

# ИЗМЕНЕНИЕ ТИПА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ОТНОШЕНИЯ К ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ МЕТОДОМ АДАПТАЦИИ К ГИПОБАРИЧЕСКОЙ ГИПОКСИИ В СОЧЕТАНИИ С ОБУЧЕНИЕМ В АСТМА-ШКОЛЕ

Т.Ю. Крестьянинова, к.б.н., доцент

УО «Витебский государственный университет им. П.М. Машерова»

*Изучено влияние реабилитации больных бронхиальной астмой методом гипобарической гипоксии в сочетании с образовательными технологиями. Выявлено преобладание патологических типов отношения больных бронхиальной астмой к своему заболеванию. Реабилитация методом гипобароадаптации в сочетании с обучающими программами приводит к гармонизации отношения к своей патологии, устойчиво сохранявшейся в течение года.*

**Ключевые слова:** бронхиальная астма, тип психологического отношения к болезни, гипобарическая гипоксия.

*The influence of rehabilitation of patients suffering from bronchial asthma applying the method of hypobaric hypoxia in combination with educational technologies has been considered in the article. The prevalence of pathological patterns of self attitude to bronchial asthma among patients suffering from this disease has been revealed. Rehabilitation by the method of hypobaric adaptation in combination with educative instructional programs leads to the harmonization of the attitude to the pathology, persistently remaining for a year.*

**Key words:** bronchial asthma, pattern of psychological attitude to the disease, hypobaric hypoxia.

## Введение

Бронхиальная астма (БА) – хроническое заболевание, которое может привести к значительным ограничениям в физическом, эмоциональном и социальном аспекте жизни больных. Эмоциональные факторы и ограничения в социальной сфере могут быть важнее неадекватно контролируемых симптомов. Сама по себе болезнь может вызвать дистресс, особенно если болезнь непредсказуема. Многие больные не замечают влияния бронхиальной астмы на их жизнь и заявляют, что они ведут «нормальный» образ жизни. Это является следствием того, что их понятие «нормальности», возможно, основано на изменениях и ограничениях, которые они уже включили в свой образ жизни, или из-за маскировки этих ограничений, желая «жить как все».

В данном исследовании мы попытаемся оценить скрытую стоимость БА, связанную с ценой психоэмоционального влияния и возможность ее снижения путем применения образовательных технологий.

## Материалы и методы

Под наблюдением находились 216 больных БА (85 мужчин и 131 женщина). Аллергическая форма БА установлена у 127 больных, неаллергическая – у 41, смешанная – у 48 больных. По степени тяжести течения заболевания преобладали больные со среднетяжелым течением болезни. Средняя продолжительность течения заболевания составила  $5,91 \pm 0,39$  лет.

Среди обследованных были выделены две группы больных. I группа (n=112) проходила курс реабилитации методом гипобарической адаптации (ГБА). II группа (n=104) больных, кроме гипобарической адаптации, участвовала в обучающей программе. Группы были сопоставимы по возрасту, полу, характеру течения и форме БА.

Реабилитация больных методом ГБА проводилась в многоместной вакуумной медицинской установке (барокамере) «Урал – Антарес». Барокамера представляет собой цилиндрический корпус, разделенный герметичес-

кой перегородкой с переходной дверью на 2 отсека – лечебный и переходной шлюз, позволяющий входить и выходить из барокамеры, не нарушая барометрического режима в лечебном отсеке.

Использовали следующую базисную схему курса ГБА:

- «ступенчатые» подъемы на высоту 1500, 2000, 2500, 3000 и 3500 метров над уровнем моря;
- подъем на «рабочую высоту» 3500 метров, на которой пациенты находятся не менее шестидесяти минут;
- «подъем» осуществляется со скоростью 3-5 метров в секунду, «спуск» – со скоростью 3-5 метров в секунду;
- после прохождения баросеанса пациенты наблюдаются медицинскими работниками в течение 30-40 минут;
- курс лечения состоит из 20 сеансов.

