

ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В ПРОЦЕССЕ ИХ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ

*Кафедра психиатрии Кубанского государственного медицинского университета,
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4. Тел. 8 (861) 268-57-72*

Обследовано 120 больных бронхиальной астмой (БА) с помощью экспериментально-психологических методик: MMPI (Миннесотский многопрофильный личностный опросник), шкала Гамильтона для оценки тревоги (HARS), опросник «Индекс жизненного стиля» (Plutchik R., 1979), «Опросник общего здоровья» GHQ-28 (General Health Questionnaire). Клинический статус больных ассоциируется с соответствующими психологическими чертами, что необходимо учитывать при планировании стратегии лечения, направленной на нормализацию психического статуса, изменение отношения к болезни, повышение социальной адаптации.

Ключевые слова: психологические особенности, бронхиальная астма, социальная адаптация, тревожность, психологическая защита.

**K. I. GLADKOVA, I. V. PARSHIKOVA, O. G. ZAITSEVA, M. I. AGEEV,
L. E. LOSHNIKOVA, V. V. KOROTEEVA, V. O. SHAPKARIN**

A PERSONALITY STRUCTURE OF BRONCHIAL ASTHMA PATIENTS IN THE PROCESS OF THERE SOCIAL ADAPTATION

*Department of psychiatry, Kuban State Medical University,
Russia, 350063, Krasnodar, Sedin st., 4. Tel. 8 (861) 268-57-72*

120 bronchial asthma (BA) patients were examined by means of the personality multilateral investigation method (MMPI), Hamilton anxiety scale, General health questionnaire (GHQ-28), Index of life style (Plutchik, 1979), Clinical course of (BA) was associated with certain psychological features, the fact to be borne in mind when planning the treatment strategy aimed at improvement of the psychic status, at changing the patients attitude to his disease, at adaptation in the microsocial environment.

Key words: personal structure, bronchial asthma, social adaptation, anxiety, psychological protection.

Введение

Психосоматические механизмы, лежащие в основе развития и прогрессирования бронхиальной астмы (БА), обуславливают необходимость совершенствования психокоррекционных и психотерапевтических методов лечения.

Общеизвестно, что у больных (БА) часто встречаются различные психопатологические расстройства и поведенческие особенности [1, 2, 5, 10]. Существует гипотеза о формировании специфического для БА профиля личности, предрасполагающего к развитию заболевания. Его основными характеристиками являются: склонность к подавлению агрессии, низкая фрустрационная толерантность, повышенная возбудимость и истощаемость, высокий уровень тревожности [4, 6, 7]. Характерны также низкая самооценка, снижение уровня социальных контактов, аффективные нарушения, черты алекситимии [3, 8, 9].

Алекситимия как механистический характер мышления, заключающийся в снижении способности к фантазированию, трудности вербализировать аффекты и собственные чувства, стремлении оперировать конкретными понятиями, приводит к фокусированию эмоционального возбуждения на соматическом компоненте, что способствует развитию психосоматических расстройств.

Целью работы явилось изучение индивидуально-психологических особенностей больных БА в процессе их социальной адаптации.

Для достижения этой цели поставлены следующие задачи:

- 1) оценить психологические особенности больных БА;
- 2) определить уровень тревожности у больных данной группы;
- 3) изучить типы психологической защиты;
- 4) разработать рекомендации по проведению психокоррекционных и психотерапевтических мероприятий с целью повышения их социальной адаптации.

Методика исследования

С учетом поставленных задач нами использовались клиничко-психологические методы исследования больных с применением следующих экспериментально-психологических методик: MMPI (Миннесотский многопрофильный личностный опросник); шкала Гамильтона для оценки тревоги (HARS); опросник «Индекс жизненного стиля» (Plutchik R., 1979), «Опросник общего здоровья» GHQ-28 (General Health Questionnaire).

Обследовано 120 больных БА (52 мужчины и 68 женщин) в возрасте от 20 до 57 лет (средний возраст 37,5 года). Из них БА средней степени тяжести имела место у 89 пациентов, тяжелая БА – у 31.

У больных БА средней степени тяжести терапию глюкокортикостероидами системного действия получали 60 человек, 31 пациент имел тяжелую форму БА с кортикозависимостью.

Статистическую обработку полученных результатов проводили с помощью пакета программ Statgraphics for Windows.

Результаты исследования

По результатам MMPI у 13 больных БА отмечался подъем профиля по 7-й шкале ($T > 70$), а также ($60 T < T < 70$) по 4-й шкале, что отражает состояние повышенной тревожности и сочетается с показателями по шкале Гамильтона. У 18 больных – подъем профиля по 1-й, 2-й шкалам ($T > 70$ баллов), что отражает невротический сверхконтроль, отсутствие свободной самоактуализации, требовательность и капризность в лечении.

