

О.Ю.Бабкина¹, Г.Б.Федосеев², В.И.Трофимов², М.В.Елисеева³

Возможности психотерапии в комплексном лечении больных бронхиальной астмой

1 – Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова, отделение психотерапии: 197022, Санкт-Петербург, ул. Л.Толстого, 6 / 8;

2 – Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова, кафедра госпитальной терапии им. акад. М.В.Черноруцкого: 197022, Санкт-Петербург, ул. Л.Толстого, 6 / 8;

3 – Автономная некоммерческая организация "Клиника Аллергомед": 191025, Санкт-Петербург, Кузнечный пер., 2

O.Yu.Babkina, G.B.Fedoseev, V.I.Trofimov, M.V.Eliseeva

Psychotherapeutic possibilities in treatment of patients with bronchial asthma

Summary

The aim of this study was to estimate efficiency of psychotherapy in treatment of patients with bronchial asthma and to develop psychotherapeutic schemes. Three treatment modes were used: nonspecific desensitization using the method of neuro linguistic programming; symptomatic psychotherapy; and pathogenic psychotherapy for correction of psycho-emotional background. Combined treatment was more effective than medications alone with regard to symptoms of psychological mechanism of bronchial asthma and to clinical signs in long-term follow-up. In patients with prominent response to allergens we could recommend nonspecific desensitization using the method of neuro linguistic programming. A rapid correction could be achieved by symptomatic psychotherapy. Delayed but long-term effect could be achieved by pathogenic psychotherapy.

Key words: bronchial asthma, psychological stress, psychotherapy.

Резюме

Целью исследования являлась оценка эффективности психотерапии в комплексном лечении больных бронхиальной астмой (БА) и разработка психотерапевтических схем лечения. Использовались следующие три варианта: неспецифическая десенсибилизация методом нейролингвистического программирования, симптоматическая психотерапия и патогенетическая психотерапия для коррекции психо-эмоционального фона. Комплексное лечение было более эффективным, чем медикаментозная терапия без психотерапевтического воздействия, в отношении симптомов нервно-психического механизма патогенеза БА и клинических признаков при долгосрочном наблюдении. При наличии выраженных реакций на аллерген можно рекомендовать неспецифическую десенсибилизацию методом нейролингвистического программирования, для быстрой коррекции – симптоматическую психотерапию, для отсроченного, но долгосрочного эффекта – патогенетическую психотерапию.

Ключевые слова: бронхиальная астма, нервно-психический стресс, психотерапия.

Актуальность темы данной работы определяется ростом заболеваемости бронхиальной астмой (БА), усугублением тяжести, а порой и атипичностью проявлений заболевания [1]. Отмечается тенденция к увеличению процента больных БА с нервно-психическим механизмом патогенеза [2]. С другой стороны, имеется тенденция к росту невротических расстройств и, соответственно, увеличению частоты сочетания соматической и невротической патологий [3]. Много работ посвящено проблемам психосоматических заболеваний, однако остается много неясного и спорного в вопросах, связанных с показаниями, схемами и эффективностью психотерапии в комплексном лечении больных БА [4].

Все это диктует необходимость более глубокого изучения факторов, влияющих на развитие и течение заболевания, и разработки схем лечения, направленного на различные звенья патогенеза.

Целью исследования была разработка наиболее эффективных схем психотерапевтического лечения в комбинации с лекарственной терапией больных БА, оценить эффективность психотерапевтической

коррекции в комплексном лечении больных. Перед исследователями ставились следующие задачи:

1. Оценка эффективности лечения методом неспецифической десенсибилизации нейролингвистическим программированием (НЛП) и другими методами психотерапии в комплексном лечении больных БА.
2. Оценка эффективности методов психотерапевтической коррекции различных симптомов нервно-психического механизма патогенеза (НППМ) у больных БА.
3. Изучение влияния методов комплексного лечения на различные симптомы БА.
4. Разработка показаний для различных методов психотерапии больных БА при наличии нервно-психического механизма патогенеза НППМ.