Обучение проводилось в «закрытых» группах из 8-10 амбулаторных больных БА в виде астма-школы, состоящей из цикла, включающего 8 семинаров, охватывающих основные вопросы, касающиеся профилактики и лечения БА. Занятия проводились в строгой последовательности, обусловленной логическими связями обсуждаемых тем. В процессе обучения пациенты могли задавать вопросы, рассказывать о собственном опыте контроля над заболеванием, используемом лечении и т.д. Занятия проходили в барозале отделения гипобарической терапии и бароклиматической адаптации 2 раза в неделю, перед сеансом бароадаптации. Продолжительность каждого занятия – 1 час. Общая продолжительность цикла составила 1 месяц [1, 2, 3].

Для диагностики типа отношения к болезни использовали методику, разработанную в лаборатории клинической психологии научно-исследовательского института им. В.М. Бехтерева (г. Санкт-Петербург) [4].

## Результаты и обсуждение

В этиологии и патогенезе БА большую роль играют факторы психологического порядка. Хроническое течение болезни, вероятность инвалидизации и летального

исхода, вынужденная ограниченность в выборе профессиональной деятельности, влияние болезни на семейную жизнь, сферу развлечений и интересов формирует тип реакции на заболевание, психологическое отношение к ней. Можно говорить о влиянии самой болезни на характер реагирования на ее появление, течение, успешность лечения и исход. Однако известно, что уровень знаний пациентов об астме влияет на способность больного управлять заболеванием, обеспечивает больного в какой-то мере средствами психологической самозащиты, способствуя восстановлению социального и трудового статуса.

Выделяют тринадцать типов психологического реагирования на заболевание. Типология реагирования на заболевание определяется тремя факторами: 1) природой самого соматического заболевания; 2) типом личности, в котором важнейшую составную часть определяет тип акцентуации характера; 3) отношением к данному заболеванию в том значимом для больного окружении, в той микросоциальной среде, к которой он принадлежит. Типы объединены по блокам. Первый блок включает типы отношения к болезни, при которых социальная адаптация существенно не нарушается: гармоничный, эргодатический и анозогностический типы. Во второй и третий блок включаются типы реагирования на болезнь, характеризующиеся наличием психической дезадаптации в связи с заболеванием. При этом второй блок включает типы реагирования преимущественно с интрапсихической направленностью (тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический, апатический). Эмоционально-аффективная сфера отношений у больных с этими типами реагирования клинически проявляется в дезадаптивном поведении: реакциях по типу раздражительной слабости, тревожности, подавленном, угнетенном состоянии, «уходом» в болезнь, отказе от борьбы – «капитуляции» перед заболеванием. В третий блок входят типы реагирования с интерпсихической направленностью. Этот блок включает чувствительный, эгоцентрический, паранойяльный и дисфорический. Больные с этими типами отношения к болезни при различных эмоционально-аффективных реакциях на болезнь также характеризуются дезадаптивным поведением, приводящим к нарушению их социального функционирования.

До курса ГБА у 41 больного I группы ( $0,37 \pm 0,03$ ,  $p < 0,01$ ) были диагностированы типы отношения к болезни адекватного блока. Из них у 11 больных ( $0,27 \pm 0,07$ ,  $p < 0,01$ ) был выявлен гармоничный тип, у 16 ( $0,39 \pm 0,08$ ,  $p < 0,01$ ) – эргодатический тип, у 14 ( $0,34 \pm 0,07$ ,  $p < 0,01$ ) – анозогностический тип отношения к болезни. У 38 больных ( $0,34 \pm 0,04$ ,  $p < 0,01$ ) были диагностированы типы отношения к болезни блока с интрапсихической направленностью. У большинства из них, 22 человека ( $0,58 \pm 0,08$ ,  $p < 0,01$ ), был выявлен неврастенический тип отношения к болезни. Для этого типа характерно поведение по типу «раздражительной слабости»; вспышки раздражения при неприятных ощущениях, при неудачах лечения, при неблагоприятных данных обследования; раздражение нередко изливается на первого попавшегося и завершается раскаянием и слезами. У 8 больных ( $0,21 \pm 0,06$ ,  $p < 0,01$ ) диагностировался тревожный тип отношения к болезни. У 33 человек ( $0,29 \pm 0,04$ ,  $p < 0,01$ ) диагностировались типы отношения к болезни блока с интерпсихической направленностью. Среди них преобладали лица с паранойяльным типом реакции на болезнь ( $0,29 \pm 0,04$ ,  $p < 0,01$ ). Для этого типа отношения к болезни характерна уверенность в том, что болезнь является результатом чьего-то злого

умысла; крайняя подозрительность к лекарствам и процедурам; стремление приписывать возможные осложнения лечения или побочные действия лекарств халатности или злему умыслу врачей и персонала; обвинения и требования наказаний в связи с этим. После курса ГБА отношение к болезни больных этой группы существенно не изменилось.

