

Козачун В.Л.

г. Симферополь

КОРРЕКЦИЯ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Рассматриваются основные методологические принципы и направления психологической работы с детьми, больными бронхиальной астмой. На основании результатов проведенного экспериментально-психологического исследования формулируются рекомендации по коррекции внутренней картины болезни у детей с бронхиальной астмой. Рекомендации должны составить основу целостной психокоррекционной и психотерапевтической работы с такими детьми.

Ключевые слова: бронхиальная астма, внутренняя картина болезни, психологическая коррекция, психотерапия.

Постановка проблемы

Бронхиальная астма — заболевание, в структуре этиологии, патогенеза, прогноза и терапии которого значительную роль играют психологические факторы.

Сегодня бронхиальная астма (БА) у детей продолжает быть не только серьезной медицинской, но и социально-экономической проблемой [4, 6]. Международный консенсус по БА (Global Initiative For Asthma — GINA), принятый Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) и признанный в Украине, определяет БА как проблему мирового масштаба [2, 12]. Эпидемиологические исследования в Европе и других регионах мира свидетельствуют, что в течение последних десятилетий распространенность БА стремительно прогрессирует [4, 6]. По данным GINA, на сегодняшний день БА страдают около 300 млн человек в мире. Распространенность БА в разных странах колеблется от 1 до 18%, при этом в последние годы отмечена тенденция к росту заболеваемости астмой, особенно среди детей — ею больны около 15% детского населения в мире. Согласно мировой статистике, около 72% больных этим заболеванием испытывают приступы удушья не реже одного раза в неделю, около 39% — ежедневно, у 27% БА приводит к ограничению физической активности, у 42% — к изменению привычного образа жизни [5].

В Украине, по данным официальной статистики, распространенность астмы за последние десятилетия увеличилась в 1,6 раза; заболеваемость же бронхиальной астмой в Крыму превышает показатели по Украине в 1,4 раза. Ее частота среди взрослых может составлять от 5 до 7%, среди детей — от 3 до 5% [6]. Распространенность астмы у детей варьирует в разных странах, однако среди хронической патологии она является одной из самых частых [2, 12]. Проявляется тенденция к увеличению заболеваемости БА среди детей и ее более тяжелому течению и росту частоты смертности. Как показали многие эпидемиологические исследования, критическим для данного заболевания является пубертатный период, около 80% смертей при бронхиальной астме приходится на возрастной интервал 11–16 лет [7]. Значимой медико-психологической проблемой является личность детей, страдающих БА, как особой группы риска по смертности от данного заболевания [7].

Согласно рекомендациям GINA, основной целью терапии БА должно быть достижение и поддержание контроля над течением заболевания [2, 12]. Важнейшую роль в достижении контроля над БА играет отношение больного к своей болезни. С этой точки зрения актуальной становится внутренняя картина болезни (ВКБ) и личность самого пациента. Отношение к своей болезни, представление о ней существенно влияет на течение болезни, может способствовать как обострению заболевания, так и выздоровлению. Самосознание, осмысленная оценка своего состояния активно формируются, уже начиная с младшего школьного возраста, и окончательно оформляются к подростковому возрасту и ранней юности [3]. Поэтому изучение феномена ВКБ, учет ее в лечебном процессе и ее коррекция наиболее актуальны и эффективны именно в детском возрасте, в период оформления субъективного представления о болезни и формирования отношения к ней.

Целью статьи является рассмотрение принципов оказания психологической помощи детям с бронхиальной астмой; формулирование рекомендаций по психологическому сопровождению таких детей для врачей и родителей на основе результатов экспериментально-психологического исследования.

Изложение основного материала

В последнее время в мире особое внимание уделяется немедикаментозным способам терапии БА. GINA важнейшей задачей программы по успешному лечению БА предусматривает просвещение и обучение пациентов по различным вопросам астмы [2, 12].

Эффективность терапии БА у детей тесно связана с тщательным выполнением как ребенком, так и родителями квалифицированных врачебных и психологических рекомендаций. Поэтому образование является необходимой составной частью комплексной программы лечения детей с БА.

В России эта программа реализуется посредством создания специальных «астма-школ», основной целью которых является повышение эффективности терапии БА у детей и контроль за течением болезни у них посредством обучения самого ребенка и его родителей. Ребенок получает информацию об этиологических и патогенетических механизмах своего заболевания, учится его контролировать путем профилактики, расширения знания об основных принципах противорецидивной терапии.

Интересно, что более высокая эффективность лечения достигается при условии образования как всей семьи, так и врача, постоянно наблюдающего за ребенком, страдающим БА.

