

Е.В. Сухова

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В РАМКАХ «АСТМА-ШКОЛЫ»

Аннотация. Бронхиальной астмой страдает в России более 7 миллионов человек. Медико-социальное значение данного заболевания велико. Широкая распространенность заболевания среди лиц трудоспособного возраста, повышенный риск смерти, нарастающая инвалидизация больных позволяют считать бронхиальную астму социальным страданием. Целью ведения больных является самоконтроль и самоведение заболевания. Обучение больных бронхиальной астмой проводится на занятиях «Астма-Школы». В нашей стране «Астма-Школы» действуют более 20 лет. Однако, уровень информирования больных бронхиальной астмой низкий, они не умеют самостоятельно контролировать свое заболевание.

Целью проведенного исследования была разработка рекомендаций для пульмонологов и терапевтов по обучению больных бронхиальной астмой контролю над заболеванием на основе изучения психологических особенностей больных и причин развития страхов. Обследовано 127 больных бронхиальной астмой, 62 мужчины и 65 женщин стандартными клиническими методами, тестом СММЛ и авторской анкетой по изучению причин специфических страхов. Специфические страхи больных бронхиальной астмой связаны, в основном, с неумением контролировать свое заболевание, купировать приступы удушья, низким информированием. На основе анализа психологических характеристик больных бронхиальной астмой были разработаны рекомендации пульмонологу по ведению «Астма-Школы». Целесообразно установить контрактные отношения с больным человеком, преподносить информацию в виде алгоритма действий, отрабатывать эти действия. Больной должен вести дневник самонаблюдения, совместно с врачом анализировать по нему причины обострений.

Ключевые слова: бронхиальная астма, «Астма-Школа», психологическая коррекция, эмоции, страх, инвалидизация, защитные механизмы, поведение, личностные изменения, рационализация.

Эмоция, по определению, это особый вид психических процессов, которые выражают переживание человеком его отношения к окружающему миру и самому себе¹. Можно сказать, что эмоции связывают для человека действительность и потребности². В зависимости от потребностей человек с помощью эмоций оценивают значимость действующих на него объектов и ситуаций³. Эмоции изменяют, контролируют и направляют поведение человека⁴.

Особенно сильны те эмоции, которые появляются на значимые для индивида события или события, представляющие опасность⁵. В экстремальных ситуациях возникает борьба между естественным для человека инстинктом самосохранения и социальной потребностью следовать определенной этической норме. И подобные ситуации вызывают целую гамму разнонаправленных эмоций.

Хроническое заболевание, сопровождающееся периодическими приступами удушья, можно расценить как экстремальную ситуацию, это основа возникновения сложных отрицательных эмоций⁶.

¹ Андреева Г.М. Социальная психология. М.: Аспект-пресс, 2004. 178 с.

² Щербатых Ю.В. Психология страха. М.: Эксмо, 2002.

³ Щербатых Ю.В., Ивлева Е.И. Психофизиологические и клинические аспекты страха, тревоги и фобий. Воронеж: Истоки, 1998.

⁴ Почепцов Г.Г. Теория коммуникации. М.: Центр, 1998.

⁵ Сухова Е.В., Сухов В.М. Биопсихосоциальная модель хронического туберкулеза легких // Проблемы туберкулеза. 2002. № 2. С. 6–7.

⁶ Бабкина О.Ю., Федосеев Г.Б., Трофимов В.И., Елисеева М.В. Возможности психотерапии в комплексном лечении больных бронхиальной астмой // Пульмонология. 2012, № 5.

Известно, что бронхиальной астмой (БА) страдает в России более 7 миллионов человек⁷. Широкая распространенность заболевания, особенно среди лиц трудоспособного возраста, повышенный риск смерти, не связанный с возрастом заболевшего, нарастающая инвалидизация больных в связи с утяжелением течения заболевания позволяют считать бронхиальную астму социальным страданием⁸. Медико-социальное значение данного заболевания очень велико также в связи с экономическими затратами — как медицинскими расходами и потерями производительности труда, так и расходами социального характера⁹. В связи с этим большое значение имеет осуществление контроля за течением заболевания, дисциплина лечения, сотрудничество между врачом и пациентом. Между тем, результаты исследования ряда отечественных и зарубежных авторов позволили выявить некоторые психологические характеристики больных БА, которые существенно влияют на течение заболевания и точность выполнения врачебных назначений. Бронхиальную астму некоторые исследователи расценивали как «способ патологической адаптации к микросоциальной среде»¹⁰. В структуре личности больных БА были выявлены защитные механизмы, способствующие формированию неадаптивных вариантов копинг-стратегий, вклю-

