# **Оглавление**

Введение

1. Литературный обзор

.1 Развитие и основы психосоматики

.2 Психосоматическая личность и ее особенности

.3 Определение бронхиальной астмы

.4 Классификация бронхиальной астмы

.5 Нервно-психический механизм в этиопатогенезе бронхиальной астмы

.6 Существующие методы психотерапии бронхиальной астмы

.7 Показания к психотерапии

. Организация, материалы и методы исследования

. Результаты исследования

.1 Обсуждение

Заключение

Выводы

Список литературы

Приложение

**Введение**

**психосоматический медицина бронхиальный астма**

В последние годы отмечается увеличение заболеваний бронхиальной астмой, утяжеление болезни, учащение летальных исходов на высоте приступов удушья и недостаточная эффективность существующих методов лечения.

В современной медицинской науке наблюдается интеграция различных дисциплин, что позволяет с разных точек зрения рассматривать то или иное заболевание. По современным представлениям в этиопатогенезе любого заболевания принимает участие целый ряд патогенных факторов, роль многих из них зачастую недооценивается. В интегративных концепциях предпринимаются попытки «создать модель отношений между организмом и окружающей средой и модель отношений между биологическими, психическими и социальными процессами», установить принципы взаимосвязи различных системных уровней. [17]

Отечественными исследователями был разработан ряд концепций системного видения человека как целого. Это концепции Б.Г.Ананьева [24], Л.И. Вассермана [12], В.В. Абрамова [1], Ф.Б. Березина [2], и других, которые рассматривают организм человека как единство различных уровней регуляции жизненных процессов: биологических (гормоны, обмен веществ), морфологических (телесная конституция), физиологических (работа внутренних органов), нейродинамических (свойства нервной системы), социально-психологических. Эти концепции были разработаны вне психосоматической проблематики и систематически для этих целей не привлекались. Сложность применения данных концепций для психосоматических исследований состоит в том, что человеку как интегральной индивидуальности присуще бесконечное число свойств и особенностей.

Б.Г. Ананьев: «необходимо создание симтомокомплекса, включающего соматические, физиологические и психологические характеристики, которые обеспечивали бы возможность разделить все бесконечное многообразие индивидуальностей на небольшое число типов». [24]

При этом должна быть обоснована важная роль в этиопатогенезе психосоматических расстройств конкретных факторов для исследования интегральной индивидуальности.

Психотерапия как основной вид терапии может применяться в комплексной системе лечения пациентов самыми различными заболеваниями. Объем психотерапевтических воздействий, их направленность, определяются факторами, которые рассматриваются как показания к психотерапии. К ним относятся: роль психического фактора в этиопатогенезе заболевания; возможная вторичная невротизация как следствие соматического патологического процесса, реакция личности на болезнь, динамическая трансформация личностных особенностей в процессе заболевания. [15]

Показания к психотерапии необходимо определять на разных уровнях (социальном, психологическом, биологическом), воздействовать на возможные проявления тех синдромов, коррекция которых возможна с помощью психотерапии как главного или дополнительного метода лечения.

Целью исследования является определение показаний к психотерапии на основе системного биопсихосоциального подхода на примере личности больных бронхиальной астмой.

Задачи:

1. Изучить особенности психофизиологического реагирования личности больных бронхиальной астмой на болезнь, которые необходимо учитывать при ее психотерапии.

2. Изучить психологические особенности личности, которые необходимо учитывать при психотерапии бронхиальной астмы.

. Изучить социальные особенности больных бронхиальной астмы с учетом разработки новых поведенческих элементов в процессе психотерапии болезни.

. На основе полученных данных разработать показания и определить задачи психотерапии больных бронхиальной астмой.

Объект исследования: биопсихосоциальные особенности личности больных бронхиальной астмой.

Предмет исследования: биопсихосоциальные особенности реагирования на болезнь в структуре личности больных бронхиальной астмой.

Гипотеза: предполагается, что в структуру личности больных бронхиальной астмой входят такие характеристики, которые предрасполагают к этому заболеванию и усугубляют его течение, и без коррекции, которых невозможно излечение этих больных.

**1. Литературный обзор**

**.1 Развитие и основы психосоматики**

Термин "психосоматика" предложил в 1818 году J. Heinroth, который объяснял многие соматические болезни как психогенные, прежде всего в этическом аспекте. Так, причины туберкулеза, эпилепсии и рака он рассматривал как результат переживания чувства злобы и стыда, а особенно - сексуальных страданий. Через 10 лет М. Якоби ввел понятие "соматопсихическое" как противоположное и в тоже время, дополняющее по отношению к "психосоматическому". Во врачебный лексикон термин "психосоматика" был введен лишь столетие спустя (F. Deutsch, 1922). [17]

Первоначально понятием "психосоматические" объединялись заболевания, в развитии которых существенную роль играют неблагоприятные психотравмирующие воздействия (ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, бронхиальная астма). В настоящее время термин имеет 2 значения: одно связано с его применением к области медицины, второе - к болезням, в которых важную роль играют психологические факторы. 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. К этому ряду относятся также психические расстройства, часто осложняющиеся соматической патологией (нервная анорексия, булимия, алкоголизм и др.), нарушения, осложняющие некоторые методы лечения, например, депрессии и мнестические расстройства, развивающиеся после операции аортокоронарного шунтирования, аффективные тревожные и астенические состояния у больных, получающих гемодиализ. В рамках психосоматических расстройств рассматриваются состояния, связанные с генеративным циклом женщин (синдром "предменструального напряжения" и "предменструальное дисфорическое расстройство"; депрессии беременных и послеродовые депрессии, включающие синдром "грусти рожениц"; инволюционная истерия и др.). К психосоматическим расстройствам причисляют также соматогенные (симптоматические) психозы - делирий, аменцию, галлюциноз и др.

Принято считать, что психосоматическая медицина - ровесница текущего века. Однако речь при этом идет не о возникновении новой концепции в медицине, а о возрождении принципов медицины древности, подходившей к заболеванию как к специфически индивидуальному явлению, как к болезни конкретного человека, болезни души и тела. Психосоматическая медицина стара, как самоврачевание. История современной психосоматической медицины начинается с психоаналитической концепции З. Фрейда, который совместно с Брейером [19] доказал, что "подавленный аффект", "психическая травма" путем "конверсий" могут проявляться соматическим симптомом. Фрейд указывал, что необходима "соматическая готовность" - физический фактор, который имеет значение для "выбора органа" и который можно представить себе в процессе его возникновения. У. Кэннон [17] показал, что организм отвечает на чрезвычайные ситуации определенными адаптационными изменениями в общей физиологической структуре. Икскюль описал "болезни готовности", при которых происходит переход эмоций в телесную реакцию, причем готовность может хронифицироваться и приводить к нарастанию активации органных функций. Заболевание развивается в тех случаях, когда разрешение состояния готовности невозможно. Сифнеос ввел понятие "алекситимия" - неспособность человека к эмоциональному резонансу. Творчески развивая идею З. Фрейда, Ф. Александер предложил теорию эмоциональных конфликтов, принципиально воздействующих на внутренние органы, связывая специфику психосоматического заболевания с типом эмоционального конфликта, который ведет к тому, что не выполняются действия, направленные на внешний конфликт. Эмоциональное напряжение не может подавляться, так как сохраняются сопровождающие его вегетативные изменения. В дальнейшем могут наступить изменения тканей и необратимое органическое заболевание. При астме наиболее специфический психологический конфликт концентрируется вокруг общения с ключевыми фигурами жизни. Например, нарушена первоначальная связь мать - дитя. Это нарушение у маленького ребенка наблюдается в подавлении импульса плача. Позднее ребенок не может установить доверительный словесный контакт с матерью. Поэтому больной бронхиальной астмой имеет затруднения в словесном общении, поскольку орган, необходимый для данной функции, нездоров. Специфический конфликт предрасполагает пациентов к определенным заболеваниям только тогда, когда к этому имеются другие генетические, биохимические и физиологические факторы.

