

УДК 616.248:612.821

Л.В.Боговин

**ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ
(ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)***Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания Сибирского отделения РАМН,
Благовещенск***РЕЗЮМЕ**

В обзоре обсуждается проблема психосоматических взаимовлияний у больных бронхиальной астмой. В литературе имеются указания на изменения нервно-психического, эмоционального и личностного состояния больных. В большинстве случаев исследования носят односторонний (психологический или соматический) характер. Результат анализа литературы структурирован с позиции комплексного, биопсихосоциального подхода.

Ключевые слова: бронхиальная астма, психосоматическая медицина, психологические особенности, эмоции, тревога, депрессия, алекситимия.

SUMMARY

L.V.Bogovin

**PSYCHOSOMATIC INTERACTIONS IN
PATIENTS WITH BRONCHIAL ASTHMA
(REVIEW)**

The problem of psychosomatic interactions in patients with bronchial asthma is under discussion in the review. Reference books tell about changes in nervous and psychic, emotional and personality state of patients with BA. In the majority of cases these studies are of one-way character (psychological or somatic). The results of reference books review are structured from the position of a complex biopsychosocial approach.

Key words: bronchial asthma, psychosomatic medicine, psychological peculiarities, emotions, anxiety, depression, alexithymia.

Наряду с другими соматическими болезнями, бронхиальная астма (БА) остается болезнью современной цивилизации и актуальным объектом изучения врачей разных специальностей, так как люди всех возрастов и всех национальностей подвержены этому серьезному заболеванию [40]. Ключевыми понятиями в определении БА являются клинические проявления болезни: генетическая предрасположенность и провоцирующие факторы внешней среды, пароксизмы кашля и синдром удушья [22, 40]. В настоящее время наиболее важным фактором риска считается атопия, врожденная склонность к аллергическим реакциям. Неиммунные, механизмы атопии, объясняющие развитие психогенной астмы, зачастую не берутся во внимание. Считается, что психогенная астма развивается только на фоне имеющейся гиперреактивности бронхов [30].

Как показывают результаты анализа лечебно-диагностического процесса у больных БА, существу-

ет достаточно много дефектов в качестве диагностики, ведения и лечения этих больных на различных этапах оказания медицинской помощи. Трудности часто объясняются отсутствием первичного обучения больных, нерегулярностью и несвоевременностью обращений их к участковому врачу, неадекватностью дозирования и коррекции терапии, отсутствием индивидуального подхода к каждому пациенту и достаточной кооперативности больных БА [17].

БА, как любое тяжелое хроническое заболевание влияет на все стороны жизни пациентов. В связи с ним возникает много социальных, семейных проблем, снижается работоспособность, качество жизни или общее благополучие, возможна преждевременная смерть [15].

В связи с тем, что человек является биопсихосоциальным существом, способным выразить свое состояние, его следует изучать комплексно, исходя из психосоматического подхода, с психической и физиологической стороны [21]. В процессе многолетнего изучения патогенеза БА периодически возрастал интерес исследователей к анализу психоневрологических изменений у больных БА. По мере накопления клинических и экспериментальных данных возникла необходимость выделения психологических факторов и поведенческих особенностей, оказывающих влияние на развитие и прогрессирование БА. [34].

БА считается типичным психосоматическим заболеванием и входит в классическую семерку психосоматозов [38]. Это значит, что симптомы и синдромы нарушений соматической сферы обусловлены индивидуально-психологическими особенностями человека и связаны со стереотипами его поведения, реакциями на стресс и способами переработки внутриличностного конфликта [24]. Прежние психоаналитические подходы к психосоматозам имеют преимущественно историческое значение, тем не менее, они дали возможность обратить внимание на изучение взаимосвязи психологических, биологических и социальных моментов в соматических заболеваниях (идея мультикаузальности клинических синдромов). Положительные клинико-лабораторные изменения в ответ на психотерапевтическое воздействие [13, 28] и применение биологической обратной связи [44, 45] подтверждают важное влияние психики на течение БА.

В современной медицине раздел психосоматики представляют исследования (клинические, психологические, эпидемиологические, лабораторные), освещающие роль стресса в патогенезе соматических заболеваний, связь патохарактерологических и поведенческих особенностей с чувствительностью или устойчивостью к определенным соматическим заболеваниям, зависимость реакции на болезнь («поведе-

ния» в болезни) от типа личностного склада, влияние некоторых методов лечения на психическое состояние [35].

