

Д.Ч. Баранзаева, Т.В. Заболотских, Ю.Л. Мизерницкий
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОБУЧЕНИЯ В АСТМА-ШКОЛЕ ДЕТЕЙ,
БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

*Амурская государственная медицинская академия, Благовещенск Детский научно-
практический пульмонологический центр МЗ РФ, Москва*

Резюме. В последние годы продолжает отмечаться рост распространенности бронхиальной астмы, оказывая значительное влияние на детей и членов их семей, снижает качество жизни пациентов, а в дальнейшем ограничивает трудоспособность. Будучи хроническим заболеванием, бронхиальная астма приводит к возникновению у больных эмоциональных и психологических проблем. Проведение занятий в астма-школе в сочетании с индивидуальной и групповой психотерапией позволяет улучшить психологическое состояние больных, гармонизировать патологические типы отношения к своему заболеванию, включая также и переход из одного типа в другой, более благоприятный по своему течению с учетом преморбидных черт личности. Этот вид лечения может выступать как ступенчатый этап психотерапевтической помощи больным.

Ключевые слова: психологические аспекты обучения в астма-школе детей, бронхиальная астма, психологическое состояние, социальная дезадаптация, программы наблюдения и реабилитации при бронхиальной астме.

Актуальность. Бронхиальная астма относится к числу наиболее распространенных хронических заболеваний в детском возрасте. В последние годы продолжает отмечаться рост ее распространенности, более раннее начало и тяжелое течение, что сопровождается увеличением инвалидизации и социальной дезадаптации детей. Бронхиальная астма оказывает значительное влияние на детей и членов их семей, снижает качество жизни пациентов, а в дальнейшем ограничивает трудоспособность. Так, в России за последние 10 лет число детей, страдающих бронхиальной астмой увеличилось в 2,5 раза [5, 7]. Все это обуславливает не только медицинскую, но и социальную значимость проблемы.

В этой связи особую важность приобретают вопросы своевременного лечения и реабилитации больных детей. Существующие программы наблюдения и реабилитации больных зачастую малоэффективны, так как не учитывают индивидуальных, личностных особенностей больных и их родителей, воздействующих социально-психологических факторов. Будучи хроническим заболеванием, бронхиальная астма приводит к возникновению у больных эмоциональных и психологических проблем. Практическими же врачами, как правило, должным образом не оценивается отношение пациентов и родителей к болезни, к проводимым лечебным и профилактическим мероприятиям, а также их настроенность на здоровый образ жизни [6]. Известно, что осведомленность больных о

своей патологии, соблюдение противоаллергического режима, правильная техника ингаляций, владение методами самоведения и самоконтроля, комплаинс (сотрудничество с лечащим врачом) являются необходимыми условиями успешной терапии и реабилитации [1]. В связи с этим важным компонентом программ длительной медикаментозной терапии стали обучающие программы - астма-школы [8]. Целью настоящего исследования явилась оценка психологических особенностей детей, больных бронхиальной астмой, и влияние психокоррекционных мероприятий на эффективность образовательных и лечебно-реабилитационных мероприятий.

Материал и методы исследования. Работа выполнялась в условиях местного санатория и детской областной клинической больницы. Под наблюдением находилось 63 ребенка в возрасте от 11 до 17 лет, у которых в соответствии с критериями, изложенными в Национальной программе «Бронхиальная астма у детей...» была диагностирована бронхиальная астма сред-нетяжелого или тяжелого течения [8]. Длительность заболевания в обеих группах составляла от 1 года до 11,6 лет. Клинико-иммунологическая и функциональная характеристика больных в обеих группах была идентичной. Все дети обучались в астма-школе, получали базисную терапию кромоном или ингаляционными кортикостероидами. При этом у части больных (36 пациентам) дополнительно проводился курс пси-хокоррекционной терапии (1-я группа), другим 27 детям, составившим 2-ю группу, -такой курс не проводился.

Для психологического тестирования определялся тип отношения к болезни с помощью личностного опросника Бехтеревского института [2], наличие алекситимических черт характера с использованием Торонтовской алекситимической шкалы (O. Taylor, 1985) [3], адаптированной в Психоневрологическом институте им. В.М.Бехтерева (1994). Исследование реактивной и личностной тревожности проводилось с помощью теста Спилбергера-Ханина (1976).