Определенные жизненные ситуации, в отношении которых пациент сенсибилизирован в силу своих ключевых конфликтов, реактивируют и усиливают эти конфликты. Сильные эмоции сопровождают этот активированный конфликт и на основе автономных гормональных и нервно-мышечных механизмов действуют таким образом, что в организме возникают изменения в телесной структуре и функциях.

**1.2 Психосоматическая личность и ее особенности**

Предполагается существование препсихосоматического личностного радикала - того радикала личностных особенностей, которые приводят к заболеванию; это очаг психосоматической импульсации, фиксированное патопластическое переживание. Он формируется в детском и подростковом возрасте, чаще у лиц холерического и флегматического темпераментов. Основной причиной формирования этого радикала является ущемление фундаментальных притязаний личности, особенно чувства достоинства, вытекающего из доминирующего инстинкта. При поражениях мозга и при наличии психофизиологического дефекта проявления радикала усугубляются. Для всех психосоматических личностей в той или иной степени характерно общее: ущемленность, а поэтому обостренность чувства достоинства, эгоцентричность, сужение интересов, ограниченность и искажение иерархии ценностей, целей и потребностей, что проявляется в неадекватности притязаний, составляющих жизненный замысел индивида. Характерна утрированная мужественность, истероидность, озлобленность. Высказывания больных часто банальны, пустословны, они не могут развивать свои мысли, не способны понять переносный смысл высказываний. Психосоматический субъект отделен от своего бессознательного и тесно привязан к окружающему миру. Психосоматическая регрессия расценивается как регрессия "Я" на примитивный защитный уровень с тенденциями в виде соматизации. Психосоматическая структура личности в большой степени определяется понятием "алекситимия". Для больных характерно: Своеобразная ограниченность способности фантазировать. Типичная неспособность выражать переживаемые чувства. Высокая приспособленность к товарищеским отношениям, их связи с конкретным партнером характеризуются своеобразной "пустотой отношений", они остаются на уровне конкретного "предметного" использования объектов. Неспособность к истинным отношениям с объектом и к процессу переноса. Происходит тотальное идентифицирование с объектом; психосоматический больной существует, так сказать, с помощью другого человека. Отсюда становится понятным, почему потеря этой "ключевой фигуры" так часто обнаруживается как провоцирующая ситуация в начале болезни. Неспособность к истинным отношениям с объектом и к процессу переноса.

Происходит тотальное идентифицирование с объектом; психосоматический больной существует, так сказать, с помощью другого человека. Отсюда становится понятным, почему потеря этой "ключевой фигуры" так часто обнаруживается как провоцирующая ситуация в начале болезни. Оценка причин эмоционального стресса у больных с неврологической патологией.

**1.3 Определение бронхиальной астмы**

Большинство определений бронхиальной астмы как самостоятельной нозологической формы (первая группа) основано на ведущем клиническом симптоме: удушье или одышка, с характеризующими их вариабельностью и обратимостью. Во второй группе определений используются в качестве основного критерия повышенные реактивность и чувствительность бронхов. В третьей группе определений сочетаются одышка и удушье с изменёнными чувствительностью и реактивностью бронхов, в четвёртую группу входят комплексные определения, включающие многие, в том числе клинические и лабораторные, показатели.

Одним из наиболее удачных и популярных в нашей стране является определение бронхиальной астмы, сделанное А. Д. Адо и П. К. Булатовым [11]: «Бронхиальная астма - самостоятельное. Хроническое, рецидивирующее заболевание инфекционной или неинфекционной (атопической) этиологии, обязательным патогенетическим механизмом которого является сенсибилизация, а основным (обязательным) клиническим признаком - приступ удушья вследствие бронхоспазма, гиперсекреции и отёка слизистой оболочки бронхов». В настоящее время появилось много неоспоримых доказательств того, что в патогенезе бронхиальной астмы изменения иммунной системы не являются обязательными и что кроме инфекционных агентов и атопических аллергенов бронхиальную астму могут вызывать и другие факторы внешней среды.

С учётом сказанного, в определение бронхиальной астмы, данное А. Д. Адо и П. К. Булатовым [11], были внесены дополнения. Основным и обязательным патогенетическим механизмом бронхиальной астмы как самостоятельной нозологической единицы является изменённая реактивность бронхов, обусловленная специфическими (иммунологическими) и /или неспецифическими, врождёнными или приобретёнными механизмами, а основным (обязательным) клиническим признаком - приступ удушья и /или астматический статус вследствие спазма гладких мышц бронхов, гиперсекреции, дискринии и отёка слизистой оболочки бронхов.

Включить в определение бронхиальной астмы указание на этиологические факторы в настоящее время не представляется возможным из-за их многообразия и недостаточной изученности, а также большой роли в возникновении бронхиальной астмы наследственных, психологических факторов.

Данное определение бронхиальной астмы даёт возможность дифференцировать бронхиальную астму от других заболеваний, сопровождающихся обструкцией бронхов, и позволяет индивидуализировать клиническую оценку каждого случая заболевания.

**1.4 Классификация бронхиальной астмы**

В нашей стране получила широкое распространение клинико-патогенетическая классификация форм и стадий бронхиальной астмы, созданная А. Д. Адо и П. К. Булатовым:

1. Этапы развития бронхиальной астмы:

- Биологические дефекты у практически здоровых людей.

- Состояние предастмы. Это не нозологическая форма, а признак угрозы возникновения клинически выраженной бронхиальной астмы, включается в клинический диагноз после основного заболевания.

- Клинически оформленная бронхиальная астма - после первого приступа или статуса бронхиальной астмы. Диагноз «бронхиальная астма» ставиться на третьем этапе развития болезни.

2. Формы бронхиальной астмы:

- Иммунологическая форма.

 Неиммунологическая форма.

3. Клинико-патогенетические варианты бронхиальной астмы:

- Атопический - с указанием аллергизирующего аллергена или аллергенов.

 Инфекционно-зависимый - с указанием инфекционных агентов и характера инфекционной зависимости, которая может проявляться стимуляцией атопических реакций, инфекционной аллергией и формированием первично изменённой реактивностью бронхов.

- Аутоиммунный.

- Гормональный - с указанием эндокринного органа, Функция которого изменена, и характера дисгормональных изменений.

- Нервно-психический с указанием вариантов нервно-психических изменений.

 Первично изменённая реактивность бронхов, которая формируется без участия изменённых реакций иммунной, эндокринной и нервной систем, может быть врождённой, проявляться под влиянием химических, физических, механических ирритантов и инфекционных агентов. Характеризуется приступами удушья при физической нагрузке, воздействии холода, медикаментов и т.д.

Возможны различные комбинации вариантов, причём к моменту обследования один из клинико-патогенетических вариантов является основным. У больного может быть один клинико-патогенетический вариант. В процессе развития бронхиальной астмы может происходить смена основного и второстепенных вариантов.

4.Тяжесть течения бронхиальной астмы:

- Лёгкое течение.

- Течение средней тяжести.

- Тяжёлое течение.

5.Фазы течения бронхиальной астмы:

- Обострение.