чающих вспышки гнева и раздражения¹¹. Вначале развиваются обратимые невротические реакции, а затем — соматические, с повреждением внутренних органов, часто необратимым, и, наконец, — психоорганические¹². У больных бронхиальной астмой были выявлены тревога, депрессия, вегетативная дестабилизация¹³. Выраженность эмоциональных расстройств при бронхиальной астме зависит от длительности течения и тяжести БА¹⁴. Неадекватное отношение к заболеванию объясняет низкую дисциплину лечения, отсутствие точности в выполнении врачебных назначений. Однако, в доступной нам литературе мы не нашли результатов изучения непосредственных причин развития тревоги, страха при этом заболевании. Известно, что использование патогенетической психотерапии в комплексной терапии способствует повышению эффективности лечения¹⁵. К сожалению, не всегда у пульмонолога, терапевта есть возможность при-

⁷ Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы. (Пересмотр 2011 г.) / под ред. А.С. Белевского. М.: Российское респираторное общество, 2012. 108 с.; Чучалин А.Г. Предисловие // Бронхиальная астма. В 2-х т. / под ред. А.Г. Чучалина. Т. 1. М.: Агар, 1997. С. 3–9.

⁸ Rea H.H. A care-control study of deaths from asthma / R. Scragg, R. Jackson, R. Beaglehole / J. Fenwick, D.C. Sutherland // *Thorax*, 1986, 41. С. 833–839; Пауэлс Р., Снэшалл П.Д. Практический подход к астме. Ассоциация «Астма и аллергия». СПб., 1995. 174 с.; Сухова Е.В., Фридман И.Л. Взаимосвязь различных аспектов качества жизни больных бронхиальной астмой от социальных клинических лабораторных функциональных показателей // *Пульмонология*. 2010. № 5.

⁹ Клинические рекомендации. Пульмонология / под ред. А.Г. Чучалина. М.: ГЭОТАР, Медиа, 2007. 240 с.; Rea H.H. A care-control study of deaths from asthma / R. Scragg, R. Jackson, R. Beaglehole / J. Fenwick, D.C. Sutherland // *Thorax*, 1986, 41: р. 833–839; Пауэлс Р., Снэшалл П.Д. Практический подход к астме. Ассоциация «Астма и аллергия». СПб., 1995. 174 с.; Сухова Е.В., Фридман И.Л. Взаимосвязь различных аспектов качества жизни больных бронхиальной астмой от социальных клинических лабораторных функциональных показателей // *Пульмонология*. 2010. № 5.

¹⁰ Федосеев Г.Б., Куприянов С.Ю. Бронхиальная астма как способ патологической адаптации к микросоциальной среде // *Тер. архив*, 1985. 75/5. С. 31–36.

¹¹ Бабкина О.Ю., Федосеев Г.Б., Трофимов В.И., Елисеева М.В. Возможности психотерапии в комплексном лечении больных бронхиальной астмой // *Пульмонология*. 2012. № 5; Будневский А.В., Кожевникова С.А., Бурлачук В.Т., Скоков М.В., Трибунцева Л.В. Роль индивидуального обучения в достижении контроля над бронхиальной астмой // *Пульмонология*. 2013. № 1; Овчаренко С.И., Акулова М.Н., Дробижев М.Ю., Смулевич А.Б. Влияние психосоматических соотношений и расстройств личности на динамику контроля течения бронхиальной астмы // *Пульмонология*. 2009. № 3.

¹² Костюнина З.Г. Психические нарушения при бронхиальной астме // *Журнал невропат. и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 1971. Т. 71. Вып. 4. С. 578–583.

¹³ Будневский А.В., Кожевникова С.А., Бурлачук В.Т., Скоков М.В., Трибунцева Л.В. Роль индивидуального обучения в достижении контроля над бронхиальной астмой // *Пульмонология*. 2013. № 1; Овчаренко С.И., Акулова М.Н., Дробижев М.Ю., Смулевич А.Б. Влияние психосоматических соотношений и расстройств личности на динамику контроля течения бронхиальной астмы // *Пульмонология*. 2009. № 3; Сухова Е.В., Фридман И.Л. Взаимосвязь различных аспектов качества жизни больных бронхиальной астмой от социальных клинических лабораторных функциональных показателей // *Пульмонология*. 2010. № 5.

¹⁴ Филипов В.Л. Патогенетическая психотерапия в системе комплексного лечения больных бронхиальной астмой // *Пробл. пульмонологии, ВНИИ пульмонологии*, 1980. Вып. 8. С. 317–321.

¹⁵ Бабкина О.Ю., Федосеев Г.Б., Трофимов В.И., Елисеева М.В. Возможности психотерапии в комплексном лечении больных бронхиальной астмой // *Пульмонология*. 2012. № 5; Филипов В.Л. Патогенетическая психотерапия в системе комплексного лечения больных бронхиальной астмой // *Пробл. пульмонологии, ВНИИ пульмонологии*, 1980. Вып. 8. С. 317–321.

бегать к сотрудничеству с психотерапевтом, психологом при лечении больных бронхиальной астмой. И тогда возникает вопрос о том, каким образом пульмонолог или терапевт может купировать специфические страхи у больных БА, связанные с заболеванием. Врач, помимо приема, общается с больными БА на занятиях «Астма-Школы». Следовательно, на основе изучения психологических характеристик больных БА необходимо разработать рекомендации по оптимизации взаимодействия врача с больными бронхиальной астмой в рамках лечебного процесса и по преодолению специфических страхов у больных БА.