Анкетирование перед началом обучения в астма-школе позволило оценить базисный уровень знаний. - Представление об изменениях, происходящих в организме при бронхиальной астме, предрасполагающих и провоцирующих факторах имели 26% родителей и 8% детей. Выполняли рекомендации врача, осуществляли регулярную базисную терапию 64% больных. Правильной техникой ингаляции лекарственных средств владели 56% детей. Основными ошибками, связанными с неосведомленностью о своей болезни, было применение бронхолитиков в качестве профилактического лечения (у 34% пациентов), попытки применения базисных противовоспалительных препаратов для купирования приступов (у 54 % детей).

Образовательный курс в астма-школе включал от 8 до 10 занятий. В процессе обучения рассматривались следующие темы: строение органов дыхания, факторы, вызывающие заболевание и способствующие его обострению и прогрессированию, проявления болезни, оказание помощи во время приступа астмы, длительная терапия, лекарственные препараты для лечения, их побочные действия, немедикаментозные методы терапии. Кроме того, проводилось обучение пациентов правильной технике ингаляций, применению пикфлоуметрии для самоконтроля.

Психологический тест «отношение к болезни» был выбран неслучайно, так как это термин по существу интегрирует все психологические категории, в рамках которых анализируется понятие «внутренняя картина болезни». Это и знания о болезни, ее осознание личностью, понимание роли и влияния болезни на измененное функционирование и эмоциональные и поведенческие реакции, связанные с заболеванием. Поведение больного в настоящем и будущем как адаптивное, так и дезадаптивное может иметь различные варианты: активная борьба с болезнью, отказ от этой борьбы, согласие с ролью больного, игнорирование болезни и другие защитно-приспособительные механизмы личности, которые не может не учитывать лечащий врач в активной работе с больным и его окружением.

Отношение к болезни в жизни пациента играет существенную роль, оно оказывает влияние и на другие системы отношений личности. Определяется это различными факторами: преморбидными особенностями больного, природой самого заболевания, микросоциальным окружением и др. Отношение к болезни проявляется в поведении больного, его взаимоотношениях с лечебным персоналом и родными, в отношении к лечению и будущему. Спектр личностных реакций на болезнь велик: от полного его игнорирования до ухода в болезнь [2].

По данным Н.А.Ивановой и других авторов, отношение детей к собственному заболеванию имеет определенную зависимость от степени тяжести [4]. При легком течении бронхиальной астмы наиболее часто встречается так называемый гармоничный тип отношения к болезни, т.е. правильное понимание проявлений болезни и степени их тяжести. У детей со среднетяжелой бронхиальной астмой чаще всего формируется отношение к заболеванию, при котором не только отрицается болезнь, но и настроение пациентов оказывается необоснованно приподнятым. Такой вид отношения к болезни психологи назвали эйфорически-анозогнозическим. Дети с тяжелой бронхиальной астмой чаще либо нелепо преувеличивают тяжесть своего заболевания, либо отвергают его наличие. При этом у них часты депрессивные состояния [1,4].

Полученные результаты и их обсуждение. В настоящем исследовании мы сопоставили тип отношения к болезни у детей с частотой встречаемости и динамикой гармонического и

патологических типов реагирования пациента на болезнь и лечение в динамике базисной терапии и обучения в астма-школе, проанализировали зависимость типов отношения к болезни от степени тяжести бронхиальной астмы. При этом выделялись «чистые типы отношения к болезни», а также «смешанные» и «диффузные». С целью обобщающего анализа профили шкальных оценок были объединены в три блока: 1-й блок включает шкалы гармоничного, эргопатического и анозогнозического типов реагирования. Во 2-й и 3-й блоки были включены шкалы таких типов реагирования на болезнь, которые характеризуются наличием личностной дезадаптации в связи с заболеванием. - Во 2-й блок вошли типы реагирования с интрапсихической направленностью: тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический, апатический. При наличии этих типов реагирования клинически у больных отмечается раздражительная слабость, угнетенное, подавленное состояние, они «уходят» в болезнь, отказываются от борьбы. В 3-й блок шкал вошли типы реагирования личности на болезнь с интерпсихической направленностью: сенситивный, эгоцентрический, паранойяльный, дисфорический. Данные типы отражают сенсбилизированное отношение к болезни, которое в наибольшей степени связано с преморбидными свойствами личности больных. Пациенты с этими типами характеризуются дезадаптивным поведением, которое нарушает их социальное функционирование. Они или стесняются своего заболевания или «используют» его в своих целях, проявляют агрессивные тенденции, обвиняя окружающих в своем недуге.