Материалы и методы

Всего было проведено лечение 77 больных БА. В 1-й группе было 49 пациентов с БА, которые получали комплексное лечение, включающее в себя лекар-

ственную терапию в соответствии с рекомендациями GINA (2007) и психотерапевтическое лечение. Были использованы следующие методы психотерапии:

- 1) НЛП, методика неспецифической десенсибилизации – 3–10 сеансов;
- 2) симптоматическая психотерапия – 10–15 сеансов;
- 3) патогенетическая личностно-ориентированная психотерапия – 20–30 сеансов.

Сроки лечения составили от 2 нед. до 6 мес.

2-ю группу составили 28 больных БА с НПМП, получавших только базисную медикаментозную терапию.

В 1-й группе было 13 мужчин (26,5 %) и 36 женщин (73,5 %), а во 2-й – 9 мужчин (32 %) и 19 женщин (68 %). В 1-й группе было 12 (24,5 %) больных в возрасте < 25 лет, 9 (18,4 %) – от 25 до 35 лет, 17 (34,7 %) – от 35 до 45 лет, 11 (22,4 %) – ≥ 45 лет. Во 2-й группе было 6 (21,4 %) пациентов < 25 лет, 5 больных (17,9 %) – от 25 до 35 лет, 9 (32,1 %) – от 35 до 45 лет, 8 (28,6 %) – ≥ 45 лет. По основным показателям больные обеих групп были схожи.

Для постановки диагноза использовались следующие лабораторные и инструментальные методы исследования: клинический анализ крови, аллергологическое кожное тестирование, функция внешнего дыхания (ФВД). Для оценки эффективности лечения использовались тест по контролю над астмой (*Asthma Control Test*) и опросник самооценки симптомов, содержащий шкалу самооценки (где 0 – отсутствие симптома, 10 – максимальная выраженность симптома).

Оценка состояния больных проводилась сразу после окончания лечения (через 1 мес.) и повторно через 6 мес. и через 1 год.

Достоверность различий определялась по t-критерию Стьюдента для независимых выборок.

В 1-й группе все 49 (100 %) больных имели НПМП БА, у 19 (38,8 %) пациентов НПМП сочетался с аллергической формой БА, у 30 (61,2 %) – со смешанной формой (атопия и инфекционная зависимость).

Во 2-й группе также все 28 (100 %) пациентов имели НПМП БА. У 9 (32,1 %) больных НПМП БА сочетался с аллергической формой, у 19 (67,8 %) – со смешанной формой (атопия и инфекционная зависимость). Диагностика проводилась по классификации МКБ-10.

У 47 (61 %) больных БА имелась пыльцевая аллергия, у 35 (45,45 %) – эпидермальная, на шерсть кошек, у 26 (33,8 %) – эпидермальная, реакция на шерсть собак, у 51 (66,2 %) – бытовая сенсibilизация.

В группе больных БА у 64 (83,1 %) пациентов имелась повышенная чувствительность (пищевая, пылевая, бытовая, медикаментозная). У 53 (68,6 %) больных физические факторы (перемена погоды, сезонность) вызывали дыхательный дискомфорт. У 36 (46,7 %) – дыхательный дискомфорт провоцировался физической нагрузкой. У всех 77 пациентов дыха-

тельный дискомфорт провоцировала эмоциональная нагрузка.

Результаты

В 1-й группе после проведенного лечения наблюдалось достоверное снижение средних значений субъективной выраженности реакций (дыхательного дискомфорта) в баллах. Наиболее значимое снижение наблюдалось сразу после лечения. Через 6 мес. и через 1 год средние значения выраженности реакции увеличились, но были достоверно меньше средних значений реакций до лечения (табл. 1).