Целью проведенного исследования была разработка рекомендаций для пульмонологов и терапевтов по обучению больных БА контролю над заболеванием на основе изучения психологических особенностей больных и причин развития страхов.

Объект и методы исследования.

Обследовано 127 больных БА, из них 62 мужчины (средний возраст $38,8 \pm 3,7$ лет) и 65 женщин (средний возраст $35,9 \pm 3,6$ лет), жителей Самарской области, страдающих бронхиальной астмой средней тяжести, на базе ГУЗ ММУ № 12. Средняя длительность заболевания у мужчин составила $7,68 \pm 6,47$ лет, у женщин — $9,41 \pm 7,71$ лет. Пациенты были взяты методом сплошной выборки. Клинические методы обследования были стандартными при бронхиальной астме. Лечение больных также было стандартным.

Для изучения психологических особенностей больных был использован стандартизованный многофакторный метод исследования личности (СМИЛ)¹⁶. Методика имеет 3 шкалы достоверности, позволяющие оценить надежность полученных данных, а также установку испытуемых в отношении обследования: шкала «лжи» — L, собственно шкала «достоверности» — F и шкала «коррекции» — K. Анализировались только достоверные результаты тестирования. Интерпретация профиля проводилась по 10 основным шкалам: 1-ая — «сверхконтроля» (Hs), 2-ая — «пессимистичности» (D), 3-я — «эмоциональной лабильности» (Hy), 4-ая — «импульсивности» (Pd), 5-ая —

«женственности-мужественности» (Mf), 6-ая — «ригидности» (Pa), 7-ая — «тревожности» (Pt), 8-ая — «индивидуальности» (Sc), 9-ая — «оптимистичности» (Ma), 10-ая — «интроверсии» (Si)¹⁷. При изложении результатов использовалось кодирование профиля по Уэлшу.

Для изучения этиологии страхов у больных бронхиальной астмой (БА) была разработана специальная анкета (рационализаторское предложение № 514 Самарского военно-медицинского института). Каждый анкетированный письменно подтверждал свое согласие участвовать в исследовании. Разработанная анкета построена по типу самооценки испытуемым собственных страхов, развившихся в ответ на заболевание БА. Страхи с учетом разных причин возникновения выражены утверждениями. Каждое утверждение имеет шкалу, на которой испытуемый самостоятельно отмечал свое предполагаемое положение. Затем ответы с помощью специального ключа переводились в количественные балльные показатели, и обрабатывались по общепринятым статистическим методикам. Анализ результатов анкетирования проводился с помощью статистической программы SPSS, 12.0 версии. Через месяц после анкетирования оно было проведено повторно у 30% респондентов. Расхождений результатов не было.

Полученные результаты.

Больные предъявляли жалобы на сухой кашель, периодические приступы удушья и нарушение ночного сна. Появление дневных симптомов в виде эпизодов свистящего дыхания, заложенности в груди отмечали при «сезонной инфекции» дыхательных путей, а также при использовании в быту различных аэрозолей, или резком перепаде температуры помещения.

У всех наблюдаемых больных бронхиальная астма была средней степени тяжести и в фазе клинической ремиссии. Воспалительный синдром был выражен умеренно (СОЭ $12,1 \pm 1,1$ мм /час, лейкоцитов $6,4 \pm 1,2$ в 1 мкл, фибриноген $3,3 \pm 0,2$ г/л). При анализе функции внешнего дыхания были выявлены бронхиальная обструкция и снижении объемных показателей, соответствующие второй степени нарушения вентиляции по смешанному типу.

¹⁶ Собчик Л.Н. Стандартизованный многофакторный метод исследования личности. Методическое руководство. М., 1990. 80 с.

¹⁷ Овчаренко С.И., Акулова М.Н., Дробижев М.Ю., Смуглевич А.Б. Влияние психосоматических соотношений и расстройств личности на динамику контроля течения бронхиальной астмы // Пульмонология. 2009. № 3.

Бронхоскопическая картина и данные гистологической верификации соответствовали диагнозу «бронхиальная астма».

Для выявления причин страхов было проведено анкетирование по специально разработанной анкете 100 больных из обследованных 127 больных БА — 62 мужчины и 38 женщин. Балльные показатели результатов анкетирования 100 больных БА представлены в таблице 1.

Таблица 1

Балльные показатели результатов анкетирования больных БА

Утверждения	Балльный показатель
Я боюсь наступления приступа	76,18
Я боюсь умереть от приступа удушья	74,54
Я боюсь гормональных препаратов	71,70
Я боюсь привыкнуть к ингаляторам	61,88
Я боюсь, что не смогу сделать карьеру	57,98
Я боюсь, что у лекарств много побочных действий	53,90
Я боюсь проблем с трудоустройством	52,60
Я боюсь, что мне придется вести образ жизни больного	47,60
Я боюсь, что мне придется ограничивать себя в чем-то из-за болезни	33,68
Я боюсь рано умереть	35,64
Я боюсь, что должен изменить привычный образ жизни	28,50
Я боюсь, что не смогу соблюдать все рекомендации	27,32
Я боюсь, что мне назначили много лекарств	20,72

Таким образом, наиболее высокие страхи у больных бронхиальной астмой вызывают как развитие самого приступа удушья, так и страх смерти во время приступа от удушья. Так же высокие балльные показатели страха перед лечением гормональными препаратами и перед страхом привыкнуть к ингаляторам. Следующие по выраженности страхи — не сделать карьеру в связи с заболеванием бронхиальной астмой и перед побочным действием назначенных препаратов.

