



PSYCHOLOGICAL FEATURES OF THE PERSONALITY IN BRONCHIAL ASTHMA

Nazarova Mohira

1-year student (bachelor) of the Uzbek-Kazan SOP
Directions "Psychology (by type of activity)"

Turgunova G.B.

Academic Supervisor: Teacher of the Uzbek-Kazan SOP

Annotation.

This article is devoted to the study of the psychological characteristics of the personality in persons with Bronchial Asthma and the analysis of the results of the research carried out within the framework of this problem. Where the theoretical basis is "Theory of relations" VN Myasishchev and "Theory of Alexithymia". The article in itself shows a literary review on the topic, the interpretation of BA from the point of view of psychoanalytic, psychosomatic and alixitimic theories. In addition, the results of studies of foreign and Russian scientists on this issue are presented. It also provides the latest WHO statistics on the prevalence of the studied diseases. It is assumed that the main symptom of the disease as "Choking Attack" arises not because of nosology, but because the aggression in asthmatics is not repressed. Since it is experienced as dangerous, the patient cannot express it, but seeks to suppress it, which in fact leads to similar attacks and such dominant psychological characteristics as secrecy, non-emotionality, introversion and excessive anxiety.

Key words:

Bronchial asthma, Alexithymia, psychosomatics, types of attitudes towards the disease, locus of control, self-efficacy.

Вопросам охраны здоровья и профилактики различных заболеваний во всем мире уделяется большое внимание в связи с тем, что от состояния общественного и индивидуального здоровья в его физическом, психологическом и социальном проявлениях зависит функционирование общества и государства и активная жизнедеятельность личности.

Дыхание активно участвует в поддержании физиологических функций организма: регуляции температуры тела, выведении жидкости, доставке кислорода к тканям, выделении углекислого газа и т.д., и дает возможность поддерживать эти функций организма в соответствии с принципами регуляции и управления. Исходя из этого, дыхание следует рассматривать как своеобразное промежуточное состояние между произвольным и непроизвольным актом, между открытой и закрытой сферой регуляции.

Ухудшение окружающей среды и резко возросшее число вредных психологических воздействий привело к увеличению распространенности нервно-психических расстройств и тех соматических заболеваний, в механизмах возникновения, которых большую роль играют эмоциональные, то есть психосоматические факторы. Речь идёт о такой болезни, как бронхиальная астма.

Бронхиальная астма входит в число классических психосоматических заболеваний, выделенных Ф. Александером (1968). 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 конфликт. Как психосоматическое заболевание БА ассоциируется с нарушениями интегративных взаимоотношений между центральной

нервной, вегетативной и иммунной системами. В психологических исследованиях подчеркивается тот факт, что психологические, психосоциальные, поведенческие факторы в большей или меньшей степени включены в этиопатогенез любого заболевания, соматического или нервно-психического, влияя в той или иной мере на ход течения и исход болезни.

По определению American Thoracic Society **бронхиальная астма**-это «клинический синдром, характеризующийся повышенной чувствительностью трахеобронхиального дерева к различным стимулам. Основные симптомы астмы- пароксизмы одышки, свистящего дыхания и кашля, которые могут варьировать от легких, почти неопределяемых до тяжелых и неумещающихся (астматический статус). Основным физиологическим проявлением этой гиперчувствительности является лабильная обструкция дыхательных путей.

Увеличение распространенности заболевания среди лиц молодого возраста указывает на сохраняющуюся тенденцию роста частоты этого заболевания. Печальным фактом является то, что, несмотря на научные достижения в области этиологии и наличие новых лекарственных средств, заболеваемость и смертность от бронхиальной астмы постоянно возрастают. Это характерно для большинства стран Европы, США, Австралии. Катастрофическое загрязнение окружающей среды также способствует повышению заболеваемости. По последним данным всемирной организации здоровья на сегодняшний день насчитывается 235 миллионов больных этой болезнью.

Среди факторов, имеющих значение в ее развитии, 30% относятся к психологическим, 40% — к инфекциям и 30% — к аллергии. Бронхиальная астма также является классическим примером многофакторно-обусловленной болезни, при которой взаимодействуют многочисленные компоненты, в основном психосоматические, инфекционные и аллергические.

В патогенезе таких болезней, как известно, особенно большую роль играют психические факторы, что подтверждается, в частности, данными о возникновении и провоцировании приступов бронхиальной астмы при эмоциональной нагрузке и психологическом стрессе. Психологические факторы являются одним из компонентов сложного комплекса патогенетических факторов, которые определяют развитие бронхиальной астмы.

Этиологически важными факторами в ситуации развития заболевания могут служить воспалительные, аллергические или психологические факторы.