Влияние врача на пациента, его психику имеет огромное значение: оно может оказывать как психотерапевтическое воздействие, так и быть негативным. Целью образования врача, таким образом, является формирование у него представления об основных принципах общения и взаимодействия с больным ребенком: о необходимости «эмоционального резонанса» с ребенком, чтобы он мог свободно обсуждать с врачом свои проблемы; потребности обдумывать, как сообщить ребенку о степени тяжести его болезни и формировать реалистичные ожидания в отношении результатов лечения, отвлекать больного от мыслей о болезни, делать акцент даже на самом незначительном улучшении состояния.

Практика показывает высокую эффективность психологической помощи в клинике БА, в частности, внедрения образовательных программ, в результате осуществления которых у детей значительно снижается количество астматических приступов, частота обращений за медицинской помощью и число госпитализаций в общем [1].

Обучение врачей и родителей, их сотрудничество на всех этапах позволяет улучшить течение, оптимизировать прогноз заболевания, снизить процент инвалидизации и повысить качество жизни детей, страдающих БА.

В Украине подобных психологических образовательных программ для детей с БА на момент исследования нет.

Таким образом, актуальность исследования определяется логикой развития такого направления, как психология в соматической клинике, и запросом со стороны медицины, в частности отечественной.

Субъективно-психологическую сторону любого заболевания чаще всего обозначают понятием «внутренняя картина болезни», которая характеризуется формированием у больного определенного рода чувств, представлений и знаний о своем заболевании. ВКБ как «продукт» собственной внутренней активности субъекта формируется при любом соматическом заболевании. Отношение к своей болезни, представление о ней существенно влияет на течение болезни, может способствовать как обострениям и общему ухудшению течения заболевания, так и выздоровлению, и достижению устойчивого субъективного контроля над болезнью. Анализ ВКБ и понимание ее особенностей у детей с БА, как одного из важных факторов, влияющих на течение и прогноз заболевания, необходимы для разработки эффективных способов коррекционных воздействий и методов психологической помощи детям, больным БА, открывает возможность понимания компенсаторного потенциала личности. Учет психологических факторов будет способствовать повышению эффективности базисной терапии БА и профилактике развития более тяжелых форм заболевания [2, 12].

В результате психотравмирующего действия заболевания — обусловленного болезненным процессом физических страданий и социальной дезадаптации, как неопровержимого следствия хронических госпитализаций, — ВКБ претерпевает определенные особенности конкретного заболевания изменения: искажается, расходится с объективной картиной болезни, что может привести к усугублению течения заболевания, обострениям болезненного процесса.

Таким образом, ВКБ является важной мишенью психокоррекционного и психотерапевтического воздействия. И так как ВКБ может искажаться и быть неадекватной действительности — внешней, объективной картине болезни на всех своих уровнях (восприятия болезни, представления о ней и отношения к ней), то и коррекция, соответственно, должна предусматривать работу с каждым структурным уровнем.

Немаловажно, что ВКБ как индивидуальный субъективный образ в значительной мере зависит от личностных особенностей больного, что обуславливает широкую вариативность форм и особенностей ВКБ даже в рамках определенной нозологии и конкретного возрастного периода. Следовательно, психологическую помощь нужно строить также с учетом этапа формирования ВКБ и того, какой уровень отражения болезни является ведущим [10].

Основная цель психокоррекционной работы с ВКБ заключается в предупреждении и коррекции формирования «утяжеленных» форм ВКБ, то есть таких, которые имеют большой субъективный компонент, в результате чего значительно отклоняются от объективной, клинической картины болезни, препятствуют адаптации больного к болезни и в целом негативно влияют на ее течение [11].

Наиболее эффективна коррекция ВКБ при постоянном сотрудничестве в рамках отношений «родители → ребенок → врач».

Рассмотрим практические возможности построения психологической помощи детям с БА на примере проведенного экспериментально-психологического исследования.

В исследовании изучались особенности ВКБ подростков и старшеклассников, развивающихся в условиях хронического соматического заболевания на примере БА.

Изучая различия между ВКБ детей, не имеющих хронических соматических заболеваний, и детей с БА, можно определить особенности ВКБ у соматически больных детей.

Экспериментальное исследование проводилось с помощью проективных методик. В исследовании использовались следующие методики: методика «Пиктограмма», «Незаконченные предложения», методика самооценки Дембо-Рубинштейн, методика «Волшебник», также испытуемым предлагалось заполнить рисуночные методики на темы: «Я больной», «Я здоровый» и «Как я себя чувствую, когда болею». Как метод, применялась клиническая беседа, метод наблюдения. Исследовались все уровни структуры ВКБ: особенности восприятия болезненной симптоматики, представление детей о своем заболевании, отношение к своему заболеванию.