При корреляционном анализе полученных данных по Пирсону была выявлена прямая статистически достоверная зависимость была между страхами, сформулированными в высказываниях: «Я боюсь, что у лекарств много побочных действий» и «Я боюсь, что мне придется ограничивать себя в чем-то из-за болезни» ($r=0,394$; $p = 0,005$); «Я боюсь, что у лекарств много побочных действий» и «Я боюсь, что не смогу соблюдать все рекоменда-

ции» ($r= 0,384$; $p = 0,003$); «Я боюсь, что у лекарств много побочных действий» и «Я боюсь гормональных препаратов» ($r= 0,415$; $p = 0,001$). Страх перед побочным действием препаратов взаимосвязан с другими страхами — перед лечением гормональными препаратами, страхом ограничивать себя в чем-то из-за болезни и страхом не выполнить все рекомендации. Больной бронхиальной астмой должен выполнять рекомендации по профилактике аллергии, приступов удушья, базисной терапии, питанию, исключить некоторые продукты, убрать аллергены из дома. Невыполнение рекомендаций приводит к обострению процесса и необходимости усиления базисной терапии. Больные из-за страха перед гормональными препаратами то он пытаются снять обострение повышением суточных доз бронхолитика. Превышение дозировок заканчивается развитием побочных эффектов. Таким образом, выявленная прямая значимая корреляция страхов объясняет низкую дисциплину лечения больных БА и невыполнение рекомендаций по профилактике.

Обследованные мужчины были тестированы с помощью методики СМЛ. Уровень оценочных шкал соответствовал необходимому уровню валидности и достоверности. Оценки по трем оценочным и 10 основным клиническим шкалам мужчин, страдающих бронхиальной астмой (БА) и практически здоровых, представлены в таблице 2.

Таблица 2

Показатели СМЛ мужчин с БА и контрольной группы

шкалы	Мужчины с БА		Контрольная группа		T
	M±m	σ	M±m	σ	
L	44,9+1,6	5,99	49,6+2,78	8,78	1,46
F	82,9+2,81	10,5	56,5+4,44	14,02	5,03
K	49,3+1,79	6,74	52,6+2,58	8,15	1,05
Hs	52,1+2,49	9,29	55,1+2,97	9,39	0,78
D	72,4+4,12	15,4	45,4+5,38	16,99	3,99
Hu	63,3+2,89	10,8	55,0+2,68	8,47	2,10
Pd	73,6+2,14	8,0	55,1+3,00	9,47	5,04
Mf	78,9+2,3	8,65	54,4+4,74	14,98	4,65
Pa	66,4+2,3	8,59	49,7+3,14	9,93	4,30
Pt	67,4+3,37	12,6	51,9+3,25	10,28	3,30
Sc	76,9+4,44	16,6	54,0+3,04	9,60	4,25
Ma	70,2+2,7	10,1	64,7+3,78	11,94	1,19
Si	53,1+2,1	7,82	42,1+3,12	9,86	2,94

M — среднее арифметическое по группе
 m — среднеарифметическое отклонение
 σ — стандартное отклонение
 T — критерий

Таблица 3

Показатели СМИЛ женщин с БА и контрольной группы

шкалы	Женщины с БА		Контрольная группа		Т
	M±m	σ	M±m	σ	
L	48,7+2,25	9,76	44,8+0,91	4,56	1,78
F	84,7+2,5	10,9	71,8+1,82	9,09	4,27
K	48,5+2,2	9,61	49,72+0,87	4,34	0,58
Hs	69,9+3,1	13,3	53,2+1,41	7,05	5,39
D	75,4+2,52	11,0	65,2+1,72	8,60	3,47
Hu	66,6+3,03	13,2	55,72+2,24	11,21	2,95
Pd	71,2+2,29	9,92	64,0+1,41	7,03	2,82
Mf	72,8+2,41	10,5	60,84+2,47	12,34	3,41
Pa	69,7+2,94	12,8	61,56+1,69	8,46	2,52
Pt	67,3+2,39	10,4	58,04+2,07	10,35	2,93
Sc	71,1+2,84	12,4	56,48+2,11	10,55	4,21
Ma	64,5+2,34	10,2	60,28+1,52	7,62	1,58
Si	57,5+1,79	7,78	52,4+1,15	5,77	2,51

M – среднее арифметическое по группе
 m – среднеарифметическое отклонение
 σ – стандартное отклонение
 Т – критерий

Код усредненного профиля по Уэлшу в группе женщин с БА следующий — 2548'16739-0/ F"LK:. В контрольной — 24659-78310/ F'KL:.