Расстройства, относимые к психосоматическим, включают не только психосоматические заболевания в традиционном, узком понимании этого термина, но значительно более широкий круг нарушений: соматизированные расстройства; патологические психогенные реакции на соматическое заболевание; психические расстройства, осложняющиеся соматической патологией; нарушения, осложняющие некоторые методы лечения, например, аффективные депрессивные, тревожные и астенические состояния, мнестические расстройства, развивающиеся после операции и т.д. [35]. Как психосоматическое заболевание БА ассоциируется с нарушениями интегративных взаимоотношений между центральной нервной, вегетативной и иммунной системами [26]. Многообразные психосоматические расстройства объединяет общий признак - сочетание нарушений психической и соматической сферы и связанные с этим особенности медицинского обслуживания больных, которое предполагает тесное взаимодействие психиатров и врачей общего профиля, осуществляемое обычно либо в медицинских учреждениях общего типа, либо в специализированных психосоматических клиниках [10, 35]. Предрасположение к психосоматической патологии носит более универсальный характер. Склонность к психосоматическим расстройствам определяется целостными патохарактерологическими свойствами: хронической тревожностью, склонностью к фрустрации, истерическими и нарциссическими чертами, часто такая подверженность формируется у лиц с чертами алекситимии [35]. Ряд исследователей исключают астму из ряда психосоматических заболеваний, так как не находят связи между продукцией IgE, особенностями личности, влиянием социальных и психологических факторов и тяжестью заболевания [59]. Этой точки придерживается и большинство врачей-интернистов, хотя практически признают необходимость психотерапевтической работы с пациентами-астматиками [42].

Психосоматические соотношения, отнесенные к двум вариантам психосоматических состояний (соматическая патология, амплифицированная конверсионными и другими психическими расстройствами; соматическая патология, дублированная атрибутивными соматоформными расстройствами), чаще всего наблюдаются при БА [31]. В таком случае, в ряду обстоятельств, способствующих манифестации психосоматических расстройств, в качестве наиболее значимых рассматриваются психотравмирующие события [35]. То есть, развитие заболевания связано с действием на неадаптированную личностную структуру человека микротравм (хронические ежедневные стрессовые ситуации) и макротравм (ситуации глобальных жизненных перемен) [28]. Возникшая цепочка взаимосвязанных реакций воздействует на центральную, вегетативную, эндокринную, иммунную системы [35, 61]. Однако травмирующие события являются лишь одной из составляющих патогенеза психосоматических расстройств. У некоторых больных психо-социальные и нервно-психические

факторы, способствуя провокации и фиксации астматических симптомов, глубоко вплетаются в патогенетическую цепь заболевания, являются пусковым или отягощающим течение болезни, приводят к хронизации болезни [13, 42].

Среди психологических факторов, оказывающих значительное влияние на развитие и прогрессирование БА, недостаточно изученной является такая личностная характеристика больного, как алекситимия. Более того, среди больных БА алекситимия выражена наиболее сильно и выявляется большая частота алекситимических личностей [4, 27].

Основные признаки алекситимии – испытывание трудностей в распознавании и вербализации собственных эмоций, трудности определения различий между чувствами и телесными ощущениями, фиксация на внешних событиях в ущерб внутренним переживаниям, механистичный характер мышления («*reposee operatiore*» или «мышление диспетчера»), проявляющийся в неспособности фантазировать, стремлении оперировать конкретными понятиями [3]. Обнаружено, что алекситимия проявляется на аффективном, когнитивном и интерперсональном уровне, и может служить показателем существования трудностей в общении [57]. Недостаточное осознание эмоций ведет к фокусированию эмоционального возбуждения на соматическом компоненте, что в результате приводит к развитию ипохондрических и психосоматических расстройств [58, 60]. Некоторые исследования позволили установить опосредованной алекситимией угнетение клеточного иммунитета, способствующее развитию соматического заболевания.

Взаимодействие психических и соматических процессов наиболее отчетливо проявляется в клинике аффективной патологии [12]. В течение многих лет изучалось влияние эмоциональных состояний и стрессов на функцию дыхания при БА. Лабораторные исследования демонстрировали восприимчивость дыхания к различным экспериментальным манипуляциям аффективного состояния [54]. В основном изучались негативные эмоции, и эти работы показывают повышение дыхательной резистентности и ухудшение легочной функции в условиях эксперимента [51]. Другие работы демонстрировали подобные дыхательные реакции с индукцией положительных аффективных состояний, предполагающие неспецифически направленную реакцию [54]. Ретроспективные отчеты больных БА подтверждают эти психологические факты, а именно, изменения аффективной сферы могут инициировать симптомы астмы. Некоторые исследователи обнаруживали снижение показателей функции легких при появлении сильных как положительных, так и отрицательных эмоций (при просмотре эмоционально насыщенных фильмов) в противоположность неизменности этих показателей при нейтральном раздражителе [54]. Данные работы позволяют заключить, что даже небольшие экспериментально выявленные эмоциональные изменения предсказывают изменения легочной функции больных БА. Однако, все еще не известно, имеют ли значение эти экспериментально выявленные дыхательные реакции для повседневной жизни больных

БА, так как эти реакции часто выпадают из общих критериев клинической значимости.