Предрасположенность к бронхиальной астме рассматривается по следующим категориям: наследственная предрасположенность, генетические факторы, болезни матери, патология беременности, особенности конституции, особенности развития и болезни в детский период, особенности труда, быта и болезни взрослых, биологические дефекты.

Основным клиническим проявлением бронхиальной астмы считается типичный для данного заболевания приступ удушья. Именно приступ удушья и астматическое состояние, имеющие типичную клиническую симптоматику, отличают бронхиальную астму от других обструктивных болезней легких.

Существует множество подходов изучения Бронхиальной астмы. Например:

Астма в свете психоанализа.

«Астма имеет компоненты истерического конверсивного симптома, поскольку она может служить прямым и частичным заместителем подавленной эмоции, такой, как стремление к плачу. Дыхание, хотя и автоматическая функция, находится под контролем произвольной иннервации» (Ф. Александер).

Проще говоря, согласно этой теории астма - символическое выражение крика младенца.

При соматопсихическом подходе изучения клинических особенностей бронхиальной астмы обнаруживаются значимые ассоциации с внутренней картиной болезни и психическими расстройствами, патогенетически связанными с соматическим заболеванием.

Формирование внутренней картины болезни определяется, наряду с соматическими, целым рядом психологических и социальных параметров (конституциональные черты, личностный опыт, ситуационные влияния, демографические характеристики и т.д.), среди которых важную роль играют сопутствующие психические расстройства, дебютировавшие

до манифестации патологии внутренних органов и не обнаруживающие патогенетической взаимосвязи с соматическим заболеванием. Такие психопатологические состояния могут препятствовать образованию адекватной внутренней картины болезни.

Астма как алекситимия

Больные астмой, по сравнению со здоровыми людьми, характеризуются более высоким уровнем негативных эмоций. Обострения заболевания (приступы удушья при астме) во времени связаны с периодами повышенной эмоциональности. Однако причинно-следственные отношения, связывающие астму и эмоции, до конца не ясны. Как уже говорилось выше, до сих пор не выяснено, является ли высокая тревожность при астме патогенетическим фактором, или она развивается в результате постоянного страха удушья.

В каждом конкретном случае эти компоненты предстают в различных соотношениях в зависимости от множества факторов: ведущего патогенетического механизма бронхиальной астмы, степени тяжести и длительности заболевания, особенности личности больного.

В поведении и чертах личности больных часто обнаруживаются реакции с защитой эмоциональных, прежде всего агрессивных, побуждений, а также скрытое желание нежности и близости. За даже агрессивным поведением может скрываться сильная потребность в любви и поддержке.

Общепринятым считается значение агрессии. Агрессия у астматиков не вытесняется. Так как она переживается как опасная, больной не может ее выразить, он не может «выпустить свой гнев на воздух». Это проявляется в приступах удушья. Астматики очень сильно переживают агрессивность, но не проявляют ее; они недоверчивы и подозрительны и поэтому не склонны к самопожертвованию.

Термин «алекситимия» (а - отсутствие; lexis - слово; thymos - эмоция) был введен П. Сифнеосом для обозначения ведущего, по его мнению, психического расстройства, лежащего в основе психосоматических заболеваний - ограниченной способности индивида к восприятию собственных чувств и эмоций, их адекватной вербализации и экспрессивной передаче. По его описанию для страдающих алекситимией характерны следующие особенности. Они бесконечно описывают физические ощущения, часто не связанные с найденным заболеванием, а внутренние ощущения обозначаются обычно в терминах раздражительности, скуки, пустоты, усталости, возбуждения, напряжения и т.д. Их аффекты неадекватны, им трудно вербализовать чувства. «Алекситимики» отличаются неразвитой фантазией, тенденцией к импульсивности, бедностью межличностных связей. Их преобладающий образ жизни - действие. Беседы с ними сопровождаются обычно ощущением скуки и бессмысленности контакта.

Было проведено множество различных исследований в рамках изучения психологических особенностей личности при БА. Они были в виде изучения качества жизни, самооценки здоровья, типов отношения к болезни, алекситимии, самооэффективности и локуса контроля больных с БА. Например:

- В исследовании Л.В.Боговина, где целью была изучение психологического портрета обследованы 34 человека, страдающих БА легкой и средней степеней тяжести. Гендерное соотношение составило: мужчины - 30,6% (11 больных), женщины - 69,4% (25 больных). Возрастной диапазон от 18 до 54 лет. С помощью стандартизированного многофакторного метода исследования личности (СМИЛ), опросника для определения уровня реактивной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина («Шкала самооценки»), Торонтской алекситимической шкалы (TAS), шкалы депрессии, метода цветовых выборов Люшера. Согласно показателям СМИЛ и теста Люшера выявлены определяющие поведение личности психологические особенности: индивидуалистичность, импульсивность, ипохондричность, снижение оптимистического настроения на жизнь, стремление к социальной защищенности. Высокие показатели личностной тревоги в сочетании с низкими реактивной тревожности по тесту Спилбергера-Ханина и шкалой психастении теста СМИЛ свидетельствовали о неадекватной самооценке и стремлении произвести благоприятное впечатление.