бокому переживанию травмирующей ситуации, инертны в принятии решений, скептически. Они эмоционально декомпенсированы, нестабильны.

Отмечено общее снижение адаптации, и в частности, к заболеванию. Характерна маскулинизация характера. Им свойственны: мужественность, стремление к независимости, эмансипации, самостоятельности. В контактах они избирательны, склонны рационализировать свои неудачи, избегать повторения негативного опыта. Самооценка понижена. Свойственная разнонаправленность интересов.

Анализ результатов.

Страхи больных БА могут быть преодолены путем рационализации. Больным необходимо знать причины развития приступа удушья и возможности купирования его, в том числе самостоятельно. Всю эту информацию больные получают в рамках образовательной программы «Астма-Школы», где информирование больных БА проводится по разработанной программе¹⁸.

¹⁸ Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы. (Пересмотр 2011 г) / под ред. А.С. Белевского. М.: Российское респираторное общество, 2012. 108 с.

Код усредненного профиля по Уэлшу в группе мужчин с БА — 8429'763-01/ F"KL. В контрольной — 9-143587/620: FK/L:.

У мужчин, страдающих БА, были выявлены экзистенциальный страх и ипохондрическая фиксация на физиологическом неблагополучии, снижена способность к эмоциональному самовыражению, повышенная тревога за здоровье, внутренняя напряженность, мнительность, беспокойство, неуверенность, боязливость, пониженное настроение, эмоциональная незрелость. Им свойственны подростковые эмоциональные реакции, экзальтированность, перепады настроения. Выявлен переход от социально одобряемого удовлетворения к физиологическому гедонизму. Эмоциональный контроль поведения нарушен, повышена импульсивность, снижено самообладание. Отмечена неспособность стойко переносить боль и страдание. Выявлены конформизм и зависимость с одновременным отчуждением от социума. Имеет место некий эксгибиционизм и тенденция к аморальности, что можно интерпретировать как своеобразный копинг-механизм совладения с фрустрирующей ситуацией путем девиантного поведения. Личностная позиция пассивна. Выявлена тенденция к самоизоляции, неспособность бескорыстно прийти на помощь другим, сосредоточенность на собственных проблемах, отсутствие созидательных стремлений. Отмечены эгоистичность побуждений, эгоцентризм, снижение эмпатийного потенциала, слабая заинтересованность нуждами других людей. Снижена выносливость физическая и к интеллектуальному труду. Неспособность следовать своим убеждениям и принципам, неумение адаптироваться к изменяющимся обстоятельствам, приобретать необходимые навыки. В психотравмирующей ситуации склонность давать агрессивные поведенческие реакции.

Группа женщин, страдающих БА, также была обследована с помощью методики СМИЛ. Данные исследования представлены в таблице 3.

У женщин была выявлена эмоциональная лабильность. Им свойственна пассивная личностная позиция. Высокий уровень притязаний сочетается с высокой потребностью в признании. Эмоциональный контроль поведения нарушен, повышена импульсивность, снижено самообладание. Женщины, страдающие бронхиальной астмой, имеют высокие притязания на достижения и хотят иметь определенный социальный успех, пессимистически оценивают перспективы, склонны к раздумьям, к глу-

Наиболее сильные страхи больных БА — перед наступлением приступа удушья и перед страхом задохнуться во время приступа свидетельствуют об отсутствии навыков самоконтроля и самоведения заболевания. А между тем в «Глобальной стратегии лечения и профилактики бронхиальной астмы» пересмотра 2011 г. целью сотрудничества врача и пациента, страдающего бронхиальной астмой обозначено управляемое самоведение, т.е. создание пациенту с БА условий для контроля собственного состояния¹⁹.

Страх перед гормональными препаратами свидетельствует об отсутствии информации об ингаляционных кортикостероидах, о том, что при ингаляционном пути введения доза значительно ниже по сравнению с введением внутрь (примерно в 15–20 раз), ингаляционные кортикостероиды сочетают выраженный местный эффект и быструю инактивацию при всасывании, они превращаются в неактивные метаболиты. Введение кортикостероидов путем ингаляции оказывает хорошее местное действие без системных побочных эффектов. Страх привыкнуть к ингаляторам (бронхолитикам) свидетельствует о том, что больные БА не принимают базисную терапию, а возникновение приступов удушья пытаются купировать чрезмерно большими дозами бронхолитиков. Страх «привыкнуть к ингаляторам» объясняется эффектом рикошета при передозировке симпатомиметиков. Пациент не хочет считаться с тем, что увеличение дозы симпатомиметика — неподходящий и рискованный способ справиться с ухудшением течения болезни, что необходимо ограничить использование симпатомиметиков короткого действия до 3–4 раз в сутки (6–8 ингаляций). Если требуется большее количество ингаляций, то это свидетельствует о том, что течение бронхиальной астмы перестало быть контролируемым, и только врач должен корректировать базисную терапию. Страх перед невозможностью сделать карьеру из-за болезни свидетельствует о том, что больные БА не уверены в собственных возможностях контролировать симптомы своего заболевания. Страх перед побочным действием препаратов также выявляет тенденцию к передозировке симпатомиметиков, Симпатомиметические вещества могут вызывать мышечный тремор и беспокойство, а также тахикардию. Таким образом, налицо попытка контролировать заболева-

ние не базисной терапией, а увеличением бронхолитика. Кстати, именно страх перед побочным действием лекарств прямо коррелирует с другими страхами перед гормональными препаратами, необходимостью изменить свой привычный образ жизни в связи с болезнью и необходимостью строго соблюдать врачебные рекомендации.