Тип отношения к болезни напрямую зависит от преморбидных особенностей личности, в структуре которой важно оценить так называемый алекситимический радикал, так как наличие алекситимических черт характера является одним из возможных психологических факторов риска психосоматических расстройств.

Алекситимия является психологически характеристикой, определяемой следующими когнитивно-психологическими особенностями: трудностью в определении (идентификации) и описании собственных чувств; трудностью в проведении различий между чувствами и телесными ощущениями; снижением способности к символизации, о чем свидетельствует бедность фантазии и других проявлений воображения; фокусированием в большей мере на внешних событиях, чем на внутренних переживаниях [3, 9, 10]. При тестировании алекситимичными считали больных, набравших 74 и более баллов, менее 62 баллов - неалекситимичными, к зоне неопределенности относили набравших от 63 до 73 баллов. Предельное теоретическое распределение -от 26 до 130 баллов. При исследовании реактивной и личностной тревожности определение показателей проводилось с помощью ключа и интерпретировалось при наборе до 30 баллов - как низкая, 31-44 балла - умеренная, 45 и более - высокая тревожность.

При анализе типов отношения к болезни до проведения занятий в астма-школе в обеих группах детей были получены практически идентичные данные. Типы отношения к болезни, входящие в 1-й блок, регистрировались у 44,4% детей. Встречались все три типа. Типы реакции на болезнь, составляющие 2-й блок, выявлены у 36,11% и 38,9% пациентов 1-й и 2-й группы соответственно: неврастенический, меланхолический, тревожно-апатический, ипохондрический. У 19,45% и 16,7% детей установлено наличие типов реагирования, относящихся к 3-ему блоку - сенситивный и эгоцентрический. Следует отметить, что паранойяльного и дисфорического вариантов не было выявлено. В результате проведенного исследования было установлено, что тяжесть бронхиальной астмы оказывает влияние на формирование внутренней картины болезни (табл. 1). Наибольшее число детей, вошедших по итогам тестирования в 1-й блок, составляли больные со среднетяжелой формой заболевания - 75%. При этом преобладал гармоничный тип (в половине всех случаев), который характеризуется объективной оценкой своего состояния, отсутствием склонности преувеличивать его тяжесть, но и без недооценки тяжести болезни. Такие дети стремятся активно содействовать лечению, они успешно обучаются в астма-школе, проявляют интерес к занятиям. У четверти больных выявлялся анозогностический тип отношения к болезни, когда ребенок отрицает очевидное, отбрасывает мысли о болезни и ее последствиях. В этом случае наблюдалась недооценка тяжести состояния, что препятствовало адекватной медикаментозной терапии.

При тяжелом течении заболевания гармоничный тип встречался у 35% детей. Патологические типы отношения к болезни (2-й и 3-й блоки) в 2 раза чаще регистрировались у больных с тяжелой формой бронхиальной астмы (табл. 2).

Таблица 1

Динамика внутренней картины болезни после обучения детей в астма-школе и психотерапевтической коррекции

Группы больных	Типы отношений					
	I блок		II блок		III блок	
	До занятий %	Через 6 мес. %	До занятий %	Через 6 мес. %	До занятий %	Через 6 мес. %
1 (n=36)	44,4 (Г - 62,5)	44,4 (Г - 87,5)	36,11	47,3	19,45	8,33
2(n=27)	44,41 (Г - 66,7)	44,41 (Г - 75)	38,9	40,74	16,7	14,81

Таблица 2

Распределение типов отношений к болезни у детей с бронхиальной астмой в зависимости от тяжести заболевания

Группы больных	Типы отношений					
	I блок		II блок		III блок	
	Тяжёлая %	средне-тяж., %	тяжёлая %	средне-тяж., %	тяжёлая %	средне-тяж., %
1 (n=36)	22,22	66,7	50	22,2	27,78	11,1
2(n=27)	21,43	69,23	50	23,08	28,57	7,69

Обращает на себя внимание тот факт, что так называемые «чистые» типы реагирования на болезнь определялись у 66,7% пациентов обеих групп. Более половины из них составляли дети со среднетяжелой бронхиальной астмой. У пациентов с тяжелой формой заболевания чаще регистрировались «смешанные» и «диффузные» типы отношения к болезни. Следует отметить, что патологические типы реагирования в подавляющем большинстве случаев выявлялись в неблагополучных семьях (неполные семьи, родители-инвалиды, безработные, алкоголизм отца), что подтверждает влияние микросоциального окружения на формирование внутренней картины болезни.

