороны окружающих. В связи с этим 28,6% больных скрывают свое заболевание, остальные не скрывают, но и не афишируют. Проведение психотерапевтических мероприятий позволяет в 2,5 раза сократить случаи преждевременного прекращения лечения и в 4 раза увеличить число больных, лечившихся более 4 мес. Не установлено корреляции между формой туберкулеза и типом психологического ответа, который определялся особенностями личности и не трансформировался в процессе болезни. Интоксикация, гипоксия, нейротоксическое действие препаратов негативно усугубляли личностные характеристики больного.

Существует зависимость результатов лечения от психологического типа отношения к болезни. Прогноз течения и эффективность лечения в определенной мере обусловлены типом личности больного.

Общая оценка больных туберкулезом, независимо от формы заболевания, может быть представлена такими характеристиками больных как раздражительность и неверие в благополучный исход заболевания. Наряду с расстройствами невротического круга у больных отмечено нарастание аффективно-поведенческих нарушений; при этом патохарактерологические реакции (они зафиксированы у 29% обследованных) часто протекают на фоне акцентуаций характера (в основном — истероидного, неустойчивого, эпилептоидного типов). Высокий уровень тревожности отмечен у 12% больных.

Острое респираторное заболевание (ОРЗ).

ОРЗ - это группа болезней, похожих друг на друга. Все они имеют две типичные черты. Первая - это проникновение возбудителя в организм через дыхательные пути. Вторая - при всех ОРЗ поражаются органы дыхания - нос, глотка, гортань, трахея, бронхи. Обе главные черты ОРЗ очень тесно связаны с дыханием, отсюда и название болезни - острое респираторное заболевание. Ключевое слово "респираторное" означает "относящееся к дыханию".

Начинаются ОРЗ обычно остро, неожиданно. Между заражением и заболеванием в среднем проходит около 2 дней. Перед заболеванием человека могут беспокоить: чувство разбитости, слабость, раздражительность. В дальнейшем эти симптомы нарастают, появляется головная боль, сильная слабость, ломота в мышцах, может повышаться температура, развиваться потливость. В зависимости от вида возбудителя, вызвавшего ОРЗ, могут появляться: насморк, боль в горле или кашель. В некоторых случаях совместно с поражением дыхательных путей могут возникать симптомы конъюнктивита — поражения глаз.

Это на первый взгляд безобидное заболевание может давать серьезные осложнения, такие, как пневмония, отит, синусит, поражения сердца и даже менингит. На фоне ОРЗ очень часто обостряются другие имеющиеся у человека заболевания.

Общими чертами подростков с частыми ОРЗ являются эмоциональная возбудимость и чувствительность, тревожность, раздражительность, склонность к уединению, индивидуализм.

Психологические особенности часто болеющих детей достаточно подробно описаны разными авторами (Баранов А. А., Альбицкий В. Ю., Пуртов И. И., 1986; Веселое Н. Г., 1996; Исаев Д. Н., 2000); они всегда связаны со стойким эмоциональным напряжением ребенка.

Веселое Н. Г. утверждает, что частые заболевания ребенка являются факторами риска хронической патологии в подростковом периоде и у взрослых.

Рассмотрев вышеизложенные исследования, проведенные другими авторами, мы посчитали нужным рассмотреть проблему более детально, затронув не только психологические или физиологические стороны заболевания, но их совокупность.

Опираясь на результаты вышеприведенных исследований, мы выделяем следующие особенности, характерные для легочных больных:

Для больных бронхиальной астмой: чувствительность, тревожность, возбудимость, пугливость, раздражительность, быстрая смена настроений, жажда успеха, демонстративность.

Для больных бронхитом: тревожность, депрессия, эмоциональная неустойчивость.

Для больных туберкулезом: раздражительность и неверие в благополучный исход заболевания, черты истероидного, неустойчивого, эпилептоидного типов.

Для больных ОРЗ: эмоциональная возбудимость, чувствительность, тревожность, раздражительность, склонность к уединению, индивидуализм, стойкое эмоциональное напряжение.

Общими для легочных больных являются следующие особенности: тревожность, эмоциональная неустойчивость, раздражительность, чувствительность.

Также можно выделить характеристики, специфические для каждой патологии: для больных бронхиальной астмой – демонстративность, для больных бронхитом – склонность к депрессии, для больных туберкулезом – пессимистичность, для больных ОРЗ – индивидуализм.

Исходя из контекста психосоматического подхода и вышеуказанных особенностей легочных больных, мы предполагаем, что эмоциональное состояние, личностные особенности могут играть такую же значительную роль и в патогенезе пневмонии.

# Глава 2. Организация, материалы и методы исследования

Исследование проводилось на базе детского пульмонологического отделения краевой клинической больницы №1.

Было обследовано 20 детей в возрасте 12-15 лет.

Диагноз по МКБ-10: класс Х, блок J10-J18, пневмония.