Во 2-й группе имелось достоверное снижение средних значений выраженности реакций после лечения, за исключением реакции на холодный воздух. Через 6 мес. сохранилось достоверное снижение реакций на бытовые аллергены и психоэмоциональный

Таблица 1
Сравнение средних значений реакций на провоцирующие факторы (в баллах)

Симптом	1-я группа	2-я группа	p
До лечения			
Реакция на эпидермальные аллергены	5,59 ± 0,3	5,63 ± 0,1	> 0,05
Реакция на бытовые аллергены	5,9 ± 0,25	5,72 ± 0,2	> 0,05
Реакция на пыльцевые аллергены	5,8 ± 0,3	5,4 ± 0,2	> 0,05
Реакция на запахи	5,6 ± 0,4	5,2 ± 0,1	> 0,05
Реакция на холодный воздух	5,75 ± 0,5	5,8 ± 0,1	> 0,05
Реакция на психо-эмоциональный стресс	5,1 ± 0,26	4,9 ± 0,2	> 0,05
Сразу после лечения			
Реакция на эпидермальные аллергены	2,9 ± 0,4	3,6 ± 0,2	< 0,05
Реакция на бытовые аллергены	3,6 ± 0,4	4,2 ± 0,1	< 0,05
Реакция на пыльцевые аллергены	2,9 ± 0,4	4,8 ± 0,1	< 0,01
Реакция на запахи	3,95 ± 0,4	4,0 ± 0,1	< 0,05
Реакция на холодный воздух	4,9 ± 0,3	5,5 ± 0,2	< 0,05
Реакция на психо-эмоциональный стресс	3,3 ± 0,3	4,7 ± 0,2	< 0,05
Через 6 мес.			
Реакция на эпидермальные аллергены	3,0 ± 0,4	5,66 ± 0,1	< 0,01
Реакция на бытовые аллергены	3,7 ± 0,3	4,4 ± 0,3	< 0,05
Реакция на пыльцевые аллергены	3,1 ± 0,4	5,6 ± 0,2	< 0,05
Реакция на запахи	4 ± 0,4	5,1 ± 0,2	< 0,05
Реакция на холодный воздух	4,8 ± 0,3	5,68 ± 0,3	< 0,05
Реакция на психо-эмоциональный стресс	3,1 ± 0,4	5,2 ± 0,3	< 0,01
Через 1 год			
Реакция на эпидермальные аллергены	3,03 ± 0,5	5,9 ± 0,3	< 0,05
Реакция на бытовые аллергены	4,02 ± 0,4	5,69 ± 0,1	< 0,05
Реакция на пыльцевые аллергены	3,5 ± 0,4	5,55 ± 0	< 0,05
Реакция на запахи	4,6 ± 0,6	5,1 ± 0,4	< 0,05
Реакция на холодный воздух	5,3 ± 0,4	5,76 ± 0,2	< 0,05
Реакция на психо-эмоциональный стресс	3,4 ± 0,4	5,14 ± 0,1	< 0,01

стресс. Через 1 год во 2-й группе достоверных различий в выраженности реакций, по сравнению с исходными показателями, не наблюдалось. В 1-й группе положительная динамика, достигнутая в процессе лечения, сохранялась и через год. Например, в 1-й группе средняя субъективная реакция на бытовые аллергены (в баллах) до лечения была $5,9 \pm 0,25$, сразу после лечения — $3,6 \pm 0,4$ ($p < 0,01$), через 6 мес. — $3,7 \pm 0,3$ ($p < 0,01$), через 1 год — $4,02 \pm 0,4$ ($p < 0,01$). Во 2-й группе до лечения средняя выраженная реакция на аллерген составила $5,72 \pm 0,2$, после лечения — $4,2 \pm 0,1$ ($p < 0,05$), через 6 мес. — $4,4 \pm 0,3$ ($p < 0,05$), через 1 год — $5,69 \pm 0,1$ ($p > 0,05$) (табл. 1).

Средние значения выраженности реакций на провоцирующие факторы у больных 1-й и 2-й группы до лечения достоверно не различались. После лечения средние значения выраженности реакций в 1-й группе по всем показателям стали достоверно ниже, чем во 2-й группе во все периоды наблюдения (табл. 1).

При исследовании больных БА были отмечены следующие 3 типа признаков НППП БА, которые могут быть представлены как связь между воздействием внешней среды и реакцией на это воздействие:

1. Связь "эмоция—симптом" характеризуется влиянием эмоционального состояния больного (тревога, злость и т. д.) на возникновение симптома заболевания (дыхательного дискомфорта).
2. Связь "стресс—обострение" — наличие связи стрессового события и обострения заболевания.
3. Связь "стресс—ухудшение течения заболевания" — влияние стресса на рост количества обострений, увеличение срока необходимого для достижения ремиссии, учащение дыхательного дискомфорта, потребности в более частом использовании бронхолитиков по требованию.