У 22 больных выявлено повышение профиля по 3-й и 2-й шкалам ($T > 70$). Для них характерны также развитие вегетативных реакций в ответ на стрессовые ситуации, демонстративные формы поведения. У 19 больных выражен подъем профиля по 1-й, 4-й шкалам ($T > 60 > 70$), что отражает ипохондричность со значительными трудностями социальной адаптации вследствие конфликта между тенденцией к повышенному самоконтролю и импульсивностью поступков. Повышение профиля MMPI по 3-й и 9-й шкалам ($T > 75$) у 11 больных отражает различные функциональные расстройства, отрицание психологического конфликта, внешнеобвиняющий тип реагирования, неадекватную самооценку. У 11 больных подъем профиля MMPI по 2-й, 8-й шкалам и по 9-й и 4-й ($T < 60$) отражает своеобразие интересов и мотивов поведения, дистанцированность, снижение социальной адаптации, субъективность суждений, инертность.

По данным MMPI, у 12 больных подъем по 1-й, 2-й шкалам ($T > 60 T$) и >3-й шкалы характеризует избыточный контроль над поведением, отсутствие спонтанности в поведении, догматизм суждений, конформизм. У 19 больных подъем профиля MMPI по 3-й, 1-й шкалам ($T > 70$) отражает эмоциональную незрелость, гиперсоциальные установки, вытеснение тревоги.

Личностные особенности и аффективные нарушения, а также неадекватные реакции на болезнь способствуют деструктивным формам поведения, трансформируются в поведенческие стереотипы, которые облегчают развитие астматических симптомов по нервно-психическому механизму. Их необходимо учитывать при разработке и проведении психокоррекционных мероприятий как с самими больными БА, так и с их родственниками. Долгосрочная индивидуальная психотерапия и семейная психотерапия способствуют повышению социальной адаптации больных, формированию у них адекватных способов психологической защиты.

Результаты изучения тревожности больных БА свидетельствуют о ее достаточно высоком уровне, что отражается в показателях по шкале Гамильтона (25 баллов).

Особенностью личностных реакций на болезнь является проявление психологических защит в ситуации болезни, направленных на уменьшение тревоги (эмоционально-аффективного проявления «работы» с конфликтом), и препятствия к самореализации (устранения фрустраторов, деблокирование актуальных потребностей и восстановление нарушенной системы отношений личности).

У обследованных больных отмечалось напряжение достаточно узкого спектра психологических защит: «вытеснение» (48,1%), «отрицание» (22,6%) и «компенсация» (15,1%). Типы психологической защиты «регрессия», «проекция» и «интеллектуализация» использовались больными как доминирующие с одинаковой частотой. И ни в одном случае не было зарегистрировано использование в качестве основного типа психологической защиты «замещение».

Установлено, что у женщин доминируют психологические защиты «вытеснение» (63%), «отрицание» (22,2%). В 7,5% случаев использовалась психологическая защита «интеллектуализация». У мужчин доминируют «вытеснение» (41,7%), «отрицание» (21,5%), «компенсация» (18,9%) и в меньшей степени «реактивные образования» (6,3%).

Обсуждение

Таким образом, высокий уровень тревожности как атрибут психологического конфликта, связанного с фактом заболевания, включает в действие механизмы психологической защиты, итогом работы которых является формирование определенных типов психологического реагирования на заболевание у больных БА.

Представленные в результате исследования особенности формирования личностных реакций на болезнь легли в основу построения комплексного комбинированного (психофармакотерапия и психотерапия) лечения больных БА.

Психологическое обследование больных БА с помощью «Опросника общего здоровья» (GHO-28), проводимое до и после комплексного лечения, показало, что у больных значительно улучшилось психическое состояние, они субъективно отмечали повышение активности, нормализацию сна, улучшение состояния и т. д. Возросли мотивация, трудовые установки, снизилась потребность в помощи и поддержке извне, расширились способы преодоления стресса, стремление активно содействовать лечению.

Результаты клинко-психологического исследования, а также проводившиеся психотерапевтические и психокоррекционные мероприятия позволили выделить два рода задач психологической помощи больным БА:

1. Формирование адаптивной реакции на болезнь, преодоление негативных установок;
2. Профилактика и коррекция психологических декомпенсаций больных в различных сферах (семейно-бытовой, досуга), консультирование и адекватная ориентация родственников.

В психокоррекционных мероприятиях должны быть учтены специфика клинической ситуации и психологические компенсаторные возможности отдельного больного.

Психокоррекционная и психотерапевтическая работа с больными БА показала, что при индивидуальном подходе к пациенту с учетом социально-психологических переменных возможна достаточно эффективная стимуляция психологических компенсаторных ресурсов личности больного. Эти вопросы требуют, конечно, дальнейших исследований.