Мы использовали периодизацию Д. Б. Эльконина, в которой подростком называется человек в возрасте от 11 до 15 лет. Эта периодизация совпадает с той, которую применяют врачи детского пульмонологического отделения краевой клинической больницы № 1.

В исследовании использовались следующие методы:

1. Клиническая беседа.
2. Опросник Р. Б. Кетелла CPQ [1]. Метод оценки индивидуально-психологических особенностей личности. Является модификацией взрослого варианта 16-факторного личностного опросника Р. Кеттелла, и был специально разработан и адаптирован для детей школьного возраста. Вопросы в тесте специально подобраны так, чтобы быть понятны ребенку — он проще и содержит меньшее количество вопросов. Содержит 12 шкал для измерения степени выраженности основных личностных черт. Опросник Кеттела является одним из наиболее распространенных анкетных методов оценки индивидуально-психологических особенностей личности как за рубежом, так и у нас в стране. Данное их количество было выявлено с помощью факторного анализа из наибольшего числа поверхностных черт личности, выделенных Кеттелом. 0 и 10 стен – крайние значения степени выраженности какой-либо личностной характеристики. 5 стен – характеристика не выражена.

Описание 12 шкал теста Кеттелла CPQ для измерения степени выраженности основных личностных черт:

**А: холодность-доброжелательность.** Высокие оценки свидетельствуют об открытом, общительном дружественном поведении, низкие — об обособленности, холодности и отчужденности.

**B: высокая - низкая степень развития интеллекта**. Высокая оценка отражает хороший уровень развития вербального интеллекта, легкость усвоения новых знаний. Ребенок с низкой оценкой примитивно подходит к решению своих проблем. У таких детей часто отмечается невнимательность, утомляемость. По этому фактору прослеживаются четкие различия между успевающими и неуспевающими школьниками.

**C: эмоциональная неустойчивость-стабильность.** Высокие оценки свидетельствуют о спокойности, уравновешенности, разумности поведения. Низкие — о капризности, непостоянстве, уклонении от трудностей, переменчивости в отношениях и интересах.

**D: уравновешенность-возбудимость**. Шкала выявляет тенденцию отвечать беспокойством, возбуждением, чрезмерно реагировать на внешнее раздражение. Школьники, получившие высокие оценки по этой шкале, легко обижаются на замечания и бурно реагируют на малейшие неудачи. Низкие оценки характеризуют эмоциональную безмятежность и спокойствие.

**E: покорность-независимость**. Школьник, получивший высокий балл по этой шкале, активен, деятелен, настойчив и упрям. При низкой оценке — более послушен.

**F: озабоченность-беспечность**. Высокая оценка по шкале характеризует оптимизм, живость, самоуверенность, низкая — рассудительность, осторожность и предупредительность.

**G: низкая - высокая добросовестность**. Шкала измеряет, в какой степени школьник включен в систему ценностей, характерную для взрослых. В период детства, оценка по этой шкале очень зависит от школьного окружения.

**H: робость-смелость**. Шкала измеряет степень общительности ребенка, также как и фактор А. Но, если школьник с высокой оценкой по фактору А общителен потому, что любит находиться среди людей, то школьник с высокой оценкой по фактору Н общителен потому, что легко и смело взаимодействует с людьми. Ребенок с низкой оценкой по шкале Н испытывает чувство неловкости и неуверенности, избегает общения, скопления людей.

**I: твердость - мягкосердечность.** Высокие оценки по шкале свидетельствуют об утонченности, романтичности, богатом воображении, низкие — о твердости, суровости и мужественности.

**O: самоуверенность - подавленность.** Ребенок, имеющий по данному фактору высокую оценку, полон предчувствия неудач, легко выводится из душевного равновесия, часто имеет плохое настроение, в то же время ребенок с низкой оценкой спокоен, редко расстраивается. Этот фактор более всего коррелирует с проявлением психических нарушений. Высокие оценки по шкале могут являться следствием невроза, депрессии или психической травмы.

**Q3: низкий самоконтроль - высокий самоконтроль**. Высокие показатели по данному фактору могут быть расценены как хорошая социальная приспособляемость, успешное овладение нормами окружающей жизни. Низкие значения свидетельствуют о неумении контролировать свое поведение в соответствии с социальными нормативами, характеризуют плохую организованность ребенка в учебных и других мероприятиях.

**Q4: расслабленность - напряженность.** Высокая оценка по шкале свидетельствует о возбуждении, суетливости, немотивированном беспокойстве, низкая — о спокойствии, вялости, полной самоудовлетворенности.