После курса ГТ и спустя год отношение к болезни больных этой группы существенно не изменилось (табл. 1).

Таблица 1 – Изменение типов отношения к болезни больных бронхиальной астмой I группы в процессе реабилитации

Тип отношения к болезни	До ГБА (n=112)	После ГБА (n=112)	Спустя 12 месяцев после ГБА (n=112)
Адекватный блок	$0,37 \pm 0,03^*$	$0,35 \pm 0,05^*$	$0,38 \pm 0,05^*$
гармоничный	$0,27 \pm 0,07^*$	$0,31 \pm 0,07^*$	$0,33 \pm 0,07^*$
эргодатический	$0,39 \pm 0,08^*$	$0,36 \pm 0,08^*$	$0,24 \pm 0,08^*$
анозогностический	$0,34 \pm 0,07^*$	$0,33 \pm 0,05^*$	$0,43 \pm 0,08^*$
Блок с интрапсихической направленностью	$0,34 \pm 0,04^*$	$0,38 \pm 0,05^*$	$0,32 \pm 0,05^*$
тревожный	$0,21 \pm 0,06^*$	$0,24 \pm 0,07^*$	$0,19 \pm 0,07$
ипохондрический	-	-	-
неврастенический	$0,58 \pm 0,08^*$	$0,48 \pm 0,08^*$	$0,53 \pm 0,09^*$
меланхолический	$0,09 \square 0,05$	$0,12 \square 0,05$	$0,06 \square 0,04$
апатический	$0,13 \pm 0,05$	$0,17 \square 0,06$	$0,22 \pm 0,07$
Блок с интерпсихической направленностью	$0,29 \pm 0,04^*$	$0,28 \pm 0,04^*$	$0,30 \pm 0,04^*$
чувствительный	$0,12 \pm 0,06$	$0,13 \pm 0,06$	$0,21 \pm 0,07^*$
эгоцентрический	$0,09 \pm 0,05$	$0,06 \pm 0,04$	$0,12 \pm 0,06$
паранойяльный	$0,78 \pm 0,07^*$	$0,81 \pm 0,07^*$	$0,68 \pm 0,08^*$
дисфорический	-	-	-

Примечание: \*  $p < 0,01$

До курса реабилитации, у 36 больных II группы ( $0,34 \pm 0,05$ ,  $p < 0,01$ ) были диагностированы типы отношения к болезни адекватного блока. Из них у 9 больных ( $0,25 \pm 0,07$ ,  $p < 0,01$ ) был выявлен гармоничный тип, у 13 ( $0,36 \pm 0,08$ ,  $p < 0,01$ ) – эргодатический тип, у 14 ( $0,39 \pm 0,08$ ,  $p < 0,01$ ) – анозогностический тип отношения к болезни. У 31 ( $0,29 \pm 0,04$ ,  $p < 0,01$ ) больного были диагностированы типы отношения к болезни блока с интрапсихической направленностью. У большинства из них, 22 человек ( $0,71 \pm 0,08$ ,  $p < 0,01$ ), был выявлен неврастенический тип отношения к болезни. У 39 больных ( $0,37 \pm 0,05$ ,  $p < 0,01$ ) диагностированы типы отношения к болезни интерпсихической направленности. Причем, у 33 ( $0,85 \pm 0,06$ ,  $p < 0,01$ ) был выявлен паранойяльный тип.