- Затихающее обострение.

 Ремиссия.

6.Осложнения:

- Лёгочные: эмфизема лёгких, лёгочная недостаточность, пневмоторакс и др.

- Внелёгочные: дистрофия миокарда, лёгочное сердце, сердечная недостаточность и т.д.

**1.5 Нервно-психический механизм в этиопатогенезе бронхиальной астмы**

В современной отечественной и зарубежной литературе широко представлены работы, указывающие на большую частоту нервно-психических расстройств и их роль в развитии и течении бронхиальной астмы. При этом основной акцент делался на изучении феноменологии психических состояний, обусловленных конфликтами, а также психотравмирующих обстоятельств. Большинство психогенетических концепций бронхиальной астмы, выдвинутых зарубежными авторами, выполнены с психоаналитических позиций. Наиболее интересными из них являются концепции «нуклеарного конфликта» и «специфического отношения», первая из которых принадлежит Ф. Александер, а вторая Н. Миллера. Авторы указывают на то, что корни развития защитно-приспособительного значения симптома бронхоспазма заключается в особенности ранних отношений матери и больного ребёнка. В нашей культуре такие отношения можно назвать «люблю и ненавижу», когда при сближении отношений мать чувствует раздражение и чувство вины за него, а ребёнок - материнское негодование и отчуждение. Это порождает страх и тревогу, а открытое проявление чувств запрещается матерью («не плачь, перестань кричать») и связано с опасением оттолкнуть её. Блокирование вербального канала коммуникации компенсаторно вызывает развитие телесных коммуникабельных связей, к которым относится и стремление получить одобрение и тёплое отношение матери посредством астматических симптомов. В дальнейшем эти симптомы становятся для астматика способом манипулирования лицами значительного окружения, а для семей с «тлеющим» невротическим конфликтом, от решения которого они уходят в силу своих невротических черт, способом сохранения семейного «гомеостаза». Физиологический смысл бронхоспазма в результате увеличения уровня тревоги авторы видели в её защитном значении. Они считали, что бронхоспазм - это реакция защиты от угрожающего агента, и такое же значение, но уже с включением более высоких уровней реагирования, несёт в себе симптом тревоги.

Физиологический конфликт при бронхиальной астме имеет своё продолжение в психологическом конфликте, в эмоциональной жизни многих астматиков. Известно, что материнское отвержение играет центральную роль в возникновении нервно-психического механизма патогенеза бронхиальной астмы. Установлено, что в ряде случаев материнское отвержение не только предшествовало заболеванию ребёнка, но оно предшествовало и его рождению. Причины её отвержения проистекают из её собственной эмоциональной незрелости, неразрешённых проблем, имевших место в её детстве. Высказывается мнение о том, что бронхиальная астма является своеобразной формой адаптации человека к окружающей среде. При этом в фокусе внимания оказываются как особенности личности больных, условия их воспитания в родительских семьях, так и их собственные семье и характер взаимоотношений в них, оказывающие влияние на развитие и течение астматических симптомов. Под микросоциальной средой при этом понимается и семейная, и производственная, а также любая другая среда, в которой астматический симптом может быть использован в качестве патологической адаптации. Для родительских семей больных бронхиальной астмой с нервно-психическим механизмом патогенеза характерно преобладание ригидной иерархизированной структуры. Эмоциональный лидер имеется в 75.8% этих семей. Родители больных часто обладают контрастными личностными чертами, обуславливающими и их семейные позиции; выражено доминирующая роль властной матери, принимающей большую часть семейных решений, сочетается с зависимо-подчинённой позицией отца. Подобная инертность, негибкость правил функционирования семьи обусловливает пониженную толерантность семьи к стрессам, особенно в кризисных ситуациях, требующих разумного изменения семейного функционирования, пересмотра семейных ролей, прав и обязанностей членов семьи. Согласно клинико-психологическим исследованиям, в поддержании этого ригидного стереотипа взаимодействия в семьях важная роль принадлежит астматическим симптомам больного, особенно провоцируемым по шунтовому механизму. С другой стороны. Подобный стереотип избегания конфронтации с конфликтами, поддержанием которого является условием реализации привычных форм психологической защиты членов семьи, способствует частому проявлению астматических симптомов, хронизации заболевания.

О нервно-психическом механизме патогенеза бронхиальной астмы говорят в том случае, когда нервно-психические факторы способствуют провокации и фиксации астматических симптомов, тесно вплетаются в патогенез заболевания, приводят к усугублению биологического дефекта. Выделяют четыре варианта нервно-психического механизма патогенеза бронхиальной астмы:

- невростеноподобный;

- истероподобный;

 психостеноподобный;

 смешанный (шунтовой).

Для каждого варианта свойственны внутри- и межличностные невротические конфликты. Внешние проявления зависят от личностных особенностей пациентов, варианта поведения, которое санкционируется в данной микросоциальной среде и служит целям адаптации пациентов. Начало формирования нервно-психического механизма патогенеза бронхиальной астмы наблюдается и у больных в состоянии предастмы. При сочетании актуализации невротического конфликта и обострения респираторной патологии психоэмоциональное напряжение канализируется по соматическому пути. И хотя на окружающих ещё не производит должного «впечатления» дыхательный дискомфорт, хрипы, надсадный кашель, но уже формируется обстановка повышенного внимания, заботы и исключительности роли больного, столь желаемые инфальтильными, зависимыми, но с высоким уровнем притязаний к окружению, истероидами.

Личностные особенности и невротические нарушения, а также неадекватные личностные реакции на заболевание (тревожно-депрессивные, фобические, анозогностические, псевдоанозогнстические истерические, ипохондрические) предопределяют деструктивные формы поведения больных, которые затем трансформируются в поведенческие стереотипы, облегчающие развитие астматических симптомов по нервно-психическому механизму.

**1.6 Существующие методы психотерапии бронхиальной астмы**

Эмоциональный стресс, раздражение, неурядицы на работе и в семье, как указывалось, утяжеляют течение заболевания, нередко провоцирует его обострение. В таких случаях седативные лекарства в комплексе с другими средствами нередко дают эффект. В тех случаях, когда в патогенезе приступов удушья психоэмоциональное факторы являются преобладающие, в комплекс лечения должна быть включена психотерапия. В задачи ее входят формирование правильных взглядов на свое заболевание, изменение жизненной позиции больного, выработка умения преодолевать жизненные трудности, подавлять психоэмоциональное напряжение в конфликтной ситуации и т.д. Выполнение этих задач возможно при глубоком анализе факторов, усугубляющих тяжесть заболевания, затрудняющих его лечение, облегчающих реализацию нервно-психического механизма развития приступов удушья.

Многие проблемы в психотерапии могут быть решены лечащим врачом. Чуткое и внимательное обращение к больному, умелый выбор тех или иных средств и методов в соответствии с фазой болезни, обучение больного умению ориентироваться в своем состоянии зачастую снимают тревожное состояние, и улучшает состояние пациента. В последнее время в зарубежной литературе обсуждаются вопросы целесообразности обучения пациентов или родителей больных детей программам самопомощи. Главная цель такого обучения - научить предупреждать приступы бронхиальной астмы.