1. Патохарактерологический диагностический опросник для подростков Н. Я. Иванов, А. Е. Личко. Патохарактерологический Диагностический Опросник (ПДО) для подростков разработан в отделении подростковой психиатрии Психоневрологического института им. В. М. Бехтерева (руководимом проф. А. Е. Личко) в период с 1976 по 1994 гг. ПДО является оригинальной и высокоэффективной психологической методикой для диагностики и квалификации акцентуаций характера и психопатий у подростков. Результаты патохарактерологического исследования могут дать сведения, важные для дифференциального диагноза между психопатиями и преходящими психопатоподобными нарушениями поведения, возникшими на фоне акцентуаций характера. Кроме того, обследование позволяет дать оценку некоторым другим личностным особенностям подростка: психологической склонности к алкоголизации, к делинквентному поведению, к диссимуляции черт своего характера и системы своих личностных отношений, к повышенной откровенности, а также оценить соотношение черт мужественности–женственности в системе личностных отношений [15].

У подростков от типа акцентуации характера зависит многое — особенности "пубертатных кризов", острых аффективных реакций и неврозов (как в их картине, так и в отношении вызывающих их причин). Тип акцентуации также в значительной мере определяет отношение подростка к его соматическим заболеваниям, особенно длительным. Акцентуация характера выступает как важный фактор преморбидного фона при эндогенных психических заболеваниях и как фактор предрасполагающий при реактивных нервно-психических расстройствах. С типом акцентуации характера необходимо считаться при разработке реабилитационных программ для подростков. Знание типа акцентуации характера важно при составлении психотерапевтических программ в целях наиболее эффективного использования разных видов психотерапии (индивидуальной или групповой, дискуссионной, директивной и др.).

Тип акцентуации указывает на слабые места характера и тем самым позволяет предвидеть факторы, способные вызвать психогенные реакции, ведущие к дезадаптации, — тем самым открываются перспективы для психопрофилактики [19].

Наконец, без знания характера подростка трудно бывает решать семейные проблемы, роль которых в развитии нарушений у подростков чрезвычайно велика. При психопатиях и акцентуациях характера у подростков их родители нередко имеют весьма неточное представление об особенностях характера своего сына или дочери, следствием чего бывает неправильное к ним отношение, неадекватные требования, а отсюда взаимное непонимание и конфликты, могущие привести к психосоматическим заболеваниям.

1. Модифицированный восьмицветовой тест Люшера (метод цветовых выборов) Л. Н. Собчик. Методика предназначена для изучения актуального состояния, индивидуального стиля переживания, степени адаптированности обследуемого. Позволяет выяснить степень выраженности болезненно заостренных черт характера. Разработка теста базируется на чисто эмпирическом подходе и изначально связана с установкой на изучение эмоционального и физиологического состояния человека. В основе интерпретационной схемы автора лежит социально-историческая символика цветов, элементы психоаналитического и психосоматического подходов. Его преимущество перед многими другими личностными тестами в том, что он лишен культурно-этнических основ и не провоцирует реакций защитного характера [30].
2. Шкала астенического состояния, созданная Л. Д. Малковой и адаптированная Т. Г. Чертовой. Создана на базе известного опросника MMPI и данных клинико-психологических наблюдений ряда исследователей. Шкала состоит из 30 пунктов-утверждений, отражающих характеристики астенического состояния. Под термином "астеническое состояние", или "снижение психической активации", понимается психическое состояние, характеризующееся общей, и прежде всего психической, слабостью, повышенной истощаемостью, раздражительностью, снижением продуктивности психических процессов, расстройствами сна, физической слабостью и другими вегетативно-соматическими нарушениями. Норма – отсутствие астении - 30 баллов.
3. Метод изучения вариабельности сердечного ритма путем регистрации синусового сердечного ритма с последующим математическим анализом его структуры (кардиоритмография). В структуре сердечного ритма заложена информация, отражающая состояние адаптационно-компенсаторных механизмов. Теория адаптации в настоящее время является одним из фундаментальных направлений современной биологии и физиологии. Адаптационная деятельность организма человека и животных не только обеспечивает выживание и эволюционное развитие, но и повседневное приспособление к изменениям окружающей среды. Несмотря на почти 40-летний срок применения различных методов анализа ВСР в самых разнообразных областях прикладной физиологии и клинической медицины, сфера их использования продолжает расширяться с каждым годом. Принципиально важным является то, что анализ ВСР не является узкоспециализированным методом для решения конкретных диагностических задач. В частности, это оценка функционального состояния организма и его изменений на основе определения параметров вегетативного баланса и нейрогуморальной регуляции. Вариабельность сердечного ритма хорошо отражает степень напряжения регуляторных систем. Важное значение при оценке результатов исследований имеет сравнение полученных данных с показателями нормы. Представление о норме как о некоторой статистической совокупности, значений, полученных при обследовании референтной группы специально отобранных здоровых людей, требует уточнения применительно к анализу ВСР. Поскольку речь идет не об оценке относительно стабильных параметров гомеостаза, а о весьма изменчивых показателях вегетативной регуляции, в данном случае более приемлемым является представление о норме как о функциональном оптимуме [2].