После обучения в астма-школе, где больные получали знания о своем заболевании, принципах терапии, правилах самоконтроля и самоведения, поведении в определенных ситуациях, имели возможность на протяжении длительного времени общаться с медицинскими работниками и друг с другом, типы отношения к болезни адекватного блока были выявлены у 61 больного ( $0,59 \pm 0,05$ ,  $p < 0,01$ ). Гармоничный тип, который характеризуется трезвой оценкой своего состояния без склонности преувеличивать его тяжесть, но и без недооценки тяжести болезни; стремление во всем содействовать успеху лечения; нежелание обременять других тяготами ухода за собой; в случае неблагоприятного прогноза в смысле инвалидизации – переключение интересов на те области жизни, которые останутся доступными больному; при неблагоприятном прогнозе – сосредоточение внимания, интересов на судьбе близких, своего дела был выявлен у 58 больных ( $0,95 \pm 0,03$ ,  $p < 0,01$ ). Уменьшилось число лиц с

патологическими типами отношения к болезни. Так, только у 16 больных ( $0,15 \pm 0,04$ ,  $p < 0,01$ ) сохранились типы отношения с интрапсихической направленностью, в частности, у 12 человек ( $0,75 \pm 0,11$ ,  $p < 0,01$ ) сохранился неврастенический тип отношения к болезни. Типы с интерпсихической направленностью сохранились у 27 больных ( $0,26 \pm 0,04$ ,  $p < 0,01$ ). Из них у 25 человек ( $0,95 \pm 0,05$ ,  $p < 0,01$ ) – паранойяльный тип отношения к болезни.

Спустя 12 месяцев после занятий в астма-школе у больных основной группы сохранились изменения типов отношения к болезни. Так, у 56 больных ( $0,54 \pm 0,05$ ,  $p < 0,01$ ) регистрировались типы отношения к болезни адекватного блока; из них у 53 ( $0,95 \pm 0,03$ ,  $p < 0,01$ ) – гармоничный тип. У 19 пациентов ( $0,18 \pm 0,04$ ,  $p < 0,01$ ) диагностировались типы отношения к болезни с интрапсихической направленностью, в том числе у 13 ( $0,68 \pm 0,11$ ,  $p < 0,01$ ) – неврастенический тип. У 29 больных ( $0,28 \pm 0,08$ ,  $p < 0,01$ ) были выявлены типы отношения к болезни блока с интерпсихической направленностью; паранойяльный тип регистрировался у 26 пациентов ( $0,89 \pm 0,06$ ,  $p < 0,01$ ) (табл. 2).

**Таблица 2** – Изменение типов отношения к болезни больных бронхиальной астмой в процессе обучения в астма-школе

Тип отношения к болезни	До астма-школы (n=104)	После астма-школы (n=104)	Спустя 12 месяцев после астма-школы (n=104)
Адекватный блок	$0,34 \pm 0,05^*$	$0,59 \pm 0,05^*$	$0,54 \pm 0,05^*$
гармоничный	$0,25 \pm 0,07^*$	$0,95 \pm 0,03^*$	$0,95 \pm 0,03^*$
эргопатический	$0,36 \pm 0,08^*$	$0,02 \pm 0,02$	$0,02 \pm 0,02$
анозогнозический	$0,39 \pm 0,08^*$	$0,03 \pm 0,04$	$0,04 \pm 0,03$
Блок с интрапсихической направленностью	$0,29 \pm 0,04^*$	$0,15 \pm 0,04^*$	$0,18 \pm 0,04^*$
тревожный	$0,23 \pm 0,08$	$0,25 \pm 0,101$	$0,32 \pm 0,11$
ипохондрический	-	-	-
неврастенический	$0,71 \pm 0,08^*$	$0,75 \pm 0,11^*$	$0,68 \pm 0,11^*$
меланхолический	-	-	-
апатический	$0,06 \pm 0,042$	-	-
Блок с интерпсихической направленностью	$0,37 \pm 0,05^*$	$0,26 \pm 0,04^*$	$0,28 \pm 0,08^*$
сенситивный	$0,1 \pm 0,05$	$0,07 \pm 0,05$	$0,1 \pm 0,06$
эгоцентрический	$0,05 \pm 0,04$	-	-
паранойяльный	$0,85 \pm 0,06^*$	$0,95 \pm 0,05$	$0,89 \pm 0,06^*$
дисфорический	-	-	-