Изучению психологических особенностей больных БА посвящены многие работы [43], хотя оценка преморбидных личностных характеристик пациентов затруднена, особенно в условиях общесоматической практики [7]. Однако, можно говорить об определенном сходстве в личностном стиле (в определенном принципе организации «когнитивно-аффективных взаимодействий») между пациентами, страдающими БА [36]. Кроме того, обнаружена корреляция между характером и выраженностью личностных особенностей больных БА и тяжестью течения заболевания [34].

Тем не менее, благодаря противоречивости и субъективности результатов эмпирических поисков, до сих пор не существует единой, характерной для всех астматиков структуры личности. Основные характеристики специфических для заболевания «качеств личности» у больных БА определялись в разное время как «зависимость от заботы и любви окружающих», «аллергические отношения», «страх, чувство беспомощности и зависимости от матери» [21], склонность «подавлять депрессию и агрессию» [50], «сдерживать реакции на фрустрирующие воздействия», «повышенная нервность, чрезмерная возбудимость либо вялость, повышенная истощаемость» [41], «высокая тревожность», «внутренняя напряженность», «стойкие опасения за свое физическое благополучие», «постоянная внутренняя переработка проявлений заболевания» [31]. Приступ астмы, по мнению некоторых из исследователей, представляет собой подавляемый плач ребенка, обращенный к матери. По мнению других, общепринятым считается значение агрессии, которая у больных БА не вытесняется и проявляется в приступах удушья [23]. В дальнейшем этот симптом становится для больного БА способом манипулирования близким окружением и способом сохранения семейного «гомеостаза» [42].

При анализе клинико-психологических исследований личности больных БА можно выделить личностные черты, предрасполагающие к развитию и фиксации дыхательных нарушений по нервно-психическим механизмам: низкий уровень устойчивости к стрессам, инфантилизм, склонность к блокированию эмоциональных переживаний [34], хрупкость и незрелость психологической защиты, «бегство в болезнь» [53], неадекватное представление себя, увеличение коммуникативной значимости «языка тела» (соматические ответы); низкий уровень осознания переживаемых эмоций, желаний, потребностей (алекстимия) [3]. Было обнаружено, что у пациентов с БА выше, чем у здоровых, процент тревожного и циклотимного типа акцентуаций, причем у мужчин чаще выявляется педантический тип, а у женщин ниже, чем у здоровых, процент акцентуации интравертированного типа [6].

В многочисленных отечественных и зарубежных работах авторы при исследовании профиля личности больных БА чаще других методик применяли различные модификации теста ММРІ (ММРІ-2, СМОЛ, ММИЛ, реже СМІЛ) [56]. У этих больных чаще обнаруживался подъем по шкалам «невротической

триады» (1-Hs, 2-De, 3-Hy) и по шкале тревожной мнительности (7-Pt), что указывает на наличие тревожно-фобических расстройств, недостаточное устранение тревоги, поиски оправдания неудач, стремление к поддержке и сочувствию окружающих, давлению на них с целью обеспечения внимания к своей персоне, манипулированию при помощи своей болезни [31]. Алекситимичные больные БА демонстрировали более высокие значения данных шкал, чем неалекситимичные [27]. В ряде исследований у 56% больных БА обнаруживались дополнительные пик по шкале 6 (Pa) и снижение шкалы 9 (Ma) [29]. Большинство больных со среднетяжелым течением болезни имели признаки истощения компенсаторных механизмов и психопатизации личности («пики» на 6-й и 8-й шкалах), в других случаях – значимое повышение лишь по 1 (Hs) или 2 шкале (De) [17]. Такие профили не являются уникальными для БА и обнаруживаются при других соматических заболеваниях, в связи с чем, можно говорить только о психологическом синдроме хронического больного.

В настоящее время большинство исследователей согласно с тем, что у больных БА нет общего личностного типа, но часто отмечается невротическая симптоматика [16]. В определенных фазах течения БА нервно-психический механизм патогенеза становится ведущим, и тогда психотерапия является единственным методом в комплексе реабилитационных мероприятий. У других больных с не меньшей тяжестью и длительностью заболевания эти факторы могут обуславливать развитие нервно-психических расстройств, которые существуют как бы параллельно основному болезненному процессу в виде неврозов, невротических и патологических личностных реакций на болезнь. Эти сопутствующие нервно-психические расстройства оказывают неблагоприятное влияние на социальную реадaptацию больных в связи с их невротическими установками, проявляющимися деструктивными поведенческими стереотипами [42].