Мощность высокочастотной составляющей спектра (дыхательные волны). Обычно дыхательная составляющая (ДВ) составляет 15-25% суммарной мощности спектра. Снижение этой доли до 8-10% указывает на смещение вегетативного баланса в сторону преобладания симпатического отдела. Если же величина ДВ падает ниже 2-3% то можно говорить о резком преобладании симпатической активности. Если же величина ДВ поднимается выше нормы, это говорит о преобладании парасимпатического отдела нервной системы.

Мощность низкочастотной составляющей спектра (медленные волны 1-го порядка или вазомоторные волны). Этот показатель (МВ1) характеризует состояние симпатического отдела вегетативной нервной системы, в частности, системы регуляции сосудистого тонуса. Мощность медленных волн 1-го порядка определяет активность вазомоторного центра.

Мощность "очень" низкочастотной составляющей спектра (медленные волны 2-го порядка МВ2). Спектральная составляющая сердечного ритма в диапазоне 0,05-0,015 Гц (20-70 с), по мнению многих зарубежных авторов, характеризует активность симпатического отдела вегетативной нервной системы [3, 38].

Метод изучения вариабельности сердечного ритма был взят для того, чтобы посмотреть психофизиологический статус пациентов, особенности вегетативной регуляции, что было обосновано выбранной нами темой.

Мы подбирали методики таким образом, чтобы выявить наиболее значимые патогенетические аспекты, влияющие на клиническую картину болезни.

# Глава 3. Результаты исследования.

Опросник Р. Б. Кетелла (см. приложение 1, 2)

По результатам опросника Кетелла в первой подгруппе подростков с пневмонией (n=4) преобладают факторы: А+ (3 человека), F+ (3 человека), С- (2 человека), I- (2 человека) (рис. 2).

По результатам опросника Кетелла во второй подгруппе подростков с пневмонией (n=16) преобладают факторы: В+ (6 человек), О+ (6 человек), С- (5 человек), Q4+ (5 человек), А- (4 человека), F- (4 человека) (рис. 3).

Рисунок 2

Усредненные результаты опросника Кетелла у подростков с пневмонией I подгруппы (n = 4)

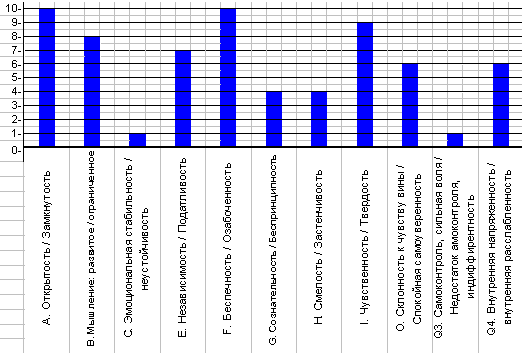
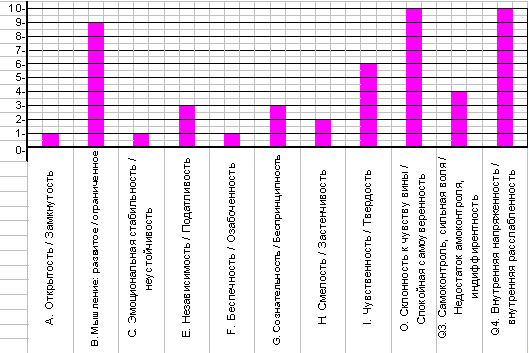


Рисунок 3 Усредненные результаты опросника Кетелла у подростков с пневмонией II подгруппы (n = 16)



Патохарактерологический диагностический опросник (см. приложения 1 и 2)

Типы акцентуаций характера, характерные для первой подгруппы (n=4):

Лабильный тип – 2 человека

Циклоидный тип – 2 человека

Типы акцентуаций характера, характерные для второй подгруппы (n=16):

Циклоидный – 5 человек

Астено-невротический – 4 человека

Психастенический – 6 человек

Эпилептоидный – 3 человека

Восьмицветовой тест Люшера (см. приложения 1 и 2)

20% нормативных выборов (4 человека):

На первой позиции – зеленый, красный цвета;

На второй позиции – зеленый, красный, желтый цвета;

На седьмой позиции – черный, коричневый цвета;

На восьмой позиции – серый цвет;

Средний показатель тревоги – 1,5.

Среднее значение вегетативного коэффициента: 1,2.

80% выборов со смещением основных цветов на последние позиции (16 человек):

На первой позиции - фиолетовый, зеленый, серый цвета;

На второй позиции – зеленый, коричневый, черный цвета;

На седьмой позиции – черный, желтый, коричневый цвета;

На восьмой позиции – серый, синий, коричневый цвета;

Средний показатель тревоги – 4,3.

Среднее значение вегетативного коэффициента: 0,73.

Шкала астенических состояний (см. приложения 1 и 2)

Слабая астения (31-75 баллов) у 2 человек.

Средняя астения (76-100 баллов) у 16 человек.

Выраженная астения (101-120 баллов) у 2 человек.

Минимальное количество баллов – 30 (норма, определенная на выборке из 300 здоровых людей).