Исследование опирается на предложенную А. Тхостовым структуру ВКБ как образ сознания. Структура субъективного отражения болезни (в сознании больного) в его концепции состоит из следующих уровней:

- чувственная ткань — это все ощущения, связанные с болезненным процессом;
- первичное определение — определения и метафоры для описания своих ощущений;
- вторичное определение — знания и представления о болезни, которые есть у больного (миф о болезни) [8, 9];

- личностный смысл болезни, который проявляется в отношении к собственному заболеванию.

Значение болезни может иметь различный смысл:

- личностный. Может быть позитивным (болезнь в данном случае исключительно способствует достижению личностных мотивов больного);
- преградный (болезнь выступает в качестве препятствия осуществлению личностных мотивов);
- конфликтный (болезнь может как препятствовать осуществлению одних мотивов, так и способствовать достижению других) [8, 9].

Исследование проводилось на базе Республиканской детской клинической больницы (АРК) на протяжении 2007–2011 гг. В экспериментально-психологическом исследовании приняли участие 94 человека. Выборка испытуемых состояла из экспериментальной и контрольной групп. Экспериментальная группа состояла из 29 подростков 11–14 лет и 20 старшеклассников 15–17 лет с диагнозом БА. Контрольную группу составили 25 подростков и 20 старшеклассников, не имеющих хронических соматических заболеваний.

Результаты проведенного экспериментально-психологического исследования показали, что ВКБ подростков и старшеклассников с БА отличается рядом особенностей по сравнению с ВКБ здоровых под-

ростков и старшекласников:

1. Описывая болезненные ощущения, дети с БА говорят преимущественно об ощущениях, связанных с телесными переживаниями, однако такие описания ощущений часто отражают не объективные изменения в организме, а отношение ребенка к заболеванию.

2. Отношение к болезни и здоровью у подростков и старшекласников осознано и имеет для ребенка в этом возрасте определенный смысл. Однако для подростков с БА заболевание носит чаще конфликтный смысл. Болезнь не только препятствует жизненным планам, но и используется ребенком для решения проблем и манипуляций окружающими. В то же время у болеющих старшекласников так же, как и у здоровых детей, преобладает преградный смысл болезни. В этом возрасте болезнь начинает мешать осуществлению жизненных планов.

3. Внутрисемейные проблемы и проблемы во взаимоотношениях со сверстниками у детей с БА выступают более остро.

4. Представление о болезни (миф) у всех подростков и старшекласников носит «медицинский» характер. У здоровых детей — это поверхностное описание симптомов простудного заболевания либо физической травмы. У больных детей миф более развернут и проработан. В ряде случаев подростки с БА связывают болезнь с конфликтными социальными ситуациями.

5. Самооценка у подростков и старшекласников с БА, по сравнению с самооценкой здоровых детей, ниже по всем показателям, кроме шкалы «счастье». При этом больные дети могут отрицать факт заболевания, либо его значимость.

Выводы

На основе проведенного исследования ВКБ и личностных особенностей детей с БА был сформулирован ряд рекомендаций по психологическому сопровождению таких детей для врачей и родителей. Эти рекомендации должны лечь в основу целостной программы психологической коррекции и психотерапии детей с бронхиальной астмой.

- Родителей нужно информировать о психосоматических особенностях БА, возможных психологически обусловленных причинах и механизмах астматических приступов.

- Родителям необходимо разъяснять, что уверенность ребенка в том, что он всегда найдет понимание и поддержку у родителя, способствует улучшению состояния его здоровья, и наоборот, конфликтная, напряженная семейная ситуация может вести к ухудшению состояния здоровья.

- Больного ребенка необходимо учить правильно воспринимать и описывать свои болезненные телесные ощущения в целом и, в частности, ощущения, возникающие во время приступа; отделять симптомы, связанные с болезнью, от других телесных ощущений. Это важно для контроля своего состояния, точного описания происходящего врачу.

- Более глубокая информированность больного ребенка об этиологических и патогенетических механизмах болезни и возникновения приступов будет способствовать формированию адекватного мифа болезни, а следовательно, и более правильному поведению больного ребенка, уменьшит использование болезни для манипуляций окружающими.

- В случаях, когда ребенок добивается желаемого при помощи болезни, взрослые не должны идти на поводу у ребенка, решать вместо него житейские проблемы. Родитель должен научиться обсуждать с взрослеющим ребенком его проблемы и помогать искать конструктивные пути решения конфликта.

- В случаях, когда больной ребенок отрицает сам факт болезни или ее значимость, необходимо постепенно приводить ребенка к осознанию и принятию факта болезни, ее значимости. Однако при этом больной ребенок не должен чувствовать себя ущербным. Нельзя делать акцент на болезни, врачи и родители должны подчеркивать возможность ее преодоления, возможность выздоровления. В противном случае, ребенок страдает в связи с тем, что он «не такой как все», сужаются перспективы будущего. И все же, без осознания факта болезни, невозможна мотивация больного ребенка к выздоровлению.