Установленный процент наличия алекситимии (30,6%), отсутствие депрессии, высокий уровень импульсивности свидетельствуют об эффективных способах реакции на психосоматический конфликт, которые делают прогноз психического состояния более благоприятным.

• В исследовании В.М.Провоторова, В.Н. Крутько, А.В. Будневского, Т.И. Грековой, В.И.Золоедова по изучению «Особенностей психологического статуса больных бронхиальной астмой с алекситимией», где были обследованы 118 больных БА (53 мужчины и 65 женщин) в возрасте от 23 до 60 лет (средний возраст $39,7 \pm 1,9$ года). Из них БА средней степени тяжести имела место у 86 пациентов, тяжелая астма - у 32. Контрольную группу составили 72 практически здоровых человека: 33 мужчины и 39 женщин в возрасте от 22 до 60 лет (средний возраст $41,8 \pm 2,3$ года).

Алекситимию изучали с помощью Торонтской алекситимической шкалы (TAS), предложенной G.Taylor (1985) и адаптированной в Психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева (1994).

Психологический статус изучали с помощью сокращенного варианта методики многостороннего исследования личности (СМОЛ), шкалы личностной и ситуативной тревожности Спилбергера-Ханина.

В данном исследовании выявилось следующее:

1. По данным комплекса психодиагностических методик (СМОЛ, тест Спилбергера-Ханина) больные БА с алекситимией имеют более высокий уровень невротизации личности, чем неалекситимичные индивиды.

2. Выявленные нами особенности актуального личностного состояния алекситимичных больных бронхиальной астмой обуславливают необходимость включения в систему лечебно-профилактических мероприятий методов психотерапевтической коррекции алекситимии.

• В другом исследовании, автором которого является Л.С. Сулейманова также изучалась особенности клинических проявлений у больных бронхиальной астмой в сочетании с алекситимией был сделан следующий вывод: в результате оценки психологического статуса у данной категории пациентов были обнаружены следующие характерологические особенности: склонность к депрессивному типу реагирования в условиях стресса, сниженный контроль над эмоциями и их недостаточное осознание, астеноипохондрический тип личности.

Изучение личностных особенностей больных БА привели к гипотезе о существовании специфического патогномичного для заболевания «профиля личности», предрасполагающего к его манифестации.

Основные характеристики такого «профиля личности» у больных БА определяются как склонность «подавлять депрессию и агрессию», «сдерживать реакции на фрустрирующее воздействие», «повышенная нервность, чрезмерная возбудимость либо вялость, повышенная истощаемость», «высокая тревожность».

Больные БА часто диагностируются как алекситимики с механистичным характером мышления, проявляющимся в неспособности фантазировать, стремлении оперировать конкретными понятиями. В поведении и чертах личности больных часто обнаруживаются реакции с защитой эмоциональных, прежде всего агрессивных, побуждений, а также скрытое желание нежности и близости. За псевдо индифферентным или даже агрессивным поведением может скрываться сильная потребность в любви и поддержке.

Для проверки вышеизложенных предположений мы провели исследование, где **предметом исследования** было именно изучение психологических особенностей личности при Бронхиальной астме.

Методологией данного исследования послужила теория отношений В.Н. Мясищева и теория алекситимии.

В качестве **методического инструментария** использовались следующие методики: личностный опросник Бехтеревского Института (ЛОВИ), Торонтская Алекситимическая Шкала

(ТМИ), Опросник самоофективности и локуса контроля, Госпитальная шкала депрессии и Опросник самооценки здоровья (A. Ware, C. Wright и M. Snyder).

В качестве методов анализа полученных данных выступили методы качественного и количественного анализа, включая математические методы обработки данных (процентное соотношение, индуктивная статистика, корреляционный и факторный анализ). Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью программы SPSS 11.5.

Общее количество участников исследования 25 человек с подтвержденным медицинским диагнозом БА. В целом по выборке 13 мужчин и 12 женщин.