Страх перед проблемами с трудоустройством также свидетельствуют о неумении самоведения и самоконтроля заболевания, о том, что в межприступный период больной бронхиальной астмой не выглядит больным в глазах окружающих. Однако, в глазах пульмонолога понятие «бронхиальная астма» скорее характеризует образ жизни, чем симптомы. Больной бронхиальной астмой должен в течение всей жизни соблюдать определенные рекомендации — не выезжать на природу в период цветения растений, не держать домашних животных и рыбок, исключить из рациона определенные продукты, не бродить по лесу с опавшей мокрой листвой, избавиться от ковров и портьер, не убирать квартиру пылесосом, не пользоваться лаком для волос и духами. Вышеуказанные рекомендации необходимы для профилактики аллергического синдрома, который сохраняется у больного бронхиальной астмой до конца его дней. Поэтому он должен всю жизнь придерживаться определенных правил. Нарушение приводит к обострению аллергического синдрома и болезни и развитию приступа удушья. Понятно, что от соблюдения этих правил зависит течение болезни и от больного бронхиальной астмой требуется определенная дисциплина для их выполнения. А сам больной человек, как показали результаты анкетирования, боится вести образ жизни больного человека и ограничивать себя в чем-либо, изменить свой привычный образ жизни. Он не имеет информации об аллергии, аллергенах и способах профилактики бронхиальной астмы.

Вопросы факторов риска развития бронхиальной астмы, базисной и симптоматической терапии, понятие об аллергии, аллергенах и многие другие входят в образовательную программу для больных бронхиальной астмой «Астма-Школы»²⁰. В нашей стране «Астма-Школы» действуют много лет, через них должны пройти все больные бронхиальной астмой. А между тем, как показали результаты анкетирования, информированность больных бронхиальной астмой крайне низкая.

¹⁹ Там же.

²⁰ Там же.

Следовательно, при проведении занятий с больными бронхиальной астмой в рамках образовательной программы «Астма-Школа» пульмонолог и терапевт должны делать поправку на психологические особенности больных и их личностные качества. Результаты тестирования мужчин и женщин, больных бронхиальной астмой, тестом СМИЛ дают возможность представить рекомендации для врачей по оптимизации образовательного процесса с больными бронхиальной астмой.

У мужчин и женщин, страдающих БА, было выявлено снижение самооценки. Необходимо ситуативное одобрение больных, похвала за успехи в обучении и усвоении необходимых навыков. Похвала стимулирует на дальнейшие изменения в поведении, мотивирует на положительные сдвиги.

И у мужчин, и у женщин выявлен страх перед наступлением «смертельного приступа удушья». Эмоциональный контроль поведения нарушен, снижено самообладание. Больные акцентируют внимание врача на своих страхах при приступе. Врачу при попытках больного человека подробно описывать свои страхи и негативные переживания при приступе следует корректно спрашивать его о конкретных действиях при приступе. На занятиях «Астма-Школы» полезно в виде тренинга отработать действия при приступе. И всякий раз, когда больной бронхиальной астмой начинает подробно описывать свои неприятные ощущения, у него надо спрашивать, какие действия он предпринял, насколько, по его мнению, они были правильными, в чем он ошибся. Вместе с врачом следует подробно разбирать самого больного и сравнивать с алгоритмом правильных действий при приступе.

У больных БА были выявлены склонность к чрезмерному субъективизму в оценках, не критичность к собственным поступкам, тенденции самооправдания. Для воспитания навыков самоконтроля за поведением, саморегуляции поведения целесообразно ведение дневников самонаблюдения. Важно разъяснить, что в дневнике описываются не страхи, а конкретные действия при конкретных симптомах, следует считать число дыхательных движений, пульс, измерять АД, указывать дозу принятого препарата, точность соблюдения правил ингаляции и т.п. Эти конкретные действия обсуждаются с врачом, который указывает на ошибки. Врач может делать пометки на полях, чтобы больному БА было легче ориентироваться в дальнейшем.