Считается, что наибольшее количество психопатологических нарушений описано у пациентов с неконтролируемой БА, независимо от возраста. «Игнорирование» врачами непсихиатрических специальностей жалоб психического регистра (тревога, беспокойство, страхи, чувство внутреннего напряжения, нарушения сна, аппетита и т.п.) приводит к хронизации расстройства. В связи с этим необходимо проводить своевременную диагностику и коррекцию психических нарушений на ранних стадиях. Даже при atopической БА в ряде случаев психические расстройства невротического уровня диагностируются достаточно часто (до 50%) [16].

Психические расстройства (астения, ипохондрия, аффективные расстройства и неврозоподобные нарушения) при соматической патологии довольно трудно отделить от психогенных переживаний по поводу тяжести соматического заболевания, опасений относительно возможности выздоровления, подавленности, вызванной осознанием своей беспомощности. Выраженность психических расстройств у пациентов с БА коррелируют с изменениями в общем соматическом состоянии [53]. Кроме того, выражен-

ность психической симптоматики может зависеть от пола: считается, что пожилой возраст может приводить к психосоциальным конфликтам, которые утяжеляют течение БА и способствуют развитию психопатологических расстройств. Такую же важную роль в развитии психопатологии играют побочные психотропные эффекты противоастматических препаратов, особенно при длительном и постоянном приеме терапевтических доз. Степень риска по психическим расстройствам увеличивается в связи с тем, что многие пациенты склонны к неконтролируемому приему препаратов. Общим в клинической картине у всех подобных больных является наличие психической астенизации, выражающейся в повышенной утомляемости, дневной сонливости, адинамии, аффективной лабильности, раздражительности, вспыльчивости, гиперестезии, ослаблении внимания и памяти. Эти расстройства нередко сочетаются с неспецифическими соматовегетативными расстройствами: головной болью, головокружением, шумом в ушах, тошнотой, резкой мышечной слабостью, вазовегетативными нарушениями (тахикардия, усиленная потливость, колебания артериального давления, вегетососудистые пароксизмы) [14]. Нередко астения является стержневым или сквозным синдромом и, иногда, единственным проявлением психических изменений при соматических болезнях. В рамках психастении часто развивается затруднение выполнения какой-либо повседневной функции из-за навязчивого тревожного опасения неудачи (невроз ожидания); возникшие расстройства этой функции усиливают опасения, создавая «порочный круг» [33].

Среди невротической симптоматики у больных БА многие авторы [31] выделяют реактивную тревогу. Кроме того, тревожность является неотъемлемой чертой невротической личности [2]. Состояние тревоги является универсальной формой эмоционально-предвосхищения неуспеха, участвует в механизме саморегуляции, способствует мобилизации психики [20]. С другой стороны, за границами оптимальных значений тревога оказывает негативное влияние на поведение и деятельность индивида. Поэтому повышенная тревожность является негативной характеристикой и неблагоприятно сказывается на жизнедеятельности человека. Считается, что по динамике степени реактивной тревоги можно судить о течении заболевания, прогнозировать частоту обострений. Тревога как синдром включает три компонента: эмоциональный, поведенческий и физиологический [20]. Тревога, возникшая как субъективное отражение нарушенного психовегетативного (нейро-вегетативного, нейро-гуморального) равновесия, служит наиболее интимным механизмом психического стресса и лежит в основе большей части психопатологических проявлений [5].

Согласно имеющимся в литературе данным о тревожно-фобических расстройствах, протекающих с нарушениями дыхания (диспноэ), они особенно часто встречаются у больных пульмонологического профиля. В ряде исследований возникновение тревожных состояний, протекающих с явлениями диспноэ, отмечается преимущественно у больных с тяжелой легочной патологией. Однако они манифестируются

и при минимально выраженной лёгочной патологии, у лиц с преастмой или гипервентиляционным синдромом [39, 46].