В лечении больных бронхиальной астмы с нервно-психическим вариантом течения болезни широко используются такие методы, как индивидуальная и групповая психотерапия, аутогенная тренировка. Более углубленный анализ причин, опосредующих влияние нервно-психических факторов на течение бронхиальной астмы (поведенческие стереотипы, особенности жизненной позиции), делает необходимым в ряде случаев проведение семейной психотерапии. В ее задачи входят нормализация семейного климата, выработка правильного отношения членов семьи к больному, для оценки «семейного климата» используется шкала семейного окружения. Она предназначена для измерения и описания особенности отношения между членами семьи. Оценивается субъективное представление об имеющемся и идеальном семейном климате каждым членом семьи, а также вычисляется показатель несовместимости семьи, отражающий степень различия восприятия семейного климата различными членами семьи.

**1.7 Показания к психотерапии**

Психотерапия как основной вид терапии может применяться в комплексной системе лечения пациентов самыми различными заболеваниями. Объем психотерапевтических воздействий, их направленность, определяются факторами, которые рассматриваются как показания к психотерапии. К ним относятся: роль психического в этиопатогенезе заболевания; возможная вторичная невротизация как следствие соматического патологического процесса, реакция личности на болезнь, динамическая трансформация личностных особенностей в процессе заболевания. [15]

При этом необходимо учитывать наличие в этиопатогенезе трех факторов (биологического, психологического и социального), что обуславливает необходимость соответствующих воздействий, с учетом механизмов каждого фактора и обязательным учетом и пониманием их взаимосвязи и взаимовлияния.

Показания к психотерапии необходимо определять на разных уровнях (социальном, психологическом, биологическом), воздействовать на возможные проявления тех синдромов, коррекции которых возможна с помощью психотерапии как главного или дополнительного метода лечения.

С помощью гипносуггестии можно воздействовать на все симптомы при неврозах, касающиеся как основных психопатологических их проявлений (страх, тревога, астения, депрессия), так и другие невротических синдромов. В последние годы расширяется круг показаний гипноссугестивной психотерапии при соматических заболеваниях. Внушение в гипнозе с эффектом применяется при бронхиальной астме. С помощью этих методов можно воздействовать психопатологические нарушения - страх, астению, депрессию, ипохондрию.

Рассматривая вопрос о применении психотерапии в лечении больных соматическими заболеваниями, необходимо отметить значимость работ, определивших системность и многоуровневость психотерапевтического воздействия охватывают три направления: биологического, психологического, социального и таким образом реализуется в практике современный биопсихосоциальный подход. В каждом из этих направлений определено несколько уровне реализации психотерапевтического влияния, как то: уровень организма, функциональных систем, физиологических систем, органов, клеток (биологический); личности, сфер психики, психических свойств (психологический); макросоциальный, микросоциальный реадаптации, аутореабелитации (социальный). В этом подходе отмечается необходимость разноплановость методов коррекции с точки зрения меры участия сознания, количества людей на сеансе, дидактический подход к динамике психотерапевтического процесса, этапность.

При этом предложена методика объективации эффективности психотерапии соматических больных, включающая блоки: оценка динамики невротических жалоб, экспериментальных показателей психоэмоционального состояния больного, исчисление оценки коэффициентов медицинской, социальной, экономической эффективности. Психотерапия становится существенным компонентом лечения на всех этапах восстановительной терапии пациентов с бронхиальной астмой.

Основными целями психотерапии заявляются - воспитание гибкости, умение находить новые, эффективные стратегии поведения; накапливать и рационально использовать энергетические ресурсы; изыскивать сохранять и развивать ресурсные состояния, обеспечивать активность, энтузиазм, оптимизм, сохранять и развивать здоровье.

**2. Организация, материалы и методы исследования**

Данное исследование было проведено в пульмонологическом отделении Дорожной больницы г. Красноярска. Заведующая отделением Лихачёва Людмила Владимировна.

Работа проводилась в условиях стационара. Для исследования были отобраны больные бронхиальной астмой средней тяжести течения в стадии обострения в возрасте от 20-ти до 48-ми лет женского пола (20 человек).

Для оценки биопсихосоциального особенностей больных были применены следующие методики психодиагностики:

1. Опросник Мини-мульт (сокращённый вариант MMPI). Методика позволяет описывать вариант биопсихосоциального реагирования на стрессовую ситуацию и дает понимание личностных основ клинического синдрома.

2. Метод диагностики межличностных отношений (ДМО). Методика позволяет описывать особенности психосоциального реагирования исходя из психофизиологических особенностей личности больного бронхиальной астмой.

. Методика «Уровень невротической астении» (УНА). Методика позволяет оценивать уровень психофизиологического истощения в структуре личности больного бронхиальной астмой.

. Личностный опросник Бехтеровского института (ЛОБИ). Методика косвенно дает оценку степени влияния болезни на личностный статус больного бронхиальной астмой, исходя из понимания того, что углубление негативной установки на болезнь затрудняет проведение психотерапии.

. Диагностика мотиваторов социально-психологической активности личности (Д. Макклелланда).

. Диагностика мотивации успеха и боязни неудачи. Эти методики позволяют проводить комплексную оценку мотивационной сферы личности с точки зрения включения психосоциальных компонентов болезни в структуру мотивации.

Используемые методы психодиагностики:

1. Опросник СМИЛ (биологический, психологический компонент личности)

Мини-мульт содержит: 71 вопрос, 11 шкал, из них 3 - оценочные. Оценочные шкалы измеряют искренность испытуемого, степень достоверности результатов тестирования и величину коррекции, вносимую чрезмерной осторожностью. Остальные восемь шкал являются базисными и оценивают свойства личности. Первая шкала (ипохондрии) оценивает близость испытуемого к астено-невротическому типу. Вторая шкала (депрессии) говорит о склонности испытуемого к социопатическому варианту развития личности. Третья шкала (истерии) измеряет эмоциональную лабильность испытуемого. Четвёртая шкала (психопатии) показывает импульсивность, уровень побуждения к достижению цели. Пятая шкала в этом варианте опросника не используется. Шестая шкала (паранояльности) характеризует обидчивость испытуемого, склонность его к аффектам и их ригидность. Седьмая шкала (психастении) предназначена для диагностики тревожно-мнительного типа личности, склонного к сомнениям. Восьмая шкала (шизоидности) определяет степень эмоциональной отчуждённости, сложность установления социальных контактов. Девятая шкала (гипомании) показывает близость к гипертимному типу личности, измеряет активность и возбудимость.

Высокими оценками по всем шкалам после построения профиля личности являются оценки, превышающие 70 т. Низкими оценками считаются оценки ниже 40 т.

После построения профиля описываются характерные личностные особенности испытуемого в зависимости от наличия высоких и низких показателей по той или иной шкале.

. Метод диагностических межличностных отношений (социально-биологический компонент личности)

ДМО представляет собой модифицированный вариант интерперсональной диагностики Т. Лири. Теоретический подход к пониманию личности базируется на представлении о важной роли оценок и мнения, значимых для данного индивида окружающих лиц, под влиянием которых происходит его персонификация, то есть формирующая личность идентификация со «значимыми другими». В процессе взаимодействия с окружением личность проявляется в определенном стиле межличностного поведения. Реализуя потребность в общении и в осуществлении своих желаний, человек сообразует свое поведение с оценками значимых других на уровне осознанного самоконтроля, а также (неосознанно) символикой идентификации. Основываясь на том, что личность проявляется в поведении, актуализированном процессе взаимодействии с окружающими. Лири систематизировал эмпирические наблюдения в виде 8-ми общих или 16-ти более дробных вариантов межличностного взаимодействия. Соответственно разным типам межличностного поведения был разработан опросник, представляющий собой набор достаточно простых характеристик-эпитетов, их количество составляет 128.