У больных БА была выявлена тенденция к особой интерпретации симптомов заболевания, ответственность за лечение и выполнение назначений перекладывается на других, возможно отреагирование по внешнеобвиняющему типу («врач неправильно лечил, назначил плохие препараты»). С больными БА важно установить систему контрактных отношений. Врач не играет роль спасителя. Он предоставляет информацию по болезни и лечению, и разъясняет, что исход и течение болезни зависят от самого больного человека, от точности выполнений назначений, от дисциплины соблюдения рекомендаций по профилактике аллергического синдрома. При внешнеобвиняющем поведении больного целесообразно обращаться к записям в его дневнике, анализировать их совместно с больным, указывая на его ошибки и нарушения, приведшие к обострению.

Информацию целесообразно предоставлять в форме диспута, обсуждения с подчеркнутым уважением к мнению больного. При этом важно ставить вопросы так, чтобы в нем уже подразумевался правильный ответ («выбор без выбора»). Целесообразно задавать контрольные вопросы на предмет усвоения материала, с ситуативным одобрением. Такое поведение врача мотивирует больного на дальнейшие успехи в обучении.

Практические занятия лучше строить как тренинги поведения в определенных конкретных ситуациях. «Покажите, как вы будете делать дома ингаляцию. Покажите, что вы будете делать при приступе». И эти действия нужно отрабатывать до автоматизма, так как в стрессогенной ситуации выявлена блокировка активности.

Мужчин с БА раздражает неточность информации, неконкретность. Информация должна быть четкой, конкретной, излагаться также четко. Целесообразно представлять ее в виде алгоритма конкретных действий.

У мужчин с БА выявлено неумение адаптироваться к изменяющимся обстоятельствам, приобретать необходимые навыки. Полезно многократно отрабатывать практические навыки снятия приступа удушья, давать задания на дом, строго индивидуальные, посильные для больного, обучающие. При этом важно спрашивать их выполнение, обсуждать с врачом возникшие трудности и получать от врача ситуативное одобрение.

Приступы бронхоспазма используются для манипулирования поведением окружающих, имеется вторичная социальная выгода от болез-

ни. Нужно найти привлекательную цель, создать перспективу на будущее, которая превышает сиюминутную выгоду от болезни. Например. «Когда Вы научитесь контролировать свою болезнь, Вы сможете поехать в путешествие, о котором мечтали с детства». Важна индивидуальность цели. «Вы сами будете контролировать болезнь. Вы сами будете решать, как провести отпуск. Вы сможете контролировать свою болезнь и сделать карьеру». Важно понять, что использование симптомов является квазиудовлетворением потребностей в безопасности, любви, принадлежности, достижении, сам больной не умеет удовлетворять их по-другому. В результате обучения в «Астма-Школе» больные бронхиальной астмой должны получить уверенность в достижении целей, уверенность в себе и своих силах.

Список литературы:

1. Андреева Г.М. Социальная психология. М.: Аспект-пресс, 2004. 178 с.
2. Бабкина О.Ю., Федосеев Г.Б., Трофимов В.И., Елисеева М.В. Возможности психотерапии в комплексном лечении больных бронхиальной астмой // Пульмонология. 2012. № 5.
3. Будневский А.В., Кожевникова С.А., Бурлачук В.Т., Скоков М.В., Трибунцева Л.В. Роль индивидуального обучения в достижении контроля над бронхиальной астмой // Пульмонология. 2013. № 1.
4. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы. (Пересмотр 2011 г) / под ред. А.С. Белевского. М.: Российское респираторное общество, 2012. 108 с.
5. Клинические рекомендации. Пульмонология / под ред. А.Г. Чучалина. М.: ГЭОТАР, Медиа, 2007. 240 с.
6. Костюнина З.Г. Психические нарушения при бронхиальной астме // Журнал невропат. и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1971. Т. 71. Вып. 4. С. 578–583.
7. Овчаренко С.И., Акулова М.Н., Дробижев М.Ю., Смулевич А.Б. Влияние психосоматических соотношений и расстройств личности на динамику контроля течения бронхиальной астмы // Пульмонология. 2009. № 3.
8. Пауэлс Р, Снэшалл П.Д. Практический подход к астме. Ассоциация «Астма и аллергия». СПб., 1995. 174 с.
9. Почепцов Г.Г. Теория коммуникации. М.: Центр, 1998.
10. Собчик Л.Н. Стандартизованный многофакторный метод исследования личности. Методическое руководство. М., 1990. 80 с.
11. Сухова Е.В., Сухов В.М. Биопсихосоциальная модель хронического туберкулеза легких // Проблемы туберкулеза. 2002. № 2. С. 6–7.
12. Сухова Е.В., Фридман И.Л. Взаимосвязь различных аспектов качества жизни больных бронхиальной астмой от социальных клинических лабораторных функциональных показателей // Пульмонология. 2010. № 5.
13. Федосеев Г.Б., Куприянов С.Ю. Бронхиальная астма как способ патологической адаптации к микро-социальной среде // Тер. архив., 1985. 75/5. С. 31–36.
14. Филипов В.Л. Патогенетическая психотерапия в системе комплексного лечения больных бронхиальной астмой // Пробл. пульмонологии, ВНИИ пульмонологии. 1980. Вып. 8. С. 317–321.
15. Чучалин А.Г. Предисловие // Бронхиальная астма. В 2-х т. / под ред. А.Г. Чучалина. Т. 1. М.: Агар, 1997. С. 3–9.
16. Щербатых Ю.В. Психология страха. М.: Эксмо, 2002.
17. Щербатых Ю.В., Ивлева Е.И. Психологические и клинические аспекты страха, тревоги и фобий. Воронеж: Истоки, 1998.