При наличии гармоничного отношения к болезни у детей отмечалась низкая реактивная и личностная тревожность. Уровень тревожности зависел от тяжести заболевания. Так, при тяжелой бронхиальной астме высокий уровень тревожности регистрировался у 70% больных, тогда как при среднетяжелом течении болезни - у 30% детей. В анамнезе высокотрехотных пациентов часто имели место жизнеугрожающие состояния (см. рис.1).

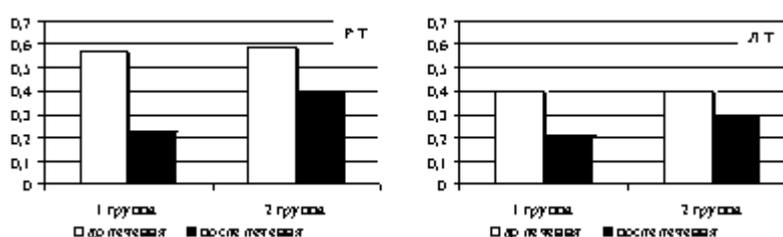


Рис.1. Динамика реактивной и личностной тревожности у детей с бронхиальной астмой после обучения в астма-школе и психотерапевтического лечения (РТ - реактивная тревожность; ЛТ - личностная тревожность)

У детей, отнесенных к типам реагирования 1-го блока, алекситимические черты характера обнаружены у 10%. При наличии типов отношения к болезни 2-го и 3-го блоков алекситимия диагностирована у 55% больных. К зоне неопределенности отнесены 22% детей. Среди алекситимичных больных преобладали дети с тяжелой формой бронхиальной астмы. У них же отмечались высокие уровни реактивной и личностной тревожности, что

свидетельствует о значительной стрессчувствительности этих пациентов. Для алекситимичных больных было характерно нерегулярное и неправильное проведение базисной терапии и, как следствие, - высокий уровень госпитализации, необходимость использования кортикостероидных препаратов. В ряде случаев имели место поведенческие проблемы, в частности курение. Возникали трудности при обучении детей в астма-школе. Как считают В.М. Провоторов и А.В.Будневский [11], алекситимия является универсальной личностной характеристикой, которая обуславливает психосоциальную несостоятельность личности, повышенную подверженность ее стрессовым воздействиям и более тяжелое течение бронхиальной астмы.

Итак, на формирование личности больного ребенка бронхиальная астма оказывает значительное влияние, способствуя появлению психологических проблем, новых симптомов или усугублению преморбидных свойств личности, которые в свою очередь оказывают влияние на течение заболевания. Формируется порочный круг. В этой связи большое значение в лечении и реабилитации детей, страдающих бронхиальной астмой, имеют образовательные программы и психотерапевтическая коррекция. Основной задачей психотерапии является устранение патологической реакции личности на болезнь, уменьшение уровня реактивной и личностной тревожности. В зависимости от выявленных психологических характеристик, отношения ребенка к болезни в 1-й группе пациентов наряду с обучением в астма-школе проводилась групповая или индивидуальная психотерапия. На занятиях происходило отреагирование болезненных психотравмирующих ситуаций, разрешение панического страха удушья и внезапной смерти, конфликтных отношений в семье и со сверстниками и других. Использовались специальные психотерапевтические методики: рациональная, когнитивно-поведенческая, телесно-ориентированная, психорелаксационная, гештальт-терапия. В процессе групповой психотерапии дети учатся совладать с болезнью в условиях социума, приобретают необходимые знания о своем заболевании. Важное значение также имеет тот факт, что в ряде случаев происходило изменение стереотипа (применение только бронхолитических препаратов, после которых ребенок ощущает улучшение дыхания) - более широкое использование противовоспалительных средств. Опыт показывает, что групповые занятия можно проводить при наличии у ребенка типа отношения к болезни, относящегося к 1-му или 2-му блоку. В таких случаях наблюдается дезактуализация симптомов заболевания у детей, исчезает стеснительность. Занятия в группе помогали лучше понять сверстников, утвердиться во мнении, что ребенок не одинок в своих переживаниях, почувствовать уверенность в себе. Особенно важно проведение индивидуальных занятий в астма-школе и индивидуальной психотерапии у детей с высоким уровнем тревожности, наличием алекси-

