

## Оригинальные исследования

О.Ю.Бабкина<sup>1</sup>, Г.Б.Федосеев<sup>2</sup>, В.И.Трофимов<sup>2</sup>, М.В.Елисева<sup>3</sup>

## 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
<b>До лечения</b>			
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
<b>Сразу после лечения</b>			
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
<b>Через 6 мес.</b>			
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
<b>Через 1 год</b>			
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 %).

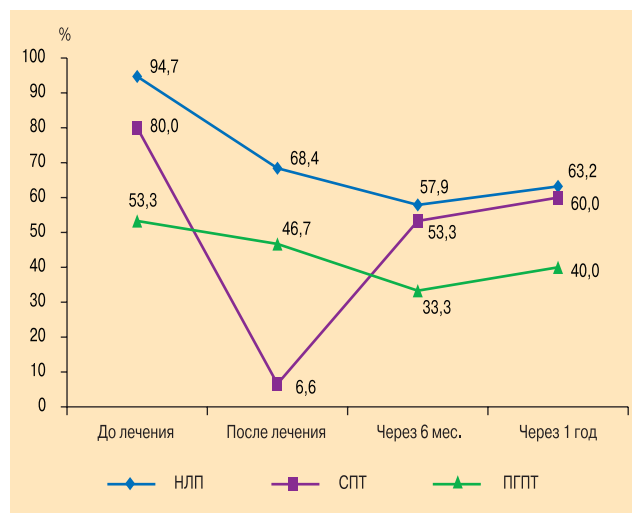
Таким образом, в результате комплексного лечения (базисная медикаментозная терапия и психотерапия) было достигнуто снижение числа больных с различными признаками НППП БА – связью эмоциональной реакции и симптомов БА, связью стресса и возникновения обострения БА, связью стресса и ухудшения течения заболевания.

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

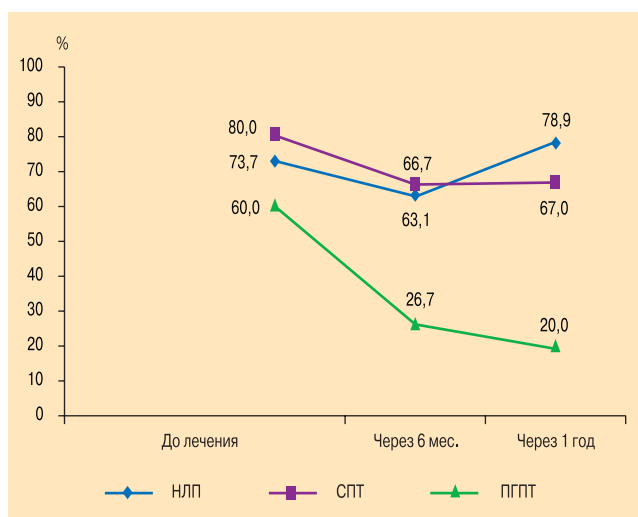


Рис. 2. Динамика связи "стресс-обострение" у больных БА основной группы до и после лечения

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.

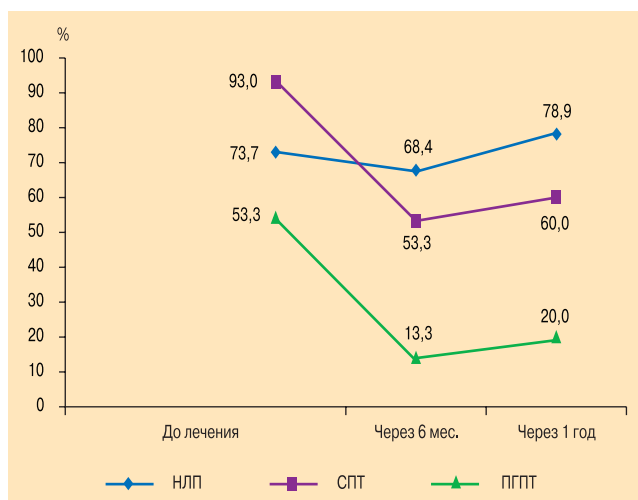


Рис. 3. Динамика связи "стресс—ухудшение течения" у больных БА основной группы до и после лечения

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**