Тест был разработан как подспорье для клинической диагностики и проходил проверку на валидность сопоставлением данных методики с результатами обследования с помощью MMPI. В период работы над созданием адаптированного отечественного варианта теста была обнаружена достоверная связь между типами интерперсонального поведения, выделенным Лири, и определенным индивидуально-личностным паттернами, проявляющимися аналогичными поведенческими характеристиками, которые нашли свое отражение в характеристиках в соответствующих подъема шкал профиля СМИЛ. Данные, полученные с помощью метода ДМО, позволили по-новому подойти к проблеме самооценки, критичности и самоконтроля личности, а также значительно обогатил социально-психологическое исследование малых групп.

Если провести параллель между некоторыми клиническими особенностями состояния психических больных и показателями ДМО, то в основном эти показатели соответствуют тем аспектам поведения, которые сказываются на межличностных отношениях. Изменения личности в сторону нарастания пассивности, подавленности, склонности к самоуничтожению, болезненного переживания чувства вины, депрессивного фона настроения ведут к увеличению показателей V октанта (12 баллов и выше). Повышенная тревожность, крайняя неуверенность в себе, страхи, мнительность, беспомощность, потребность в поддержке отражаются преобладанием показателей VI октанта. Эмоциональная неустойчивость, выраженная потребность в понимании и сочувствии, поиске и признание референтной группой, вегетативная нестабильность, склонность к конверсионным симптомам, соматизация конфликта с вытеснением из сознания истинных причин эмоционального дискомфорта - VII октанта. Гиперсоциальность установок, экзальтация, выраженная ориентация на общепринятые нормы с подавлением спонтанности поведения и неприязненных чувств, что не редко встречается в рамках психосоматического и истеройдного радикала, соответствует высоким баллам VIII октанта. Высокие баллы I октанта могут отражать гипоманиакальные проявления с завышенной самооценкой, с низкой самокритичностью, с плохим самоконтролем, расторможенностью и повышенным фоном настроения. Преобладание показателей II октанта свойственно состояниям, характеризующимся изолированностью, обособленностью. Переживанием чувства своей особой значимости, противопоставлением себя окружающим с критическим отношением к мнению окружающих, с элементами самовлюбленности, нарциссизма. Высокие баллы III октанта соответствует наиболее агрессивным формам поведенческих реакций с повышенной импульсивностью и плохим самоконтролем, гипертивными проявлениями. IV октант оказался преобладающим в психограммах ДМО у больных паранояльными тенденциями, замкнутых, недоверчевых, подозрительных, с выраженными трудностями в налаживании контактов с окружающими, находящихся постоянно в состоянии борьбы и конфликта с окружением.

. Методика УНА (биологический, психологический компонент личности)

УНА является медико-психологическим экспресс-диагностическим инструментом для выявления степени выраженности астении невротического характера. Процедура конструирования опросника включает несколько этапов. Формирование списка утверждений разработанного опросника базировалось на опыте изучения астении у больных в клинике неврозов. Астения (бессилие, слабость) - состояние нервно-психической слабости - является одним из самых распространенных симтомообразований, входящих в клиническую картину различных нервно-психических и соматических заболеваний. Опросник УНА включает 38 утверждения с указанием диагностических коэффициентов соответствующих каждому варианту ответа («почти всегда», «часто», «иногда», «редко», «почти всегда») и образовали две шкалы, направленные на определения уровня невротической астении у мужчин и женщин. Существует множество клинических проявлений невротической астении, для нее характерна триада, включающая помимо проявлений астении, вегетативную дисфункцию и расстройства сна.

Собственно астения проявляется в усталости, повышенной утомляемости, снижении работоспособности. Невротическая усталость характеризуется своей инертностью, неспособностью исчезать после отдыха. Кроме того, собственно астения проявляется в ухудшении памяти и внимания, в свою очередь снижение способности к концентрации внимания приводит к рассеянности и вторично к затруднениям запоминания. Указанные нарушения сопровождаются, как правило, повышенной возбудимостью, раздражительностью, в частности, повышенной чувствительностью к внешним и внутренним раздражителям. При астении также наблюдаются лабильность настроения, которое неадекватно повышается при незначительной удаче и ухудшается при малейшей неудаче.

Вегетативные расстройства при астеническом синдроме выражаются в лабильность пульса и артериального давления, стойких спонтанных демографических реакциях, общем и дистальном гипергидрозе и др. часто отмечаются типичные «шлемообразные» головные боли.

Характерные для астенического синдрома расстройства сна в виде нарушения засыпания, частых пробуждений и легких проявлений диссомии сопровождается чувством разбитости, отсутствием ощущения бодрости.

. ЛОБИ (социально-психологический компонент личности)

ЛОБИ разработан с целью диагностики типов отношения к болезни и других связанных с нею личностных отношений у больных хроническими соматическими заболеваниями. Диагностируется сложившийся под влиянием болезни паттерн отношений к самой болезни, к ее лечению, врачам и медперсоналу, родным и близким, окружающим, работе (учебе), одиночеству и будущему, а также к своим витальным функциям (самочувствие, настроение, сон, аппетит).

С помощью ЛОБИ могут быть диагностированы следующие типы отношений:

1. Гармоничный (Г) - трезвая оценка своего состояния.

2. Тревожный (Т) - непрерывное беспокойство и мнительность.

. Ипохондрический (И) - сосредоточение на субъективных, болезненных и других неприятных ощущениях.

. Меланхолический (М) - удрученность болезнью.

. Апатический (А) - полное безразличие к своей судьбе, неверие в выздоровление.

. Неврастенический (Н) - поведение по типу «раздражительной слабости».

. Обессивно - фобический (О) - тревожная мнительность по поводу маловероятных осложнений болезни.

. Сенситивный (С) - чрезмерная озабоченность о возможном неблагоприятном впечатлении.

. Эгоцентрический (Я) - «уход в болезнь».

. Эйфорический (Ф) - необоснованно повышенное настроение.

. Анозогнозический (3) - активное отбрасывание мыслей о болезни.

. Эргопатический (Р) - «уход от болезни в работу».

. Паранойяльный (П) - уверенность, что болезнь чей-то злой умысел.

. Социально-психологическая диагностика личности на мотивацию.

Социально-психологический контекст изучении личности - в отличие от общепсихологического - основан на изучении тех свойств, особенностей и качеств личности, которые по своей природе являются социально-психологическими, то есть формируются в процессе отношений между людьми, проявляются в них и, оказывают влияние на возникновение новых отношений и определенных типов взаимодействия. Социально-психологическая специфика диагностики личности направлена на выявление структуры социальных и жизненных ценностей личности (терминальных и инструментальных), ролевых позиций и межличностных отношениях, интерактивной личностной направленности, социальной зрелости и социальной комфортности.

Изучение индивидуально-психологических особенностей, определяющих доминирующую социально-психологическую и деятельностную направленность группы и составляющих ее структурную композицию.

а) Диагностика мотиваторов социально-психологической активности личности состоит из 15 утверждений, методика помогает определить ведущие потребности-мотиваторы личности. Знание основных потребностей - исходный момент самомотивации.

Об уровне выраженности мотивации свидетельствуют следующие показатели: 19 и более - высокий;

-18 - средний;

и менее - низкий.

б) Диагностика мотивации успеха и боязни неудачи**.** Опросник состоит из 20 вопросов, на которые необходимо ответить «да» или «нет». Если испытуемый набирает от 1 до 7 баллов, то диагностируется мотивация на неудачи (боязнь неудачи). Если набирает от 14 до 20 баллов, то диагностируется мотивация на успех (надежда на успех). Если количество набранных баллов в пределах от 8 до 13, то следует считать, что мотивационный полюс не выражен. При этом 8-9 баллов ближе к боязни неудачи, а 12-13 ближе к мотивации успеха.