тимических черт характера и отношения к болезни, которое по классификации входит в 3-й блок. На таких занятиях дети становятся раскованными, чувствуют внимание к себе и своим проблемам, заботу, которых они были лишены ранее. Кроме того, при проведении индивидуальных занятий у детей исчезает возможность потенцировать друг у друга неправильное поведение и отношение к своему заболеванию.

Проведенное обучение в астма-школе и психокоррекционная терапия оказали положительное влияние на состояние детей, течение заболевания. Повторное исследование было проведено через 6 месяцев. За этот период времени частота приступов бронхиальной астмы у детей 1-й группы снизилась в 4,2 раза, а у пациентов 2-й группы - в 1,5 раза, частота госпитализации уменьшилась соответственно в 5,1 и 2,5 раза. При последующем тестировании отмечалась динамика внутренней картины болезни за счет увеличения (на 25%) числа детей с гармоничным типом отношения к болезни. Ранее у них диагностировался анозогнозический и эргопатический типы реагирования на болезнь. В группе сравнения количество детей с гармоничным типом увеличилось на 8,3%. Произошло также увеличение количества пациентов с типами реагирования, относящимися ко 2-му блоку - в 1-й группе на 11,19%, во 2-й группе - на 1,84%. До обучения в астма-школе и проведения психокоррекционных мероприятий эти дети имели сенситивный и диффузные типы отношения к болезни с наличием таких, как ипохондрический и невротический. Необходимо отметить, что данные пациенты по алекситимическому тесту были отнесены к зоне неопределенности. Это свидетельствует о том, что в динамике изменения типов отношения к болезни существенную роль играют и преморбидные особенности личности. Включение психотерапевтической коррекции в программу реабилитации больных, обучающихся в астма-школе, способствовало значительно большему снижению уровня реактивной и личностной тревожности у детей. Кроме того, имела место тенденция к уменьшению алекситимических черт характера. Снижение тревожности на фоне проведения психотерапии способствовало также большей гармонизации у детей по отношению к своему заболеванию. Как отмечали дети и их родители, изменилось поведение ребенка во время приступа, исчез страх перед ним.

Выводы. Таким образом, при бронхиальной астме у детей наблюдаются изменения психологического профиля личности. У преобладающего большинства больных определяются изменения во внутренней картине болезни, которые характеризуются патологическими типами отношения к болезни. Выраженность психологических нарушений у детей зависит от тяжести бронхиальной астмы.

Проведение занятий в астма-школе в сочетании с индивидуальной и групповой психотерапией позволяет улучшить психологическое состояние больных, гармонизировать

патологические типы отношения к своему заболеванию, включая также и переход из одного типа в другой, более благоприятный по своему течению с учетом преморбидных черт личности. Этот вид лечения может выступать как ступенчатый этап психотерапевтической помощи больным, имеющим значительную степень дезадаптации и наличие психогенного компонента в патогенезе заболевания. Учет психосоциальных факторов, особенностей взаимоотношений ребенка, страдающего бронхиальной астмой, с членами семьи и сверстниками является необходимым условием повышения эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий.

Литература.