Примечание: \* $p < 0,01$

### Заключение

Заболеваемость хроническими неспецифическими заболеваниями легких сейчас составляет 58-60 на 1000 человек, почти достигая распространенности сердечно-сосудистой патологии [7]. Социальная и медицинская значимость бронхиальной астмы сопоставима с такими заболеваниями, как тиреотоксикоз, диабет и язвенная болезнь. Бронхиальная астма обуславливает 0,4% всех обращений населения за медицинской помощью, 1,4% всех госпитализаций, 1,5% от общего числа инвалидов по всем причинам, сокращает среднюю продолжительность жизни больных мужчин на 6,6 лет и женщин – на 13,5 лет.

Рядом авторов обращается внимание на частоту нервно-психических расстройств у больных БА [5, 6]. В на-

шем исследовании мы выявили преобладание патологических типов отношения больных БА к своему заболеванию. В частности, достоверно преобладали паранойяльный и неврастенический типы отношения к болезни ( $p < 0,01$ ). По окончании реабилитации методом гипобароадаптации в сочетании с обучающими программами была отмечена гармонизация отношения к своей патологии, устойчиво сохранявшаяся в течение года. Тогда как у больных, прошедших только курс ГБА, достоверных изменений в психологическом отношении к болезни выявлено не было. Это не позволяет объяснить нормализацию психо-эмоционального статуса пациентов активацией синтеза опиоидных гормонов под воздействием ГБА, а, на наш взгляд, объясняется расширением объема знаний о своем заболевании, методах его лечения и профилактики обострений, появлением уверенности и умения себя вести во время приступов удушья, нахождением в коллективе людей, страдающих одинаковой патологией, возможностью неформального контакта с медицинским персоналом [1, 2, 3].

Как видно из приведенных выше результатов, обучение, проводимое в условиях астма-школы, имеет для больных БА большое значение. Расширение объема знаний о своем заболевании, методах его лечения и профилактики обострений, появление уверенности и умения себя вести во время приступов удушья, нахождение в коллективе людей, страдающих одинаковой патологией, неформальный контакт с медицинским персоналом способствует уменьшению психоэмоционального напряжения у больных БА, приводит к гармонизации отношения к собственному здоровью, окружающей среде, медицинскому обслуживанию без применения специальных психотерапевтических методик.

### Литература

1. Крестьянинова, Т.Ю. Обучение больных бронхиальной астмой / Т.Ю. Крестьянинова, Э.А. Доценко, И.М. Прищепа // Социально-психологическая реабилитация населения, пострадавшего от экологических и техногенных катастроф. – Мн., 2001. – С. 132.
2. Крестьянинова, Т.Ю. Роль обучения больных бронхиальной астмой в современной социально-экономической и экологической ситуации / Т.Ю. Крестьянинова, И.М. Прищепа, Э.А. Доценко // Отдаленные последствия Чернобыльской катастрофы: экологические, медицинские и социальные аспекты. Реабилитация пострадавших. – Мн., 2003. – С. 253-255.
3. Крестьянинова, Т.Ю. Оптимизация поведения больных бронхиальной астмой под влиянием образовательной программы / Т.Ю. Крестьянинова // Здоровье: теория и практика. Сб. научных статей, Витебск, 2004. – С. 118-127.
4. Менделевич, В.Д. Клиническая и медицинская психология / В.Д. Менделевич. – М.: МЕДпресс, 1999. – 558 с.
5. Куприянов, С.Ю. Поведенческие стереотипы, опосредованное влияние нервно-психических факторов на течение бронхиальной астмы и их коррекция методом семейной психотерапии. – В кн.: Современные методы лечения и профилактики бронхиальной астмы / Под ред. Г.Б. Федосеева. – Л.: Медицина, 1985 – С. 149-154.
6. Куприянов, С.Ю. Семейная психотерапия больных бронхиальной астмой. – В кн.: Психогигиена и психопрофилактика / Под ред. В.К. Мягер. – Л.: Медицина, 1983. – С. 76-84.
7. Чучалин, А.Г. Хронические obstructивные болезни легких / А.Г. Чучалин. – М.: ЗАО «Издательство БИНОМ», 1999. – 512 с.

Поступила 23.03.2011