Выводы.

1. Выявленные страхи больных бронхиальной астмой объясняют низкую дисциплину лечения, неисполнение врачебных рекомендаций.
2. Страхи больных бронхиальной астмой могут быть преодолены рационализацией — позитивным информированием в рамках «Астма-Школы».
3. Страхи больных бронхиальной астмой свидетельствуют о том, что занятия в «Астма-Школе» следует проводить с учетом личностных особенностей данной категории больных.
4. Тестирование тестом СМИЛ валидной группы больных позволило сделать рекомендации по проведению занятий в «Астма-Школе» с поправкой на психологические особенности больных бронхиальной астмой.

18. Rea H.H. A care-control study of cleaths from asthma / R. Scragg, R. Jackson, R. Be aglehole / J. Fenwick, D.C. Sutherland // Thorax. 1986, 41: p. 833–839.

References (transliteration):

1. Andreeva G.M. Sotsial'naya psikhologiya. M.: Aspekt-press, 2004. 178 s.
2. Babkina O.Yu., Fedoseev G.B., Trofimov V.I., Eliseeva M.V. Vozmozhnosti psikhoterapii v kompleksnom lechenii bol'nykh bronkhial'noi astmoi // Pul'monologiya. 2012. № 5.
3. Budnevskii A.V., Kozhevnikova S.A., Burlachuk V.T., Skokov M.V., Tribuntseva L.V. Rol' individual'nogo obucheniya v dostizhenii kontrolya nad bronkhial'noi astmoi // Pul'monologiya. 2013. № 1.
4. Global'naya strategiya lecheniya i profilaktiki bronkhial'noi astmy. (Peresmotr 2011 g) / pod red. A.S. Belevskogo. M.: Rossiiskoe respiratornoe obshchestvo, 2012. 108 s.
5. Klinicheskie rekomendatsii. Pul'monologiya / pod red. A.G. Chuchalina. M.: GEOTAR, Media, 2007. 240 s.
6. Kostyunina Z.G. Psikhicheskie narusheniya pri bronkhial'noi astme // Zhurnal nevrapat. i psikhiatrii im. S.S. Korsakova. 1971. T. 71. Vyp. 4. S. 578–583.
7. Ovcharenko S.I., Akulova M.N., Drobizhev M.Yu., Smulevich A.B. Vliyanie psikhosomaticeskikh sootnoshenii i rasstroistv lichnosti na dinamiku kontrolya techeniya bronkhial'noi astmy // Pul'monologiya. 2009. № 3.
8. Pauels R., Sneshall P.D. Prakticheskii podkhod k astme. Assotsiatsiya «Astma i allergiya». SPb., 1995. 174 s.
9. Pocheptsov G.G. Teoriya kommunikatsii. M.: Tsentr, 1998.
10. Sobchik L.N. Standartizovannyi mnogofaktorny metod issledovaniya lichnosti. Metodicheskoe rukovodstvo. M., 1990. 80 s.
11. Sukhova E.V., Sukhov V.M. Biopsikhosotsial'naya model' khronicheskogo tuberkuleza legkikh // Problemy tuberkuleza. 2002. № 2. S. 6–7.
12. Sukhova E.V., Fridman I.L. Vzaimosvyaz' razlichnykh aspektov kachestva zhizni bol'nykh bronkhial'noi astmoi ot sotsial'nykh klinicheskikh laboratornykh funktsional'nykh pokazatelei // Pul'monologiya. 2010. № 5.
13. Fedoseev G.B., Kupriyanov S.Yu. Bronkhial'naya astma kak sposob patologicheskoi adaptatsii k mikrosotsial'noi srede // Ter. arkhiv., 1985. 75/5. S. 31–36.
14. Filipov V.L. Patogeneticheskaya psikhoterapiya v sisteme kompleksnogo lecheniya bol'nykh bronkhial'noi astmoi // Probl. pul'mologii, VNI pul'mologii. 1980. Vyp. 8. S. 317–321.
15. Chuchalin A.G. Predislovie // Bronkhial'naya astma. V 2-kh t. / pod red. A.G. Chuchalina. T. 1. M.: Agar, 1997. S. 3–9.
16. Shcherbatykh Yu.V. Psikhologiya strakha. M.: Eksmo, 2002.
17. Shcherbatykh Yu.V., Ivleva E.I. Psikhofiziologicheskie i klinicheskie aspekty strakha, trevogi i fobii. Voronezh: Istoki, 1998.
18. Rea H.H. A care-control study of cleaths from asthma / R. Scragg, R. Jackson, R. Be aglehole / J. Fenwick, D.C. Sutherland // Thorax. 1986, 41: p. 833–839