ЛИТЕРАТУРА

1. Березин Ф. Б., Куликова Е. М., Шаталов Н. Н., Чарова Н. А. Психосоматические соотношения при бронхиальной астме // Журн. невропатол. и психиатр. – 1997. – № 4. – С. 35–38.
2. Булатов П. К., Филиппов В. Л. Опыт психосоматического подхода в изучении бронхиальной астмы // Вопросы

гематологии, нефрологии и пульмонологии. — М., 1975. — С. 330–332.

3. Короселева И. С., Ротенберг В. С. Проблема алекситимии в контексте поведенческих концепций психосоматических расстройств // Телесность человека: междисциплинарные исследования. Философское общество СССР. — 1993. — С. 112–116.

4. Осипова Н. Н., Щеглов Ю. Д., Акшулакова Б. Т. Психологический профиль личности больных бронхиальной астмой и хроническим обструктивным бронхитом // Журн. невропатол. и психиатр. — 1990. — Том 90. — № 10. — С. 89–92.

5. Палеев Н. Р., Краснов В. Н., Подрезова Л. А. Диагностика и лечение психопатологических нарушений у больных бронхиальной астмой // Клини. мед. — 1997. — Том 75. — № 9. — С. 16–19.

6. Семенова Н. Д. Психологические аспекты бронхиальной астмы // Бронхиальная астма / Под ред. А. Г. Чучалина. — М.: Агар, 1997. — Том 2. — С. 187–212.

7. Clarke P. S. Asthma, emotions, hyperventilation and allergy // Abstract. Inc. Congr. Allerg. Clin. Immun. — 1982. — P. 437.

8. Dirks J. F., Robinson S. K., Dirks D. L. Alexithymia and psychosomatic maintenance of bronchial asthma // Psychother. And psychosom. — 1981. — Vol. 36. — № 1. — P. 63–71.

9. Irie M., Kihara, Kavamura H. et al. Psychosomatic study of inhalation therapy in patients with bronchial asthma // J. Allergol. — 1991. — Vol. 40. — P. 1297–1309.

10. Nemiah J. C. Reflections of psychosomatic theories // Psychother. Psychosom. — 1975. — V. 26. — P. 140–147.

Поступила 28.05.2009

В. П. ГЛУХОВ, В. В. КРАСУЛИН

РЕЗЕКЦИЯ УРЕТРЫ С КОНЦЕВЫМ АНАСТОМОЗОМ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННЫХ СТРИКТУР УРЕТРЫ У МУЖЧИН

*Кафедра урологии Ростовского государственного медицинского университета,
Россия, 344021, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29.
E-mail: gluhovladimir@rambler.ru, тел. 8-8632-75-60*

Резекция уретры с концевым анастомозом в клинике урологии Ростовского государственного медицинского университета с 1999 по 2007 г. осуществлена у 270 больных. Оценена роль факторов (длительность страдания, количество перенесенных ранее операций, протяженность и локализация стриктуры), влияющих на частоту развивающихся осложнений и исход операции. Показано, что резекция уретры при первичных, неосложненных стриктурах (112 больных) не дает осложнений в послеоперационном периоде и всегда обеспечивает 100%-ное выздоровление. При рецидивных, осложненных стриктурах уретры (158 больных) резекция, выполненная по разработанной в клинике методике, также может обеспечить вполне удовлетворительный результат (97,4%), однако подобные больные требуют длительной предоперационной подготовки с антибактериальной терапией, иммунокоррекцией и санацией осложнений основного заболевания.

Ключевые слова: стриктура, резекция, уретра, рецидив.

V. P. GLUHOV, V. V. KRASULIN

URETHRAL RESECTION WITH END-TO-END ANASTOMOSIS AS A TREATMENT OPTION FOR COMPLICATED URETHRAL STRICTURES

*Department of urology, Rostov State Medical University,
Russia, Rostov-on-Don, the Iene Nakhichevan, 29. E-mail: gluhovladimir@rambler.ru, tel. 8-8632-75-60*

From the period 1999 to 2007, two hundred and seventy (270) men underwent urethral resection with end to end anastomosis due to primary urethral strictures. The following factors were considered in the choice of treatment: duration of disease, number of previous surgeries, the length of the stricture and also its localization. These factors influence the outcome of surgery and also the frequency of postoperative complications.

One hundred and twelve (112) patients with primary urethral strictures were operated using our method with a 100% cure rate and no recurrent strictures after six months postoperatively. 158 patients with recurrent urethral strictures were also operated using the same method with a 97,4% cure rate. However to achieve this level of outcome, there is the need for a long period of antibiotic therapy and immunocorrection and a good postoperative care. End to end anastomosis is a very effective method for treatment of recurrent strictures.

Key words: stricture, resection, urethral, relapse.

Введение

Возрастающий из года в год производственный, бытовой и, особенно, транспортный травматизм обусловил увеличение частоты тяжелых повреждений костей таза,

практически всегда сопровождающихся разрывом мочеиспускательного канала с последующим развитием стриктур и облитераций уретры, лечение которых продолжает оставаться сложной и до конца не решенной проблемой.