Исследования свидетельствуют о клинической неоднородности панических атак на фоне обострения БА и в межприступном периоде, дифференцирующихся в соответствии с выраженностью когнитивного и соматизированного компонентов тревоги. Панические атаки первого типа (когнитивный компонент) амплифицируют приступ БА, их психопатологическая структура настолько интегрирована с проявлениями острой бронхообструкции, что симптомы соматизированной тревоги остаются неразвернутыми. Среди телесных симптомов преобладают свойственные приступу БА выраженное диспноэ с затрудненным выдохом (экспираторное диспноэ), приступообразный кашель (так называемый кашлевой эквивалент приступа) с чувством сдавления грудной клетки, напряжения мышц брюшного пресса и верхнего плечевого пояса. Панические атаки первого типа не сопряжены с ипохондрическими расстройствами. Напротив, в большинстве случаев объективно тяжелое течение БА контрастирует со сравнительно слабо выраженной озабоченностью состоянием собственного здоровья (явления «прекрасного равнодушия»). О тесной взаимосвязи между клиническими особенностями панических атак первого типа и приступа БА свидетельствует и тот факт, что рассматриваемые тревожные расстройства, возникая на высоте острой бронхообструкции, быстро подвергаются обратному развитию по мере редукции диспноэ либо при возникновении необходимых условий (доступность эффективных бронхолитиков, стационарирование и пр.) для купирования этих угрожающих проявлений соматического заболевания [39].

Среди пациентов с астмой лица с паническим расстройством значительно преобладают по сравнению с основной популяцией. Часто (до 71%) панические расстройства сопровождаются страхом смерти от острой обструкции дыхательных путей [52]. Замечено, что больные БА с перманентными или регулярными паническими атаками на стрессовые ситуации реагируют повышением дыхательного сопротивления [46]. Паническое расстройство влияет на течение и тяжесть БА [52].

Аффективные расстройства наряду с другими психопатологическими проявлениями при БА возникают довольно часто [25] в том числе наблюдаются так называемые соматизированные депрессии. Депрессия может провоцировать соматическое заболевание, являться фактором, влияющим на адаптационные возможности пациента [11], ухудшающим прогноз болезни [12], в большей степени, чем хронические соматические заболевания, препятствует полноценной жизнедеятельности [12]. Клинически очерченная депрессия у соматически больных усложняет процесс диагностики, терапии и медицинского обслуживания этого контингента [12], достоверно чаще снижает качество жизни пациентов [49], приводит к инвалидизации [35], повышает риск летального исхода от БА.

Среди психических расстройств у больных соматическими заболеваниями депрессии уступают по

частоте лишь нарушениям, наблюдаемым в клинике сомнологии [12]. Относительно распространенности депрессии среди больных БА приводятся самые разные данные. Это связано с различием изучаемых контингентов (пол, возраст, социально-демографическая структура и культуральные особенности), их количеством, с клиническим содержанием понятия «депрессия» [16, 32]. Диагностические трудности не исчерпываются различиями между психиатрическими школами, хотя эти различия весьма велики и вносят расхождения в представление о распространенности депрессий. В известной мере депрессия оценивается даже как психический эквивалент неприятных ощущений в теле, приступов усиленных сердцебиений, головокружений, удушья, слабости [32]. Сложилась тенденция считать большинство психосоматических жалоб больных проявлением депрессии [8].

Согласно зарубежным исследованиям, депрессивные расстройства сочетаются с БА чаще, чем подозреваются терапевтами и пульмонологами и колеблются от 29% [52] до 50% [49]. Именно эти пациенты многократно стационарируются, подвергаются повторным обследованиям [49]. Роль психогенных и личностных факторов в формировании депрессивной симптоматики вначале основного заболевания увеличивается, а затем, при дальнейшем утяжелении соматического состояния углублении астении, уменьшается. По мнению Haida M. подобный оптимизм больных тяжелой БА может приводить к недостаточному вниманию к симптомам, что создает трудности в лечении, увеличивается риск развития стероидной зависимости и может привести к смерти от астмы [53].

Эмоциональная экспрессия, особенно негативная, вызывает усиление симптомов БА [48], ведет к бронхоконстрикции, что связано с вагусным влиянием при депрессии [55]. И, наоборот, обострение астмы – фактор риска для развития панического расстройства и тревоги, независимо от степени тяжести болезни [56].

Существование у больных БА депрессии (при жалобах преимущественно соматического характера) доказывается наличием слабо очерченных, но несомненных признаков депрессии в общей картине состояния, цикличности в усилении и уменьшении соматических расстройств, отсутствием соответствия между объективным физическим статусом и тяжестью субъективного самочувствия, неэффективностью соматической терапии [47]. Замечено, что лексикон больных с депрессией отражает основное содержание переживаний и не отличается от речи здоровых людей при выходе из депрессивного состояния [9].

В свою очередь соматическое заболевание может усложнять диагностику депрессии, усиливать ее тяжесть, способствовать хронификации, видоизменять ответ организма на проводимую терапию [18]. В восприятии больного соматические (дыхательные) явления могут с такой очевидностью выступать на первый план, что нарушения в психической сфере переклюкаются на соматический уровень. На отдаленных этапах преобладает угнетенность с преобладанием адинамии и апатии, безучастности к окружающему.