Динамика наличия признаков НППП БА в процессе психотерапии представлена в табл. 2.

До лечения 35 (71,4 %) больных БА отмечали связь возникновения симптомов заболевания с психоэмоциональным напряжением (связь "эмоция—симптом"), 32 (65,3 %) пациента — возникновение обострения заболевания на фоне психологического стресса (связь "стресс—обострение"), 32 (65,3 %) — ухудшение течения заболевания на фоне стресса (связь "стресс—ухудшение"). К симптомам относились такие проявления дыхательного дискомфорта, как затруднение выдоха, кашель, приступ удушья. Стрессовые ситуации делились на острые (смерть

или болезнь близких, потеря работы, развод и т. д.) и хронические психотравмы. Хронические психотравмы (стрессы) делились на стрессы в личных отношениях (с партнером, супругом), в сфере здоровья, в материальной сфере (кредиты, неудовлетворяющая зарплата, непостоянный заработок), в бытовой сфере (неудовлетворяющие бытовые условия, многонаселенная квартира), в сфере контактов (ссоры, конфликты с друзьями, коллегами), в сфере семьи (родители, дети, близкие родственники).

После лечения возникновение симптомов на фоне психоэмоционального напряжения ("эмоция—симптом") отмечалось у 21 больного (42,8 %). Через 6 мес. после лечения связь "эмоция—симптом" наблюдалась у 26 (53,1 %) пациентов, связь "стресс—обострение" — у 24 (48,98 %), связь "стресс—ухудшение" — у 23 (46,9 %). Через год связь "эмоции—симптом" отмечалась у 27 (55,1 %) больных, связь "стресс—обострение" — у 28 (57,1 %), связь "стресс—ухудшение" — у 27 (55,1 %).

Таким образом, в результате комплексного лечения (базисная медикаментозная терапия и психотерапия) было достигнуто снижение числа больных с различными признаками НППП БА — связью эмоциональной реакции и симптомов БА, связью стресса и возникновения обострения БА, связью стресса и ухудшения течения заболевания.

Особый интерес представляет анализ того, насколько часто, быстро и длительно удавалось купировать различные проявления НППП БА разными методами психотерапии. Динамика частоты связи "эмоция—симптом" в процессе лечения больных БА представлена на рис. 1.

Наиболее эффективна для купирования этого симптома симптоматическая психотерапия. Сразу после лечения частота его встречаемости уменьшилась в 12 раз (у 80 % пациентов — до лечения, у 6,6 % — к концу лечения). Однако стабильность достигнутого улучшения невелика, через 6 мес. этот симптом возобновляется у 53,3 % больных. Медленнее наступает улучшение в процессе НЛП, однако достигнутый

Таблица 2
Динамика наличия признаков НППП БА в процессе психотерапии

Признак НППП БА	До лечения, %	Сразу после лечения, %	Через 1 год, %	Через 6 мес., %
Эмоция—симптом	71,8	42,8	53,1	55,1
Стресс—обострение	65,3	48,98	48,8	57,1
Стресс—ухудшение течения	65,3	—	46,9	55,1

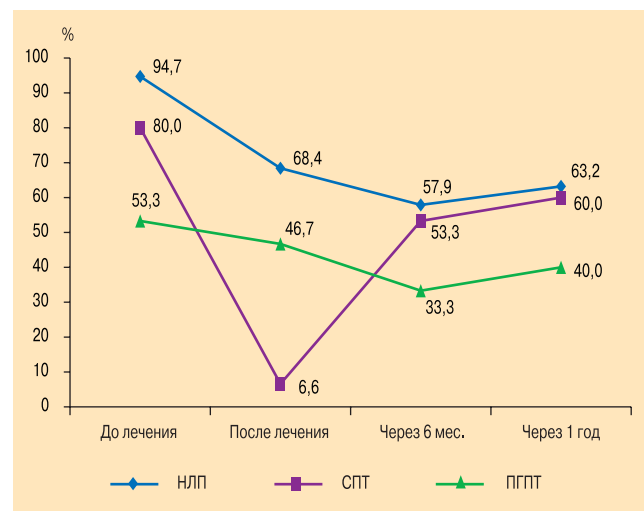


Рис. 1. Динамика связи "эмоция—симптом" у больных БА основной группы до и после лечения