В ходе проведения исследования мы получили следующие данные:

1. Наиболее доминирующими типами отношений к болезни у испытуемых выявились:

Гармонический (6-24%) по-другому: реалистичный, взвешенный. То есть оценка своего состояния без склонности преувеличивать его тяжесть. Но и без недооценки тяжести болезни. Стремление во всём активно содействовать успеху лечения. Стремление облегчить близким тяготы ухода за собой. В случае понимания неблагоприятного прогноза заболевания переключение интересов на те области жизни, которые останутся доступным больному, сосредоточение внимание на своих делах, заботе о близких.

Ипохондрический (5-20%) объясняется чрезмерным сосредоточением на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях. Стремлением постоянно рассказывать о них врачам, медперсоналу и окружающим. Преувеличением действительных и выискиванием несуществующих болезней и страданий. Преувеличением неприятных ощущений в связи с побочными действиями лекарств и диагностических процедур. Сочетание желание лечиться и неверия в успех, постоянных требований тщательного обследования у авторитетных специалистов и боязнь вреда и болезненности процедур.

Тревожный (4-16%) по-другому тревожно-депрессивный и обсессивно-фобический-непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений неэффективности и даже опасности лечения. Поиск новых способов лечения, жажда дополнительной информации о болезни и методах лечения, поиск «авторитетов», частая смена лечащего врача, в отличие от ипохондрического типа отношения к болезни, в большей степени выражен интерес к объективным данным, нежели к субъективным ощущениям. Поэтому предпочтение слушать о проявлениях заболевания у других, а не предъявлять без конца свои жалобы. Настроение тревожное. Как следствие тревоги угнетённость настроения и психической активности. При обсессивно-фобическом варианте этого типа- тревожная мнительность, которая, прежде всего, касается опасений не реальных, а маловероятных осложнений болезни, неудач лечения, а также возможных неудач в жизни; рабсуге, взаимоотношениях с близкими в связи с болезнью. Воображаемые опасности волнуют более чем реальные. Защитой от тревоги становятся приметы и ритуалы.

2. Выраженность тревоги и депрессии более характерна для участников исследования с негармоническим типом отношения к болезни.

3. Анализ различий между участниками исследования с гармоническим и негармоническим типами отношения к болезни в выраженности показателей локуса контроля здоровья и самоофективности также не показал статистически достоверных данных.

4. Было выявлено отсутствие достоверных различий в выраженности самооценки здоровья, тревоги и депрессии (таблица 0) между участниками исследования с алекситимическим типом и участниками исследования, которые относятся к группе риска. Однако, можно увидеть, что выраженность самооценки здоровья выше у испытуемых группы риска. И также по тревоге и депрессии.

5. Интернальность локуса контроля здоровья выше у участников исследования с алекситимическим типом. Можно сказать, что недостаточное выражение и осознание эмоций, наоборот, помогает лучше контролировать протекание болезни. И получается, что алекситимия является неким своеобразным ресурсом.

6. Чем выше интернальность локуса контроля, тем ниже зависимость от неё депрессия и выше самоэффективность. Чем выше зависимость от внешних факторов и от других, тем выше самоэффективность.

7. Чем выше уровень алекситимии, тем выше и уровень самоэффективности.

Бронхиальная астма является классическим примером психосоматического заболевания. В развитии данного заболевания важную роль играют психологические факторы, в частности типы отношений к болезни, алекситимия, самоэффективность, локус контроля и уровень депрессии и тревоги.

Проведенное исследование позволило выявить типы отношений к болезни и психологические ресурсы в виде алекситимии больных БА.

Исследование психологических особенностей при Бронхиальной астме, представленное в данной работе, исходило из поставленных целей и задач и не могло охватить весь круг вопросов, которые возникали в ходе исследования и ограничились лишь указанием некоторых из них.

Проведенное исследование является лишь начальным этапом большого цикла работ, посвященных исследованию психологических особенностей личности при бронхиальной астме, типов отношения к болезни при БА и изучения психологических ресурсов при данной болезни.

Данное исследование не претендует на полный охват проблемы изучения психологических особенностей личности при БА, а носит поисковый характер. Мы считаем, что исследуемая проблема имеет широкие перспективы в дальнейшей научной и эмпирической разработке и с необходимостью ставит новые вопросы, требующие исследования.

Список литературы:

1. Личко А.Е., Иванов Н.Я. Усовершенствованный вариант опросника для психологической диагностики типов отношения к своей болезни. Методические рекомендации// СПб.: Питер, 2001. 134-с.
2. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания// 3-е изд. М.; Медгиз, 1944. 83-с.
3. Ненашева Н.М. Курение и бронхиальная астма// Астма и аллергия. 2013. 1.