Кардиоритмография (см. приложения 1 и 2)

По данным кардиоритмографии у 16 из 20 пациентов выявлено нарушение вегетативной регуляции ритма сердца с преобладанием влияния парасимпатического отдела вегетативной нервной системы.

Усредненные результаты спектрального анализа:

4 человека – в среднем ДВ=25,5%

16 человек – преобладание ДВ (в среднем 44,65% при норме 15-25%)

Среднее значение МВ1 у первой подгруппы - 21,5%

Среднее значение МВ1 у второй подгруппы - 33%

Среднее значение МВ2 у первой подгруппы – 19%

Среднее значение МВ2 у второй подгруппы – 30%

# Глава 4. Обсуждение результатов исследования

По результатам исследования в группе подростков с пневмонией было выделено 2 подгруппы:

1. Подростки с результатами, соответствующими по литературным данным нормам возрастного периода – 4 человека.
2. Подростки с результатами, не соответствующими по литературным данным нормам возрастного периода – 16 человек.

Подростки с пневмонией первой подгруппы охотно шли на контакт, при разговоре смотрели мне в глаза, улыбались открыто. По ходу беседы они переставали закрываться от меня скрещенными руками и ногами, только один из них всю беседу сидел, прижав руки к телу. Лечащий врач описал их как общительных, эмоциональных подростков, которые охотно лечились и почти не жаловались на горькие лекарства и неприятные процедуры.

Для подростков из второй подгруппы была более характерна замкнутость, они были более зажатыми, трое из них предпочитали не смотреть на меня во время беседы. Открыто улыбались и рассказывали о себе только трое из 16 человек. Лечащий врач описал их как часто тревожащихся о чем-то, жалующихся на болезненные ощущения.

Скачки настроения, открытость, энергичность - характеристики циклоидного и лабильного типов акцентуации характера, выявленных в первой подгруппе.

Циклоиный тип. Встречается только в виде акцентуаций характера. При циклоидной акцентуации фазы гипертимности и субдепрессии выражены нерезко, обычно кратковременны (1–2 недели) и могут перемежаться длительными ннтермиссиями. В субдепрессивной фазе падает работоспособность, ко всему утрачивается интерес, подростки становятся вялыми домоседами, избегают компании. Неудачи и мелкие неурядицы тяжело переживаются. В субдепрессивной фазе также плохо переносится крутая ломка стереотипа жизни (переезд, смена учебного заведения и т.п.). Падает биологический тонус, могут спать больше обычного, но встают вялыми, неотдохнувшими. В гипертимной фазе циклоидные подростки не отличаются от гипертимов. Самооценка формируется постепенно, по мере накопления опыта "хороших" и "плохих" периодов. У подростков она нередко бывает еще неточной, так как первые проявления циклоидности начинаются только с половым созреванием. Иногда бывает выражена сезонность фаз: депрессии падают на зиму или на весну, а гипертимные периоды — на осень. В интермиссиях между субдепрессивными и гипертимными фазами никаких особенностей не обнаруживают.

Лабильный тип. Главная черта этого типа — крайняя изменчивость настроения, которое меняется слишком часто и чрезмерно круто от ничтожных и даже незаметных для окружающих поводов. От настроения момента зависит и сон, и аппетит, и работоспособность, и общительность. Чувства и привязанности искренни и глубоки, особенно к тем лицам, кто сами к ним проявляют любовь, внимание и заботу. Велика потребность в сопереживании. Тонко чувствуют отношение к себе окружающих даже при поверхностном контакте. К лидерству не стремятся. Тяжело переносят утрату или отвержение со стороны значимых лиц. Самооценка отличается искренностью и умением правильно подметить черты своего характера. Чрезмерная эмоциональность обычно сочетается с вегетативной лабильностью: легко краснеют и бледнеют, меняется частота пульса, величина артериального давления. Настроение всегда написано на лице.

Для первой подгруппы характерны: открытость, беспечность, чувствительность, эмоциональная неустойчивость, высокий интеллект (по результатам опросника Кетелла).

Для первой подгруппы характерно (по результатам теста Люшера) спокойствие, целеустремленность, активность.

По результатам КРГ и ШАС выявляется низкий уровень астении при высоких адаптационных возможностях.

Вторую группу составили подростки с астено-невротической, психастенической, циклоидной и эпилептоидной акцентуациями характера.

Астено-невротический тип. Встречается только в виде акцентуации характера. Патологический уровень проявляется чаше всего развитием неврастении. Главными чертами являются повышенная утомляемость, раздражительность и склонность к ипохондричности. Утомляемость особенно проявляется при умственных занятиях и в условиях соревнований. При утомлении аффективные вспышки возникают по ничтожному поводу. Самооценка обычно выражает ипохондрические установки.