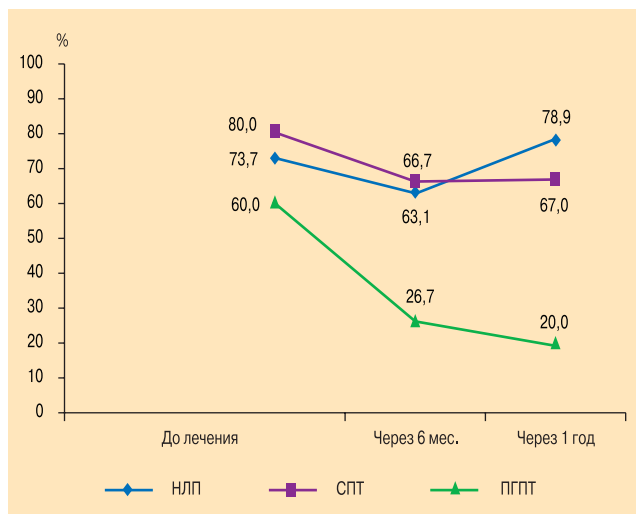


Рис. 2. Динамика связи "стресс-обострение" у больных БА основной группы до и после лечения

эффект более стабилен. Патогенетическая психотерапия для купирования связи "эмоция—симптом" неэффективна.

Динамика частоты связи "стресс—обострение" в процессе лечения больных БА представлена на рис. 2.

Наиболее эффективна для купирования этого проявления НПМП БА методика патогенетической психотерапии, под влиянием которой через 6 мес. и через 1 год в 3 раза уменьшилась исходная частота встречаемости этого проявления болезни (с 60,0 % до 26,7 % и 20 % соответственно). НЛП и симптоматическая психотерапия для купирования этой связи малоэффективны.

Динамика частоты связи "стресс—ухудшение течения" БА представлена на рис. 3.

Для купирования этой связи наиболее эффективна патогенетическая психотерапия, в результате которой частота встречаемости больных с этим проявлением НПМП БА через 6 мес. и через 1 год уменьшилась более чем в 2,5 и 3 раза соответственно.

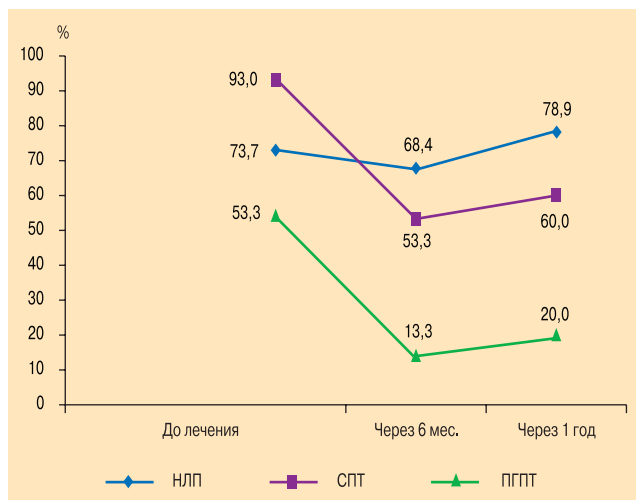


Рис. 3. Динамика связи "стресс—ухудшение течения" у больных БА основной группы до и после лечения

Таким образом, установлена различная курабельность проявлений НПМП БА различными методами психотерапии по скорости наступления, стабильности и частоте.