В состав депрессивного синдрома при БА у тревожно-мнительных и астеничных личностей в качестве симптома обычно входят и ипохондрические расстройства. Поводом для ипохондрической переработки у эмотивно-лабильных больных БА может стать стеснение в груди, тахикардия, невозможность дышать, информация о неблагоприятном или летальном исходе других больных. Важное значение имеет внушаемость личности [33].

Так как перфикционизм, тревожность (обязательные элементы невротической личности больных БА), частые панические расстройства, депрессивные тенденции являются источником эмоционального напряжения в значимых ситуациях, требуют психологической реабилитации, то многими авторами рекомендуется внедрять в практику лечения данных больных личностно ориентированной (реконструктивной) психотерапии с включением методов и приемов когнитивной терапии [2], когнитивно-поведенческой [19], телесно-ориентированной терапии с интеграцией метода биологической обратной связи с потенцированием обоих методов лечения [1]. Терапия реактивных депрессий, развившихся в связи со значимой психотравмой, должна строиться на основе индивидуальной психотерапии [37].

Выводы

В обзоре рассмотрены основные аспекты механизмов реализации психических и соматических зависимостей при БА с учетом представления о многоуровневой системе их регулирования: психологические механизмы (социально-психологический уровень с акцентом на особенности личности и собственно психический уровень, включающий особенности психического состояния) и физиологические механизмы (уровень интегративных систем головного мозга, периферические механизмы вегетативно-гуморального регулирования, уровень органа и исполнительных системы) [5].

Анализ литературы показал, что значение психики и социальных факторов признается практически всеми авторам, независимо от теоретических обоснований, но им отводится разное место в происхождении и утяжелении симптомов астмы. Большая часть исследований, связанных с БА, проводилась врачами-интернистами с акцентом на клиническое течение астмы и психологические качества, или психиатрами с учетом психопатологических расстройств. В последних работах нет указаний на полную связь происхождения БА с психическими факторами, которая была «традиционной» несколько десятилетий назад. Внимание исследователей сместилось в сторону изучения личностных особенностей пациентов, их реакции на болезнь и лечение, качества жизни, невротических расстройств при БА. Объектом работ становятся проблемы неконтролируемой астмы, «хрупкой астмы», *near fatal asthma*, мотивации к лечению. В настоящее время большинством исследователей ставятся вопросы о разработке способов повышения контролируемости приема препаратов с учетом адекватной самооценки симптомов (что зависит от личностных особенностей пациента), уменьшения