Психастенический тип. Главными чертами являются нерешительность, склонность к рассуждательству, тревожная мнительность в виде опасений за будущее — свое и своих близких, склонность к самоанализу и легкость возникновения навязчивостей. Отвечать за себя и особенно за других бывает самой трудной задачей. Защитой от постоянной тревоги по поводу воображаемых неприятностей и несчастий служат выдуманные предметы и ритуалы. Если их не выполняют, то это крайне усиливает тревогу за будущее, за благополучие свое и близких, за успех дела, которым заняты. Нерешительность усиливается, когда надо сделать самостоятельный выбор и когда решение касается маловажных повседневных проблем. Наоборот, вопросы серьезные, существенно отражающиеся на будущем, могут решаться с удивительной скоропалительной опрометчивостью.

Эпилептоидный тип. Главной чертой является склонность к состояниям злобно-тоскливого настроения с постепенно накипающим раздражением и поиском объекта, на котором можно было бы сорвать зло. С этими состояниями обычно связана аффективная взрывчатость. Любовь почти всегда окрашена ревностью. Лидерство проявляется в стремлении властвовать над другими. Инертность, тугоподвижность, вязкость накладывают отпечаток на всю психику — от моторики и эмоций до мышления и личностных ценностей. Говорят медленно, веско, никогда не суетятся. Любят культивировать в себе физическую силу, предпочитают силовые виды спорта. Решения принимают не торопясь, весьма осмотрительно, из-за этого иногда пропускают момент, когда надо быстро действовать. Но в аффекте от медлительности не остается и следа, легко теряют контроль над собой, действуют импульсивно. Обычно представляют себя более конформными, чем есть на самом деле.

Они легко утомляются и раздражаются, склонны долго переживать случившееся, не умеют находить выход отрицательным эмоциям и начинают либо мстить, либо уходить в себя. Для них характерны такие личностные особенности, как внутренняя напряженность, ригидность, уход в себя, попытка оградить себя от отрицательных эмоций, неудовлетворенность эмоциональными отношениями и желание их разорвать, потребность производить хорошее впечатление (по результатам теста Люшера).

По результатам опросника Кетелла можно сказать, что во второй группе сильно проявляется внутренняя напряженность, стремление к независимости и склонность к чувству вины, развитое мышление, замкнутость, возбудимость, озабоченность, эмоциональная лабильность, застенчивость.

По результатам КРГ и ШАС выявляется физиологическое и нервное истощение, снижение адаптационно-компенсаторных возможностей организма, недостаток сил на борьбу с болезнью.

По результатам наблюдения, подростки первой подгруппы (с результатами, соответствующими среднестатистической норме) быстрее поправились и выписались (в среднем на 4-5 дней раньше подростков второй подгруппы), что подтверждает патогенетический характер выявленных особенностей у второй подгруппы.

Т.о. патогенетически значимыми психологическими и психофизиологическими аспектами пневмонии являются:

1. склонность к ипохондричности, астеническим проявлениям, тревожность, неумение находить контакт, уход в себя.
2. преобладание парасимпатического отдела нервной системы.

Сравнивая результаты обследования подростков из второй подгруппы с личностными особенностями подростков с бронхиальной астмой, мы предположили, что обследованные нами подростки реагируют на болезнь по психосоматическому типу. Однако для подростков с пневмонией характерна такая специфическая особенность как зависимость от других при той же замкнутости и склонности к уединению (характерных для всех легочных больных).

Опираясь на полученные данные, для оптимизации психоэмоционального состояния подростка в период болезни и реабилитации предлагаются следующие рекомендации по оказанию психологической помощи. Мы считаем необходимым проведение собеседования с родителями или опекунами подростка с целью выяснения обстановки в доме и обстоятельств заболевания. Здесь нужна разъяснительная беседа с родителями подростка, так как для изменения сложившейся ситуации нужно изменить отношение самого подростка и его родителей к болезни, а главное, обратить их внимание на те моменты, которые оказались патогенетически значимыми в развитии легочной патологии. Когда ситуация прояснится для обеих сторон, можно начинать психотерапевтическую работу с подростком. Показаниями для различных видов психотерапии будут патогенетически значимые характеристики подростков: тревожность, эмоциональная неустойчивость, раздражительность, чувствительность.

Для нормализации психологического состояния в период лечения и выздоровления можно рекомендовать суггестивные методы. К ним относят разнообразные психологические воздействия с помощью прямого или косвенного внушения с целью создания у человека определенного состояния или побуждения к определенным действиям.

Для снятия нервно-мышечного напряжения рекомендуется аутогенная тренировка (аутотренинг). Эта методика направлена на овладение навыками психической саморегуляции с помощью релаксационных способов. Аутогенная тренировка проводится в несколько этапов, направленных на освоение упражнений по ослаблению нервно-мышечного напряжения.

При повышенной тревожности мы предлагаем поведенческую психотерапию. Ее основной принцип состоит в выработке условных рефлексов, помогающих человеку справиться с состоянием тревоги, либо в избавлении от рефлексов, эту тревогу поддерживающих. Основные методы - научение и тренинг.