1. Геппе Н.А., Ревякина В.А. Аллергия у детей. Основы лечения и профилактика. Образовательная программа. - М., 2002.-120с.
2. Вассерман Л.И., Иовлев П.В. Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни. Метод, рекомендации. - Л., 1987.
3. Ереско Д.Б., Шурина Г.Л., Карвасарский Б.Д. Алекситимия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах. - Метод, пособие. С-Петербург: 1994.
4. Иванова Н.А. Психоневрологические нарушения у детей, больных бронхиальной астмой. //Вопр охр мат и дет, 1989; 5: 57-60.
5. Каганов С.Ю., Розина Н.Н. Пульмонология детского возраста и ее насущные проблемы. //Рос вести, перинатол. и педиатрии.- 2000; 6: 6-11.
6. Кузнецова Е.И., Лещенко И.В., Медведский Е.А. Динамика психологического состояния больных бронхиальной астмой в период вторичной профилактики. //Пульмонология, 2000; 4; 53-58.
7. Мизерницкий Ю.Л., Каганов С.Ю., Царегородцев А.Д., Корсунский А.А. Детский научно-практический центр Министерства здравоохранения Российской Федерации: состояние и ближайшие перспективы.//Рос. вести, перинатологии и педиатрии. - 2002.- N5.- С.59-62.
8. Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика». - М, 1997.-96 с.
9. Осипова Н.Н., Щеглов Д.Д., Актулакова Б.Т. Психологический профиль личности больных бронхиальной астмой и хроническим обструктивным бронхитом. //Журн. неврологии и психиатрии им. Корсакова, 1990; 10: 89-92.
10. Провоторов В.М., Крутько В.Н., Будневский А.В. и др. Особенности психологического статуса больных бронхиальной астмой с алекситимией. //Пульмонология, 2000; 4: 30-34.

11. Провоторов В.М., Будневский А.В. Психологические аспекты организации и проведения занятий в «астма-школе». //Пульмонология, 2000; 4: 63-66.

Abstract

D.Ch. Baranzaeva, T.V. Zabolotskih, Y.L. Mizernitsky

***PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF EDUCATION OF BRONCHIAL ASTHMA CHILDREN
IN ASTHMA SCHOOL***

*Amur State Medical Academy, Blagoveschensk Pediatric Pulmonary Center for Applied
Research, the RF Ministry of Health*

In recent years, the prevalence of bronchial asthma continues to increase, having a significant impact on children and their families, decreasing the quality of life of patients, and further restricting work capacity. Being a chronic disease, bronchial asthma leads to the emergence of emotional and psychological problems in patients. Conducting classes in an asthma school in combination with individual and group psychotherapy can improve the psychological state of patients, harmonize pathological types of attitude to their disease, including also a transition from one type to another, more favorable in its course, taking into account the premorbid personality traits. This type of treatment can act as a step-by-step stage of psychotherapeutic assistance to patients.

Key words: psychological aspects of learning in children's asthma school, bronchial asthma, psychological state, social disadaptation, programs for observation and rehabilitation with bronchial asthma.

References.

1. Geppe NA, Revyakina V.A. Allergy in children. Basics of treatment and prevention. Educational program. - M., 2002.-120s.
2. Vasserman LI, Iovlev PV A technique for psychological diagnosis of the types of attitude towards the disease. Method, recommendations. - L., 1987.
3. Erezko DB, Shurina GL, Karvasarskii B.D. Alexitimia and methods of its definition in borderline psychosomatic disorders. - Method, allowance. St.Petersburg: 1994.
4. Ivanova N.A. Psychoneurological disorders in children with bronchial asthma. // Vopr okhr mat and det, 1989; 5: 57-60.
5. Kaganov S.Yu., Rozinova N.N. Pulmonology of childhood and its vital problems. // We have a message, perinatol. And pediatrics. - 2000; 6: 6-11.
6. Kuznetsova EI, Leschenko IV, Medvedsky EA Dynamics of the psychological state of patients with bronchial asthma in the period of secondary prevention. // Pulmonology, 2000; 4; 53-58.

7. Misernitsky Yu.L., Kaganov S.Yu., Tsaregorodtsev AD, Korsunsky A.A. Children's Scientific and Practical Center of the Ministry of Health of the Russian Federation: current status and immediate prospects. *Conduct, perinatology and pediatrics*. - 2002.- N5.- P.59-62.
8. National program "Bronchial asthma in children. The strategy of treatment and prevention. " - M, 1997.-96 p.
9. Osipova NN, Shcheglov DD, Aktulakova BT Psychological profile of the personality of patients with bronchial asthma and chronic obstructive bronchitis. // *Journal. Neurology and psychiatry*. Korsakova, 1990; 10: 89-92.
10. Provotorov VM, Krutko VN, Budnevsky A.V. And others. Peculiarities of the psychological status of patients with bronchial asthma with alekismia. // *Pulmonology*, 2000; 4: 30-34.
11. Provotorov VM, Budnevsky A.V. Psychological aspects of organizing and conducting classes in the "asthma school". // *Pulmonology*, 2000; 4: 63-66.