**3. Результаты исследования**

Таким образом, выбранный нами набор методик позволяет определить биопсихосоциальные особенности личности и оценить их как показания к психотерапии, согласно современным научным теориям в рамках клинической психологии.

. Результаты Мини-мульт (MMPI).

При интерпретации результатов опросника Мини-мульт у больных бронхиальной астмой выявлены следующие особенности: заниженные значения по шкалам 4 (психопатии), 6 (паранойя или ригидность), 9 (маниакальность) и тенденция к завышенным значениям по шкалам 1 (ипохондричность и сверхконтроль), 2 (депрессии), 3 (эмоциональной лабильности), 7 (психастении). [см. прил. 1]

В структуре невротических расстройств или в рамках неврозоподобной патологии высокие показатели по 1-й шкале (выше 70 Т) выявляют ипохондрическую симптоматику. При этом не только проявляется ипохондричность, но и усиливаются такие личностные черты, как догматизм, ханжество, становится более инертным мышление, в межличностных контактах сильнее проявляются осторожность, дидактичность, назидательность тона.

-я шкала в структуре невротической триады выявляет механизм защиты по типу «бегства в болезнь», при этом болезнь является ширмой, маскирующей стремление переложить ответственность за существующие проблемы на окружающих - единственный социально приемлемый способ оправдания своей пассивности.

При показателях 1-й шкалы, превалирующих над 3-й, выявляются пассивное отношение к конфликту, уход от решения проблем, эгоцентричность, маскируемая декларацией гиперсоциальных устано вок. Как правило, это лица, страдавшие в детстве от недостатка эмоционального тепла со стороны близких, и лишь в периоды, связанные с какой-либо болезнью, их окружали вниманием, что способствовало закреплению механизма, зашиты от проблем «бегством в болезнь». Наличие такого механизма зашиты, свидетельствует об эмоциональной незрелости, что особенно явно в структуре переживаний невротической личности, когда компенсирующая роль защитного механизма перерастает в устойчивый неконструктивный стиль переживания, снижающий уровень свободноплавающей тревоги, но оставляющий достаточно выраженной эмоциональную напряженность.

В поведении лиц данного типа борьба с болезнью трансформируется, по сути дела, в борьбу за право считаться больным, так как статус больного для них (как правило - неосознанно) представляет собой нечто вроде алиби по отношению к чувству вины за недостаточную социальную активность. Отсюда нередко возникающее от ношение к своему заболеванию, т. е. стремление быть более социаль но защищенным и поддерживаемым в качестве хронически больного со стороны различных общественных институтов (лечебных, профсоюзных, социального обеспечения) или членов семьи.

Эти черты усугубляются в профиле типа, свойственном лицам с акцентуацией по тормозимому типу, с тревожно-мнительными чертами. В извечном конфликте между эгоцентрическими и альтруистическими тенденциями представители этой группы лиц отдают предпочтение последним. Отказом от самореализации исключается противоборство этих противоречивых тенденций и снижается риск возникновения конфликта со средой. Если повышение, по 1-й шкале означает неосознаваемый, вытесненный отказ от самоактуализации, то повышение по 2-й выявляет осознанный самоконтроль, когда нереализованные намерения - в силу внешних обстоятельств или внутренних причин - отражаются в пониженном настроении как результат дефицита или потери. В то же время лица этого круга могут проявлять достаточную активность, следуя за лидером, как наиболее конформная и социально податливая группа.

Лица с ведущей 3-й шкалой отличаются известной демонстративностью, яркостью эмоциональных проявлений при некоторой поверхностности переживаний, неустойчивостью самооценки, на которую существенное влияние оказывает значимое окружение; их отличает убежденность в идентичности своего «Я» декларируемым идеалам, некоторая «ребячливость», незрелость установок и суждений.

В ситуации стресса лицам с высокой 3-й шкалой свойственны выраженныевегетативные реакции. Защитные механизмы проявляются двояким путем: 1) вытеснение из сознания той негативной информации, которая является конфликтогенной или наносит урон реноме личности, субъективному образу собственного «Я»; 2) трансформация психологической тревоги на организменном (биологическом) уровне в функциональные нарушения. Эти механизмы, дополняя друг друга, создают почву для психосоматических расстройств, то есть таких физических заболеваний, которые развиваются в тесной связи с негативными эмоциональными переживаниями.

Низкие показатели 4-й шкалы свидетельствуют о снижении мотивации достижения, об отсутствии спонтанности, непосредственности повеления, о хорошем самоконтроле, невыраженном честолюбии, об отсутствии лидерских черт и стремления к независимости, о приверженности общепринятым нормам повеления, о конформизме.

-я - низкие показатели отражают избыточную тенденцию к подчеркиванию своих миротворческих тенденций, что чаще всего встречается при гиперкомпенсаторной установке у личностей агрессивного толка.

В структуре невротической симтоматики повышение по 7-ой шкале выявляет свободноплавающую тревогу, т. е. тревожность является свойством личности. Каждая базовая шкала СМИЛ выявляет тот или иной механизм трансформации тревоги, тот или иной вариант защитного механизма.

Повышение профиля по 1-й шкале выявляет усиление невротического самоконтроля и соматизацию тревоги, т. е. биологический способ защиты.

-я шкала отражает степень осознания психологических проблем и отказ от реализации своих намерений, что сопровождается снижением настроения.

В невротических и неврозоподобных профилях низкие показатели по 9-й шкале указывают на повышенную утомляемость, астению.

. Результаты ДМО

Данные ДМО подтверждают выявленные особенности в социальной сфере. Было выявлено преобладание высоких баллов по октантам «ответственный - великодушный» (14), «покорный - застенчивый» (12), «прямолинейный - агрессивный» (16). [см. прил. 2]

Если провести параллель между некоторыми клиническими особенностями состояния больных бронхиальной астмой и показателями ДМО, то в основном эти показателями соответствуют тем аспектам поведения, которые сказываются на межличностных отношениях. Обнаружена выраженная тенденция к фиксации неприятных соматических ощущений и склонность к болезненной сосредоточенности на своем здоровье, к жалости по отношению к самому себе. Невротическая «зажатость» и выраженная ориентация на общепринятые нормы поведения вследствие подавленной самоактуализации и агрессивности, компенсаторно проявляются в догматизме и мелочной тирании в узком кругу контактов. Для таких больных характерен психосоматический (биологический) способ защиты с уходом в болезнь.

VIII октанта, преобладание которого позволяет отнести тип межличностного взаимодействия к «ответственному-великодушному», сочетается с такими личностными особенностями, как выраженная потребность в соответствии социальными нормам поведения, склонность к идеализации гармонии межличностных отношений, выраженная эмоциональная вовлеченность, которая может носить более поверхностный характер, чем это декларируется; тип восприятия и переработки информации художественный, стиль мышления - целостный, образный. Проблема подавленной (или вытесненной) враждебности, вызывающей повышенную напряженность, соматизация тревоги, склонность к психосоматическим заболеваниям; вегетативный дисбаланс как результат блокированности поведенческих реакций.