Для коррекции склонности к ипохондрии предлагается когнитивная психотерапия. Основная идея - это то, что различные эмоциональные расстройства возникают в связи с имеющимися у человека отклонениями в оценке реальной действительности в виде "систематических предубеждений". Целью когнитивной психотерапии является исправление ошибочной переработки информации и модификация убеждений в сторону их рационализации и выработки жизненной стратегии здравого смысла.

Для преодоления проблем в общении предлагается психодрама. В процессе этой психотерапевтической методики происходит разыгрывание человеком ролей с целью изучения внутреннего мира и выработки навыков оптимального социального поведения. Человек в процессе игровой деятельности усваивает стереотипы поведения в различных житейских ситуациях, апробирует их, выбирает наиболее подходящие для себя. [25, 29, 37]

Для восстановления вегетативного баланса показаны умеренные регулярные физические нагрузки. [3, 38]

# Выводы

1. Психологическими особенностями подростков с пневмонией являются: неустойчивое настроение, повышенная чувствительность к телесным ощущениям, интровертированность, зависимость, сложности установления социальных контактов.

1.1. Психологическими особенностями подростков с пневмонией первой подгруппы являются неустойчивое настроение, открытость, беспечность, чувствительность, энергичность, целеустремленность.

1.2. Психологическими особенностями подростков с пневмонией второй подгруппы являются неустойчивое настроение, повышенная утомляемость, раздражительность и склонность к ипохондричности, тревожная мнительность, легкость возникновения навязчивостей, обидчивость, злопамятность, замкнутость, чуткость, страхи, избыток побуждений, не находящих разрядки, неумение находить контакт с людьми, негибкость в отношениях, уход в себя, зависимость от других.

2. Психофизиологическими особенностями подростков с пневмонией являются: нарушение вегетативного баланса с преобладанием тормозящих влияний парасимпатического отдела нервной системы и снижением функциональных адаптационных возможностей, повышенная вегетативная лабильность, ваготонический тип реагирования.

2.1. Психофизиологическими особенностями подростков с пневмонией первой подгруппы являются умеренно выраженная ваготония, низкий уровень астении при высоких адаптационных возможностях.

2.2. Психофизиологическими особенностями подростков с пневмонией второй подгруппы являются: высокий уровень психоэмоционального стресса, средняя степень выраженности астенических проявлений, повышенная истощаемость, расстройства сна, ваготонический тонус при сниженных компенсаторных возможностях организма.

3. Для оптимизации психоэмоционального состояния подростков с пневмонией в период болезни и реабилитации, формирования адекватного стиля поведения в стрессовой ситуации, предлагаются следующие рекомендации по оказанию психологической помощи: для восстановления вегетативного статуса, снятия нервно-мышечного напряжения проводить обучение навыкам аутогенной тренировки (аутотренинг) и сеансы телесно-ориентированной психотерапии; для формирования позитивного эмоционального фона и мотивации, нормализации психологического состояния, в период лечения и выздоровления использовать суггестивные методы; коррекцию повышенной тревожности и склонности к ипохондрии проводить с опорой на методы когнитивно-поведенческой психотерапии; для преодоления проблем в общении включить в комплексную программу психологической помощи метод психодрамы.