количества и длительности госпитализаций, повышения уровня знаний об астме и улучшения качества жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аверьянов Г.Г., Курпатов А.В. Лечение тревожно-фобических расстройств невротического уровня с использованием метода биологически обратной связи // Клинические павловские чтения: сборник работ / под общей ред. А.В.Курпатова. Выпуск четвертый «Тревога». СПб.: Человек, 2002. С.23–26.
2. Александров А.А. Феномен «невротической тревоги»: психогенез и терапия // Там же. С.14–15.
3. Алекситимия (обзор) / Проворотов В.М. [и др.] // Журн. неврол. и психиатр. 2000. №6. С.66–69.
4. Алекситимия в структуре личности больных бронхиальной астмой / Проворотов В.М. [и др.] // Актуальные проблемы пульмонологии: сборник трудов Всерос. общества пульмонологов. М., 2000. С.272–276.
5. Березин Ф.Б., Мирошников М.П., Соколова Е.Д. Методика многостороннего исследования личности (структура, основы интерпретации, некоторые области применения). М.: Фолиум, 1994. 176 с.
6. Блейхер В.М., Фельдман Н.Б. Особенности личностной акцентуации и фактора предрасположения к некоторым психосоматическим заболеваниям // Журн. неврол. и психиатр. 1988. Т.88, №3. С. 101–104.
7. Богдан М.Н. Эпидемиологический аспект проблемы диагностики пограничных психических расстройств // Там же. 1998. Т. 98, №3. С.35–38.
8. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина: пер. с нем. М.: ГЭОТАР-Мед, 1999. 376 с.
9. Глухарева А.Н., Микиртумов Б.Е. Клинико-семантический анализ аффективных расстройств // Клинические павловские чтения: сборник работ / под общей ред. А.В.Курпатова. Выпуск четвертый «Тревога». СПб.: Человек, 2002. С.38–40.
10. Дробижев М.Ю. Реактивные (нозогенные) депрессии у больных соматическими заболеваниями // Современная психиатрия. 1998. №2. С.28–32.
11. Дробижев М.Ю. Депрессия как общемедицинская проблема // Психиатрия и психофармакотерапия. 2006. Т.8, №2. С.57–61.
12. Дубницкая Э.Б. Психосоматические соотношения при депрессиях у больных с соматическими заболеваниями // Психиатрия и психофармакотерапия. 2000. Т.2, №2. С.40–45.
13. Елисеева М.В., Бекашева Е.В. Бронхиальная астма как психосоматическое заболевание, и возможности психотерапевтической коррекции личностных нарушений у больных бронхиальной астмой // Всерос. журн. врача общей практики. 2000. №3(13). С.76–79.
14. Жариков Н.М., Тюльпин Ю.Г. Психиатрия: учебник. М.: Медицина, 2000. 544 с.
15. Зинакова М.К. Оценка качества жизни и его динамики в процессе лечения у больных бронхиальной астмой: автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб., 2004. 16 с.
16. Иванова О.Е. Психосоматические и психопатологические аспекты бронхиальной астмы: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1998. 28 с.
17. Кароли Н.А., Ребров А.П. Ошибки диагностики, ведения и лечения больных бронхиальной астмой // Бюл. сибирской медицины. 2002. №1. С.89–96.
18. Клинические и психологические аспекты реакции на болезнь (к проблеме нозогений) / Смулевич А.Б. [и др.] // Журн. неврол. и психиатр. 1997. Т.97, №2. С.4–9.
19. Ковпак Д.В., Павлова И.А. Эффективность интегративной модели когнитивно-поведенческой психотерапии в лечении тревожно-фобических расстройств // Клинические павловские чтения: сборник работ / под общей ред. А.В.Курпатова. Выпуск четвертый «Тревога». СПб.: Человек, 2002. С.16–19.
20. Костина Л.М. Методы диагностики тревожности. СПб.: Речь, 2005. 198 с.
21. Куприянов С.Ю. Системный подход к оценке роли нервно-психических факторов в развитии и течении бронхиальной астмы // Вест. АМН СССР. 1989. №2. С. 24–28.
22. Ландышев Ю.С. Бронхиальная астма (нейро-эндокринная система, иммунитет, клиника, диагностика, лечение). Благовещенск: АГМА, 2006. 169 с.
23. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика: Новейший справочник. М.: Эксмо; СПб.: Сова, 2003. 928 с.
24. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология: практическое руководство. М.: МЕДпресс, 1998. С.334–343.
25. Михайлов Б.В. Проблема депрессий в общесоматической практике // Междунар. мед. журн. 2003. Т.9, №3. С.22–27.
26. Особенности механизмов вегетативной регуляции при психосоматических заболеваниях: бронхиальная астма и ревматоидный артрит / Труфакин С.В. [и др.] // Бюл. СО РАМН. 2005. №4 (118). С.53–58.
27. Особенности психологического статуса больных бронхиальной астмой с алекситимией / Проворотов В.М. [и др.] // Пульмонология. 2000. №3. С.30–35.
28. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия. М.: Медицина, 1998. 464 с.
29. Психосоматические соотношения при бронхиальной астме / Березин Ф.Б. [и др.] // Журн. неврол. и психиатр. 1997. Т.97, №4. С.35–38.
30. Пыцкий В.И. Неиммунные механизмы в патогенезе атопической группы заболеваний // Аллергология и иммунология. 2005. Т.6, №1. С.98–105.
31. Ребров А.П., Кароли Н.А. Особенности психики больных бронхиальной астмой // Рос. мед. журн. 2003. №1. С.23–26.
32. Ротштейн В.Г., Богдан М.Н., Долгов С.А. Эпидемиология депрессий // Депрессия и коморбидные расстройства / под ред. А.Б.Смулевича. М., 1997. URL: <http://psychiatry.ru/library/lib/show.php4?id=5> (дата обращения: 25.10.2005).
33. Свядоц А.М. Неврозы: Рук-во для врачей. СПб.: Питер Паблишинг, 1997. 448 с.
34. Семенова Н.Д. Психологические аспекты бронхиальной астмы // Бронхиальная астма / под ред.

А.Г.Чучалина. М.: Агар, 1997. Т.2. С.187–212.

35.Смулевич А.Б. Психосоматические расстройства (клиника, терапия, организация медицинской помощи) // Психиатрия и психофармакотерапия. 2000. Т.2, №2. 36 с.

36.Соколова Е.Т., Николаева В.В. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. М.: SvR-Аргус, 1995. 359 с.

37.Соколова И.С., Александров А.А. Анализ «факторов риска» в возникновении психогенных заболеваний и возможности психотерапии в их предупреждении // Клинические павловские чтения: сборник работ / под общей ред. А.В.Курпатова. Выпуск четвертый «Тревога». СПб.: Человек, 2002. С.43–44.