«Покорно-застенчивый» тип межличностных отношений (V октанта) оказался преобладающим у личностей болезненно застенчивых, интровертированных, пассивных, весьма щепетильных в вопросах морали и совести, подчиняемых, неуверенных в себе, с повышенной склонностью к рефлексии, с заметным преобладанием мотивации избегания неуспеха и низкой мотивацией достижения, заниженной самооценкой. Он характерен для тревожных, ананкастных личностей с повышенным чувством ответственности, неудовлетворенных собой, склонных к тому, чтобы при неудачах винить во всем себя, легко впадающих в состояние грусти, пессимистически оценивающих свои перспективы, аккуратных и исполнительных в работе, избегающих широких контактов и социальных ролей, в которых они могли бы привлечь к себе внимание окружающих, ранимых и впечатлительных, болезненно сосредоточенных на своих недостатках и проблемах.

«Прямолинейный-агрессивный» тип межличностных отношений (преобладание показателей III октанта) обнаружил выраженную близость к таким личностным характеристикам, как ригидность установок (сочетающаяся с высокой спонтанностью, упорством в достижении цели, практицизмом при недостаточной опоре на накопленный опыт в состоянии захваченности), повышенное чувство справедливости, сочетающееся с убежденностью в собственной правоте, легко загорающееся чувство враждебности при противодействии и критике в свой адрес; непосредственность и прямолинейность в высказываниях и поступках, повышенная обидчивость, легко угасающая в комфортной ситуации, не ущемляющий престиж личности испытуемого.

. Результаты УНА

У больных бронхиальной астмой обнаружилась невротическая астения с вероятностью 42,2%, что свидетельствует о высоком значении невротической истощенности, нестабильности в этиопатогенезе бронхиальной астмы. [см. прил. 3]

. Результаты ЛОБИ

По данным ЛОБИ больные бронхиальной астмой реагируют на болезнь эгоцентрически, ипохондрически, таким образом, используют болезнь как средство социального общения, получения внимания, внутреннее переживание. [см. прил. 4]

Встретившиеся типы: эгоцентрический, ипохондрический, сенситивный, меланхолический, неврастенический, агнозический, апатический.

Эгоцентрический (Я). «Уход в болезнь». Выставление напоказ близким и окружающим своих страданий и переживаний с целью полностью завладеть их вниманием. Требование исключительной заботы - все должны забыть и бросить все и заботиться только о больном.

Ипохондрический (И). Сосредоточение на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях. Стремление постоянно рассказывать о них окружающим. На их основе преувеличение действительных и выискивание несуществующих болезней и страданий. Преувеличение побочного действия лекарств. Сочетание желания лечиться и неверия в успех, требований тщательного обследования и боязни вреда и болезненности процедур.

Меланхолический (М). Удрученность болезнью, неверие в выздоровление, в возможное улучшение, в эффект лечения. Активные депрессивные высказывания вплоть до суицидных мыслей. Пессимистический взгляд на все вокруг. Неверие в успех лечения даже при благоприятных объективных данных.

Апатический (А). Полное безразличие к своей судьбе, к исходу болезни, к результатам лечения. Пассивное подчинение процедурам и лечению при настойчивом побуждении со стороны. Утрата интереса ко всему, что ранее волновало.

Неврастенический (Н). Поведение по типу «раздражительной слабости». Вспышки раздражения, особенно при болях, при неприятных ощущениях, при неудачах лечения, неблагоприятных данных обследования. Раздражение нередко изливается на первого попавшегося и завершается нередко раскаянием и слезами. Непереносимость болевых ощущений. Нетерпеливость. Неспособность ждать облегчения. В последующем - раскаяние за беспокойство и несдержанность.

Сенситивный (С). Чрезмерная озабоченность о возможном неблагоприятном впечатлении, которое могут произвести на окружающих сведения о своей болезни. Опасения, что окружающие станут избегать, считать неполноценным, пренебрежительно или с опаской относиться, распускать сплетни или неблагоприятные сведения о причине и природе болезни. Боязнь стать обузой для близких из-за болезни и неблагожелательного отношения с их стороны в связи с этим.

Анозогнозический (3). Активное отбрасывание мысли о болезни, о возможных ее последствиях. Отрицание очевидного в проявлениях болезни, приписываниеих случайным обстоятельствам или другим несерьезным заболеваниям. Отказ от обследования и лечения. Желание «обойтись своими средствами».

4. Результаты диагностики:

а) мотиваторов социально-психологической активности личности:

и менее баллов - низкий показатели мотивационной доминанты личности.

-9 баллов ближе к боязни неудачи.

б) мотивации успеха и боязни неудачи: мотивация на неудачу (боязнь неудачи) - от 1 до 7 баллов.

В диагностике мотивации у больных обнаружились низкие показатели всех мотиваторов социальной активности (достижение успеха, потребность в аффилиации, стремление к власти) и преобладание мотивации на неудачу. Таким образом, мотивационная сфера больных характеризуется негативной установкой на болезнь, низкой внутренней стимуляцией, что косвенно поддерживается социальным проявлением бронхиальной астмой для привлечения внимания, стимуляции извне внутренних переживаний. [см. прил. 5]

**3.1 Обсуждение**

Таким образом, по данным комплексной диагностики у больных бронхиальной астмой ведущими патопсихологическими синдромами выступают ипохондрия, депрессия, истерия и психастения, то есть обнаруживается полный спектр невротических синдромов по данным MMPI. При этом у больных резко снижены проявления психопатических черт личности, что говорит о пассивной реакции на заболевание, его удержании за счет подавления индивидуальной активности и ориентации на социальные нормы. Невротическая «зажатость» и выраженная ориентация на общепринятые нормы поведения выступают как гиперкомпенсация подавленной самоактуализации и агрессивности, проявляющейся в догматизме и мелочной тиранией в узком кругу контактов, что находит свое выражение в показателях межличностных отношений. Эти характеристики особенно ярко проявляются в ситуации болезни, выступая как индивидуальные механизмы ее переживания. В болезни ярко находят свое выражение подавленная индивидуальность и самоактуализация, проявляясь в эгоцентрическом и неврастеническом реагировании на ее проявления по данным ЛОБИ, как демонстрация в обществе, использование для саморазвития, которое становится патологическим. Для них характерен психосоматический (биологический) способ защиты с уходом в болезнь. В этой ситуации низкая мотивация, присущая этим людям, подтверждает ситуацию ухода, а болезнь используется для стимулирования внутренних переживаний, наполненности внутреннего мира, не развитого преморбидно.

Невротическая нестабильность, истощенность, присущая этим больным, может являться следствием патологического соматического процесса, но, учитывая вышеперечисленные показатели по данным других методик, их устойчивость и комплексность проявлений, мы можем говорить о предпосылках такого рода в развитии бронхиальной астмы, их включении в преморбидную личность больного. Исходно неадекватные личностные реакции на заболевание предопределяют деструктивные формы поведения больных, которые затем трансформируются в поведенческие стереотипы, облегчающие развитие астматических симптомов по нервно-психическому механизму.

Все вышеперечисленное говорит о необходимости психотерапии уже на стадии профилактики, коррекции личностных особенностей у людей, склонных к легочным заболеваниям генетически и психофизиологически. Здесь уместно применение когнитивно-бихевиоральных методик, корригирующих когни-тивно-мотивационную сферу (когнитивная терапия А.Бека) и поведенческие механизмы стресса (систематическая десенсибилизация, метод жетонов, стимульный контроль). Эмоциональная нестабильность и ипохондричность, свойственные этим больным, вследствие их высокой внушаемости могут корригироваться с помощью гетеросуггестивных методик. Психастения, рационализация эмоциональных проявлений, низкая внутренняя мотивация, склонность к депрессии требует к себе внимания со стороны гуманистической и экзистенциальной психологии и психотерапии. Таким образом, только комплексный подход к коррекции личности больных бронхиальной астмой будет эффективным в профилактике, психотерапии и реабилитации этого распространенного заболевания.