# Список использованной литературы

* 1. Анисимова О.М. Многофакторный личностный опросник Кетелла (детский вариант): Учебно-методическое пособие. – СПб.: Речь, 2002. – 24 с.
  2. Баевский P.M., Иванов Г.Г. Вариабельность сердечного ритма: теоретические аспекты и возможности клинического применения. Ультразвуковая и функциональная диагностика. М: Медицина, 2001. - С. 106-127
  3. Баевский Р.М., Берсенева А.П. Оценка адаптационных возможностей организма и риск развития заболеваний. М.: Медицина, 1997. – 265 с.
  4. Барановская Т.В. Определение типа характера у подростков: Дисс. канд. мед. наук / Белорусская медицинская академия последипломного образования. – Минск, 2004. – 129 с.
  5. Барбашина Т.А., Жидких Б.Д. Сравнительные аспекты качества жизни больных бронхиальной астмой и гипертонической болезнью//13 национальный конгресс по болезням органов дыхания: Тезисы докл., СПб.: 10-14 ноября 2003 г. — 287 с.
  6. Белоусов Ю.В. Выбор антибиотиков при пневмонии. М.: Materia Medica, 1995. – 286 с.
  7. Брязгунов И.П. Длительные субфебрилитеты у детей (клиника, этиология, патогенез и лечение). М: МИА, 2002. – 145 с.
  8. Валиев Р.Ш. Отклонения в нервно-психической сфере у больных туберкулезом легких и их коррекция в процессе лечения // Казанский медицинский журнал. - 1998. – 2 апр.
  9. Веденина Т.А., Айвазян Ф.А., Зайцев В.П., и др. Влияние психологического статуса на функцию внешнего дыхания у больных с неспецифическими заболеваниями легких. // Вопросы курортологии, физиотерапии и ЛФК. –2002. -1 мая.
  10. Володина Н.Н. Педиатрия. М.: ГЭОТАР, 1996. - 833 с.
  11. Джагинов Е.А., Гладков А.Г. Психологический статус больных с неспецифическими заболеваниями легких // Психологический журнал. -1988. - 95с.
  12. Жукова Т.В. Психотерапия в лечении больных легочными заболеваниями: Дисс. канд. мед. наук / Белорусский государственный медицинский университет. – Минск, 2004. – 179 с.
  13. Зайцев В. П. // Психологические причины болезни // Психологический журнал. -1981. – 5 марта.
  14. Зейгарник Б. В. Клиническая беседа. М.:ГЭОТАР, 1999. – 160 с
  15. Иванов Н. Я., Личко А. Е. Патохарактерологический диагностический опросник для подростков: Методическое пособие. - М.: Фолиум, 1995. - 64 с.
  16. Клиническая медицина: Справочник практ. врача / Под ред. Левина И. Н. - М.: МНПИ, 1997. - 1162с.
  17. Марченко В.Н., Лотоцкий А.Ю., Ловицкий С.В. Механизмы воспаления бронхов и легких и противовоспалительная терапия. - СПб.: Нормед-Издат, 1998, С. 410-429.
  18. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем: десятый пересмотр. М.: Медицина, 2003. - 2434 с.
  19. Мельников А.Н. Психогенные реакции на болезнь и психопрофилактика // Качество жизни. Профилактика. - 2000. – дек.
  20. Мурадова А.М. Симптомы пневмонии у детей // Наш век. - 2004. – ноябрь.
  21. Мухаметзянова В.Г. Клинико-иммунологическая характеристика внебольничной пневмонии у подростков: Дисс. канд. мед. наук / Российский государственный профессионально-педагогический университет. - Челябинск, 2006. – 197с.
  22. Нарицын Н.Н. Упрощенная классификация видов психотерапии. М.: Медицина, 2004. – 78 с.
  23. Парахонский А.П. Психологические нарушения при гипоксических состояниях: Дисс. канд. мед. наук / Кубанский медицинский университет. - Краснодар, 2001. – 218 с.
  24. Пучко Е.А., Терещенко Ю.А., Маштаков Б.П. Статистика бронхо-легочных заболеваний в Красноярском крае: Тезисы. докл. краевой конф., июнь 2000 г. – Кр-ск, 2000. – С. 24-26.
  25. Ремшмидт Х. Психотерапия детей и подростков. М.: Медицина, 2000. – 349 с.
  26. Сильвестров В.П. О диагностике и лечении пневмоний // Терапевтический архив. - 1998. – янв.
  27. Сильвестров В.П. Пульмонология: Учебное пособие. – М.: МИА, 1994. – 420 с.
  28. Символоков С.И. Пневмония: современная классификация и подходы к антибактериальной терапии // Фарматека. – 2003. – май.
  29. Славина Л.С. Дети с аффективным поведением. М.: МИА, 1998. – 317 с.
  30. Собчик Л. Н., Модифицированный восьмицветовой тест Люшера. СПб.: Речь, 2001. - 100 с.
  31. Сороков Н.Г. Совершенствование помощи детям на этапах медицинского обслуживания // XIII областная научно-практическая конференция педиатров: Тезисы докл., ноябрь 1992 г. – Воронеж, 1992. - 134с.
  32. Таточенко В.К., Середа Е.В., Федоров А.М. Антибактериальная терапия пневмонии у детей: Пособие для врачей. – М: СпецЛит, 2000. – С. 77-87.
  33. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Психологическая помощь людям, пережившим тяжелый травматический стресс. – М: СпецЛит, 2003. – 215 с.
  34. Чайк Т.П. Соблюдение санитарных норм в школах и детских садах // Восточный проект. - 2005. – 1 июня.
  35. Чучалин А.Г. Пневмония - актуальная проблема медицины // Терапевтический архив. - 1995. – март.
  36. Шабалов Н.Е. Педиатрия: учебник для мед. вузов. – СПб.: СпецЛит, 2003. – 893 с.
  37. Beckwith L. Parent - infant interaction and infant's social-emotional development. Play interactions: The contribution of play materials and parental involvement to children's development. Lexington: Lexington, 1986. - P. 279-292
  38. W.J. Lauring. Heart rate variability. Standatds of Measurement, physiological interpretation and clinical use. N. Y.: Circulation, 1996. - P. 1043-1065.
  39. Lucsak H. An analysis of heart rate variability N. Y.: Ergonomics, 1973. - P. 85-97.
  40. Saul J.P. Analysis of long-term heart rate variability : methods 1/f scaling and implications. Washington: Computer Society Press, 1987. - P. 419-422.
  41. Whiley J. & Sons. Play Diagnosis and Assessment, N. Y.: Computer Society Press, 1991. – 245 p.