В основной группе больных БА до лечения имелось $0,71 \pm 0,11$ дыхательных дискомфорта в день и $2,48 \pm 0,26$ в неделю. После лечения число дыхательных дискомфорта достоверно снизились ($p < 0,01$) до $0,36 \pm 0,07$ в день и $1,69 \pm 0,19$ в неделю. Через 6 мес. и через 1 год среднее число дыхательных дискомфорта несколько увеличилось, но продолжало сохраняться достоверное различие по обоим показателям по сравнению с их значениями до лечения.

В группе сравнения число дыхательных дискомфорта после прохождения базисного лечения уменьшилось с $0,75 \pm 0,12$ в день и $2,44 \pm 0,08$ в неделю до $0,44 \pm 0,1$ в день и $2,0 \pm 0,26$ в неделю, но было достоверно больше ($p < 0,05$), чем в 1-й группе. Таким образом, эффект от лечения был более выражен в 1-й группе и сохранялся в течение 1 года.

В 1-й группе имелось достоверное ($p < 0,05$) повышение среднего значения АСТ-теста после лечения ($22,7 \pm 0,3$). Это повышение сохранилось и через 1 год ($22,2 \pm 0,4$).

Через 6 мес. процент больных с отсутствием контроля БА был достоверно выше в группе сравнения (9 больных / 32,2 %), чем в основной группе (5 / 10,2 %). Через 1 год число больных с контролируемой астмой было достоверно больше ($p < 0,05$) в 1-й группе (20 / 40,8 %), чем в группе сравнения (8 / 28,6 %).

Лечение больных в 1-й группе оказалось более эффективным сразу после лечения, через 6 мес. и через 1 год. Таким образом, комплексное лечение положительно влияет на контролируемость БА.

Заключение

1. Комплексное лечение больных БА с НПМП было более эффективным, чем медикаментозная терапия без психотерапевтического воздействия, в отношении симптомов НПМП БА, клинических признаков — количества дыхательных дискомфорта, числа обострений БА в год, продолжительности ремиссии БА, контролируемости БА при долгосрочном наблюдении.
2. При наличии у больных БА выраженных реакций на аллерген можно рекомендовать использовать неспецифическую десенсибилизацию методом НЛП для улучшения субъективного самочувствия больных.
3. Для быстрого купирования симптомов НПМП, улучшения психического статуса больных БА — использовать симптоматическую психотерапию. Для получения отсроченного эффекта по купированию симптомов НПМП, улучшения состояния психического статуса больных БА — использовать патогенетическую психотерапию.

Литература

1. Чучалин А.Г. (ред.). Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы. Пересмотр 2007 г. М.: Атмосфера; 2008.
2. Федосеев Г.Б., Трофимов В.И. Бронхиальная астма. СПб.: Нордмедиздат; 2006.
3. Карвасарский Б.Д. Психотерапия. СПб.: Питер; 2000.
4. Федосеев Г.Б. Аллергология. СПб.: Нормиздат; 2001; т. 1.
5. Федосеев Г.Б., Трофимов В.И., Елисеева М.В. и др. Психосоматические аспекты бронхиальной астмы: механизмы формирования, особенности диагностики, клиники и лечения. Рос. аллергол. журн. 2009; 3: 26–38.
6. Федосеев Г.Б., Трофимов В.И., Петрова М.А. Многоликая астма, диагностика, лечение и профилактика. СПб.: Нормиздат; 2011.

Информация об авторах

Бабкина Ольга Юрьевна – врач-психотерапевт, отделение психотерапии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П.Павлова; тел.: (812) 499-68-86, e-mail: babkina_o@mail.ru

Федосеев Глеб Борисович – д. м. н., проф. кафедры госпитальной терапии им. акад. М.В.Черноруцкого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П.Павлова; тел.: (812) 499-71-88, (812) 346-39-45, e-mail: fedoseevsp@mail.ru

Трофимов Василий Иванович – д. м. н., проф., зав. кафедрой госпитальной терапии им. акад. М.В.Черноруцкого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П.Павлова; тел.: (812) 234-54-51, mail: trofvi@mail.ru

Елисеева Марина Владимировна – глав. врач АНО "Клиника Аллерго-мед"; тел.: (812) 575-75-00, e-mail: mveliseeva@gmail.com

Поступила 22.05.12
© Коллектив авторов, 2012
УДК 616.248-085.851