**Заключение**

Таким образом, гипотеза о том, что в структуру личности больных бронхиальной астмой входят особые характеристики (ипохондричность, демонстративность, эмоциональная нестабильность, невротическая зажатость, психастения, низкая мотивация), которые предрасполагают и удерживают это заболевание, подтвердилась.

У больных бронхиальной астмой обнаружена тенденция к фиксации неприятных соматических ощущений и склонность к болезненной сосредоточенности на своем здоровье, к жалости по отношению к самому себе. Исходная предрасположенность к неврозу, невротическая нестабильность побуждает этих больных искать одобрения извне и вызывает тенденцию к психологической фиксации, что снижает внутренний дискомфорт, но утяжеляет болезнь.

Невротическая «зажатость» и выраженная ориентация на общепринятые нормы поведения выступают как гиперкомпенсация подавленной самоактуализации и агрессивности, проявляющейся в догматизме и мелочной тиранией в узком кругу контактов. Для таких больных характерен психосоматический (биологический) способ защиты с уходом в болезнь.

Личностные особенности и невротические нарушения, а также неадекватные личностные реакции на заболевание предопределяют деструктивные формы поведения больных, которые затем трансформируются в поведенческие стереотипы, облегчающие развитие астматических симптомов по нервно-психическому механизму.

Исходя из полученных данных, надо говорить о том, что без коррекции личности больных невозможно излечение бронхиальной астмы.

**Выводы**

1. Больные бронхиальной астмой обладают такими психофизиологическими особенностями, которые способствуют хронизации заболевания: эмоциональная нестабильность, неустойчивость и пассивность в стрессе, неспособность держать нагрузку, нарушение авторегуляционных процессов.

2. Психологическими особенностями больных бронхиальной астмой являются склонность к рационализации стресса, интроверсия, уход во внутренние переживания, сверхконтроль, что способствует фиксации заболевания внутри и его включению в структуру личности.

. Социальные особенности больных бронхиальной астмой также способствуют удержанию компонентов заболевании, использованию ее особенностей в своем общественном статусе за счет ригидности установок, поведенческих элементов, пассивности, поддержании социальных норм.

. Исходя из выявленных особенностей, основными показаниями для психотерапии больных бронхиальной астмой являются: умение держать эмоциональную нагрузку, когнитивно-эмоциональное взаимодействие, снижение активности мотивационной сферы, способность к адекватному самоконтролю.

**Список литературы**

.Абрамов В.В. Высшая нервная деятельность и иммунитет // Бюлл.СО РАМН.- 1998, 94с.

.Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека Л., 1998, 110с.

.Бехтерев В.М. Гипноз. Внушение. Телепатия. - М.: Мысль, 1994, 54с.

.Бехтерева Н.П. Нейрофизиологические аспекты психической деятельности человека. - 2-е изд., Л.: Медицина, 1974, 152с.

.Болезни органов дыхания. / Под ред. Н.Р. Палеева, М.: Медицина, 1989, 186с.

.Бронхиальная астма, диагностика клинико-патогенетических вариантов. - / Сост. Б.М. Услонцев, 1988, 148с.

.Бронхиальная астма. Классификация, некоторые показатели функций легких, специфическая диагностика и терапия. - Ташкент: «Мед», 1977, 218с.

.Бронхиальная астма. Принципы диагностики и лечения. / Под ред. А.Г. Чучалина, М.: Медицина, 1984, 324с.

.Бронхиальная астма (этиология, патогенез, клиника, диагностика, методы лечения, профилактика). / Под ред. В.Н. Молоткова, Б.Ф. Чернушенко, Киев «Здоровье», 1984, 246с.

.Булатов П.К., Буль П.И. - В кн.: Клинико-физиологические исследования бронхиальной астмы. / Л., 1969, 105-111с.

.Булатов П.К., Федосеев Г.Б. Бронхиальная астма. - Медицина, 1975, 366с.

.Вассерман Л.И., Иовлев Б.В. шкала для психологической экспресс-диагностики уровня невротической астении / Методические рекомендации.- Санкт-Петербург,1999, 20с.

.Ведущие направления в диагностике и лечении бронхиальной астмы. / Под ред. К.М. Семёнова, 1985, 252с.

.Дружинин В.Н. Экспериментальная психология: учебное пособие-М.: ИНФРА, 1997, 256с.

.Зейгарник Б.В. Патопсихология. - М.: МГУ, 1986, 288с.

.Иммунокоррекция в пульмонологии. / Под ред. А.Г. Чучалина, М.: Медицина, 1989, 268с.

.Карвасарский Б.Д. Медицинская психология. - Л.: Медицина, 1984, 272с.

.Кокосов А.Н., Осинин С.Г. Разгрузочно-диетическая терапия больных бронхиальной астмой. - Л.: Медицина, 1984, 200с.

.Кондрашенко В.Т., Донской Д.И. Общая психотерапия: - 3-е изд., испр. и допл. - Мн.: Выш.шк., 1998, 463с.

.Куприянов С.Ю. Семейная психотерапия больных бронхиальной астмой. - В кн.: Психогигиена и психопрофилактика./ Под ред. В.К. Мягер, Л., 1983, с.76-84.

.Мясищев В.Н. - в кн.: Роль психического фактора в происхождении, течении, и лечении соматических болезней. / М., 1972, 120-134с.

.Основные направления современной психотерапии. / Под ред. А.М. Боковикова, М.: «Когито-центр», 2000, 379с.

.Платков Е.М. Дифференциальная диагностика и дифференциальная терапия разных форм бронхиальной астмы. - Минск: Беларусь, 1989, 132с.

.Психологический журнал, №11,1998,45с.

.Психотерапия. / Под ред. Б.Д. Карвасарского. - СПб. Изд-во «Питер», 2000, 544с.

.Собчик Л.Н. Диагностика индивидуально-типологических свойств и межличностных отношений, Речь, 2003, 93с.

.Федосеев Г.Б., Хлопотова Г.П. Бронхиальная астма. - М.: Медицина, 1988, 252с.

Чучалин А.Г. Бронхиальная астма. - М.: Медицина, 1985, 144с.

.Шахназаров А.Б. Лечение бронхиальной астмы. - Л.: Медицина, 1981, 210с.

.Шишкин А.Н. Внутренние болезни: распознавание, семиотика, диагностика. - Изд-во «Лань», 1999, 198с.

.Этиология, патогенез, клиника бронхиальной астмы. / Под ред. Федосеева Г.Б., Успенской Р.Э., Л.: ВНИИП, 1989, 186с.

**Приложение 1**



Рис.1 Результаты по методике СМИЛ у больных бронхиальной астмой.

**Приложение 2**



Рис.3 Результаты по методике УНА у больных бронхиальной астмой.

**Приложение 3**



Рис.2 Психограмма, полученная по методике ДМО при обследовании больных бронхиальной астмой.

**Приложение 4**

Таблица

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Методики | Показатели | Испытуемые |
| Диагностика мотивации успеха и боязни неудачи | мотивация на неудачу | 11 |
|  | боязнь неудачи | 9 |
| Диагностика мотиватор социально-психологической активности личности | высокий | 0 |
|  | средний | 3 |
|  | низкий | 17 |

Таблица 1. Диагностика структур мотивации по данным методик: «Диагностика мотивации успеха и боязни неудачи» и «Диагностика мотиватор социально-психологической активности личности» у больных бронхиальной астмой.