- Также у ребенка надо формировать отношение к здоровью как к ценности. Это возможно, начиная с подросткового возраста. Дети с БА хотят быть здоровыми. Этот факт и необходимо использовать для формирования более глубокого отношения к здоровью как к ценности.

- Не стоит делать акцент на ограничениях физической активности, что крайне болезненно переживается детьми. Лучше направлять активность ребенка в ту область, где нет ограничений, учить его правильно оценивать свое физическое состояние и возможности.

- В целях избегания эмоционального дискомфорта, нарушения процессов социализации и личностного роста, обусловленных диктуемыми болезнью социальными ограничениями, целесообразно по возможности не ограничивать сферу социальной активности ребенка.

Внедрение психокоррекционной и психотерапевтической программы в клиническую практику терапии бронхиальной астмы в Крыму и на Украине сделает астматическую терапию более органичным, целостным и эффективным процессом, позволит значительно снизить число астматических приступов у детей, обращений за медицинской помощью и число госпитализаций, увеличит общую продуктивность терапии и реабилитации детей с БА; выведет практику терапии бронхиальной астмы в Украине на международный и современный уровень.

ЛИТЕРАТУРА

1. Викулина И.Н. Эффективность обучения в педиатрической астма-школе, психологические особенности и отношение к болезни детей и их родителей / И.Н. Викулина, И.В. Добряков, А.М. Красильников // Аллергология. — 2002. — № 3. — С. 23–28.

2. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики бронхиальной астмы / пер. с англ.; под ред. А.Г. Чучалина. — М.: Изд. дом «Атмосфера». — 2007.

3. Кон И.С. В поисках себя: личность и ее самосознание / И.С. Кон. — М.: Политиздат, 1984. — 335 с.

4. Мищенко Н. Современная стратегия лечения пациентов с бронхиальной астмой: длительный контроль или купирование симптомов обострения? / Н. Мищенко // Здоров'я України. — 2007. — № 21(178). — С. 41–44.

5. Пасечник Ю. Контроль бронхиальной астмы / Ю. Пасечник // Здоров'я України. — 2007. — № 23(180). — С. 52–53.

6. Пухлик Б.М. Взгляд незаангажированного аллерголога на современную ситуацию с бронхиальной астмой / Б.М. Пухлик // Новости медицины и фармации. — 2007. — № 15(221). — С. 3–4.

7. Пыцкий В.И. Аллергические заболевания / В.И. Пыцкий, Н.В. Адрианова, А.В. Артомасова. — М.: Медицина, 1984. — 272 с.

8. Тхостов А.Ш. Болезнь как семиотическая система / А.Ш. Тхостов // Вестник Московского ун-та. — 1993. — № 1, 4. — (Серия «Психология»).

9. Тхостов А.Ш. Психология телесности / А.Ш. Тхостов. — М.: Смысл, 2002. — 287 с.

10. Урванцев Л.П. Психологические аспекты работы с больными: внутренняя картина болезни / Л.П. Урванцев // Новости медицины и фармации. — 1994. — № 2. — С. 40–41.

11. Урванцев Л.П. Психология соматически больного / Л.П. Урванцев // Приложение к журналу «Медицинская психология в России». — Ярославль, 2000. — Режим доступа: <http://www.medpsy.ru/meds/meds177.php>

12. GINA Report, Global Strategy for Asthma Management and Prevention, 2008 (update). <http://www.ginasthma.com/download.asp?intId=345>

Козачун В.Л.

КОРЕКЦІЯ ВНУТРІШНЬОЇ КАРТИНИ ХВОРОБИ У ДІТЕЙ З БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ

Розглядаються основні методологічні принципи і напрями психологічної роботи з дітьми, хворими на бронхіальну астму. На підставі результатів проведеного експериментально-психологічного дослідження формулюються рекомендації щодо корекції внутрішньої картини хвороби у дітей із бронхіальною астмою. Рекомендації мають скласти основу цілісної психокорекційної та психотерапевтичної роботи з такими дітьми.

Ключові слова: бронхіальна астма, внутрішня картина хвороби, психологічна корекція, психотерапія.

Kozachun V.L.

**CORRECTION OF MENTAL IMAGE OF ILLNESS
OF CHILDREN SUFFERING FROM BRONCHIAL ASTHMA**

The basic methodological principles and trends of psychological work with children suffering from bronchial asthma are examined. On the ground of the conducted experimental psychological research results the recommendations on the correction of mental image of illness of children with bronchial asthma are formulated. The recommendations should underlie the holistic psychocorrectional and psychotherapeutic work with such children.

Key words: *bronchial asthma, mental image of illness, psychological correction, psychotherapy.*