38.Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства. М.: Медицина, 1986. 384 с.

39.Тревожно-фобические расстройства у больных с нарушениями дыхания / Дробижев М.Ю. [и др.] // Журн. неврол. и психиатр. 2001. №5. С.12–15.

40.Трофимов В.И. Руководство по диагностике, лечению и профилактике бронхиальной астмы / под ред. А.Г.Чучалина. М.: ООО НТЦ КВАН, 2005. 52 с.

41.Тхостов А.Ш., Арина Г.А. Теоретические проблемы исследования внутренней картины болезни // Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии. Л., 1990. С.32–38.

42.Федосеев Г.Б., Куприянов С.Ю. Бронхиальная астма как способ психологической адаптации к микросоциальной среде // Тер. архив, 1985. №5. С.31–36.

43.Adolph J. Diagnostik des asthma bronchiale // Z. Arztl. Fortbild. 1988. Bd.82, №15. S.703–706.

44.Asthma severity, psychophysiological indicators of arousal, and immune function in asthma patients undergoing biofeedback-assisted relaxation / Kern-Buell C.L. [et al.] //Appl. Psychophysiol. Biofeedback. 2000. Vol.25, №2. P.79–91.

45.Biofeedback treatment for asthma / Lehrer P.M. [et al.] // Chest. 2004. Vol.126, №2. P.352–361.

46.Carr R.E., Lehrer P.M., Hochron S.M. Effect of psychological stress on airway impedance in individuals with asthma and panic disorder // J. Abnorm. Psychol. 1996. Vol.105, №1. P.137–141.

47.Depression and pulmonary function in outpatients with asthma / Krommydas G.C. [et al.] // Respir. Med. 2004. Vol.98, №3. P.220–224.

48.Depression in asthma: prevalence and clinical implications / Zielinski T.A. [et al.] // Prim. Care

Companion J. Clin. Psychiatry. 2000. Vol.2, №5. P.153–158.

49.Mancuso C.A., Peterson M.G., Charlson M.E. Effects of depressive symptoms on health-related quality of life in asthma patients // J. Gen. Intern. Med. 2000. Vol.15, №5. P.301–310.

50.Mellett P. The birth of asthma // J. Psychosom. Res. 1978. Vol.22. P.239–246.

51.Neild J.E., Cameron I.R. Can emotional stress cause bronchoconstriction? // Biol. Psychol. 1986. Vol.22. P.184–185.

52.Potoczek A. Difficult asthma, stress and panic disorder / Article in Polish // Psychiatr. Pol. 2005. Vol.39, №1. P.51–66.

53.Psychological profiles of patients with bronchial asthma (II). Analysis according to the modes of attack in severe asthmatics and in those with fatal asthma / Haida M. [et al.] // Alerugi. 1995. Vol. 44, №3, Pt.1. P.143–159.

54.Ritz T., Steptoe A. Emotion and Pulmonary Function in Asthma: Reactivity in the Field and Relationship With Laboratory Induction of Emotion // Psychosom. Med. 2000. №62. P.808–815.

55.Ritz T. Probing the psychophysiology of the airways: physical activity, experienced emotion, and facially expressed emotion // Psychophysiology. 2004. Vol.41, №6. P.809–821.

56.Rocco P.L., Barboni E., Balestrieri V. Psychiatric symptoms and psychological profile of patients with near fatal asthma: absence of positive findings // Psychother. Psychosom. 1998. Vol.67, №2. P.105–108.

57.Roedema T.M. Emotion-processing deficit in alexithymia // Psychophysiology. 1999. Vol.36. P.379–387.

58.Sifneos P.E. The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients // J. Psychother. Psychosom. 1973. Vol.22, №2. P.255–262.

59.Spittle B.J., Sears M.R. Bronchial asthma: lack of relationships between allergic factors, illness severity and psychosocial variables in adult patients attending an asthma clinic // Psychol. Med. 1984. Vol.14, №4. P.847–852.

60.Taylor G.J. Alexithymia: concept, measurement and implications for treatment // Am. J. Psychiatr. 1984. Vol.141, №6. P.725–732.

61.Wright R.J. Alternative modalities for asthma that reduce stress and modify mood states: evidence for underlying psychobiologic mechanisms // Ann. Allergy Asthma Immunol. 2004. №93. P.18–23.

Поступила 01.10.2010

*Лариса Викторовна Боговин, старший научный сотрудник,
675000, г. Благовещенск, ул. Калинина, 22;*

*Larisa V. Bogovin,
22 Kalinin Str., Blagoveschensk, 675000;*

E-mail: cfpd@amur.ru