

**Связь фрустрации с психосоматическими проявлениями у больных с
бронхиальной астмой**

Жижелева Оксана Андреевна

Студент

Иркутский государственный университет, Факультет психологии, Иркутск, Россия

E-mail: Ognivo.90@mail.ru

В последние годы уделяется большое внимание изучению особенностей течений заболеваний и факторов, влияющих на их формирование.

Отмечено, что за последние 20 лет распространенность такого заболевания как бронхиальная астма возросло среди всех групп населения.[5] Оно так же остается в числе наиболее распространенных патологий человека, и занимает лидирующие позиции среди хронических бронхолегочных заболеваний.

Немаловажную роль в прогнозе и течении этого заболевания отводится психологическому фактору, который рассматривается в контексте психосоматического соотношения в болезни.[1] В нашей работе таким фактором является фрустрация.

Фрустрация – это комплекс негативных эмоциональных переживаний, которые возникают в результате некоего обмана ожиданий, либо – самообмана, вследствие не совсем корректной оценки реальной действительности.[4] Как психическое состояние, фрустрация представляет собой целостные характеристики психической деятельности за определенный период времени.

Признаками фрустрации являются:

- Наличие потребности, мотива, цели, первоначального плана действия.
- Наличие сопротивления (препятствие-фрустратор). Сопротивление может быть внешним и внутренним, пассивным и активным. [2]

Бронхиальная астма - классический пример многофакторно обусловленной болезни, при которой взаимодействуют многочисленные компоненты. [3] В нашей работе мы делаем акцент именно на изучении эмоциональных факторов возникновения и развития заболевания, в частности – на состоянии фрустрации. Однако мы должны отметить, что только такое состояние как фрустрация вряд ли само по себе может создать достаточные условия для развития болезни, но у биологически предрасположенного к ней человека она может привести в действие астматический процесс.

В исследовании приняли участие 24 человека, мужского и женского пола (среднего возраста 31 г.), страдающие заболеванием бронхиальная астма.

В процессе исследования были использованы следующие методики:

1. Методика определения стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса и Рея
2. Шкала реактивной и личностной тревожности Спилбергера — Ханина
3. Методика диагностики уровня социальной фрустрированности Вассермана (модификация Бойко)
4. Тест Розенцвейга. Методика рисуночной фрустрации. Взрослый вариант (модификация Н.В.Тарабриной)
5. Авторская анкета

Результаты исследования показали, что наша гипотеза о том, что состояние фрустрации оказывает влияние на обострение заболевания - подтвердилась. Увеличение числа фрустрирующих ситуаций (при повышении психической уязвимости), возрастание чувства тревоги и эмоциональной напряженности, ригидность отрицательных эмоций составляют единую корреляционную систему с нарушением функции внешнего дыхания и частотой проявления бронхиальной астмы. При возрастании фрустрационной и эмоциональной напряженности усугубляются как психические изменения, так и соматические расстройства.

В ходе исследования нами установлено, что повышенная личностная тревожность по поводу состояния физического здоровья, способствует формированию ипохондрического типа внутренней картины болезни, склонности привлекать внимание окружающих к себе; аффективной ригидности и склонности к трудно исправляемым копинг-стратегиям поведения. В результате этого нарастает устойчивость отрицательных аффектов.

С описанными психическими изменениями тесно связаны частота астматических приступов и их тяжесть. Таким образом, объединяя все вышесказанное, мы можем говорить о том, что астматический процесс соответствует специфическому отношению больного к ситуации болезни. Так, например: чаще всего приступ возникает на какое-либо фрустрирующее обстоятельство вызванное эмоциональным напряжением на создаваемую отягощающую ситуацию, выход из которой заключается в реакции слизистых оболочек органов дыхания на патогенный фактор, а конечная защита происходит в форме сужения дыхательных путей и уменьшения дыхательной поверхности, благодаря чему астматик избегает конфликта путем ухода и изоляции от неё.

Из этого вытекает, что длительность приступов, их тяжесть и частота увеличиваются по мере повышения эмоциональной и фрустрационной напряженности.

Приведенные нами выше данные позволяют наметить подходы к лечению бронхиальной астмы. В схему лечения должна входить не только фармакотерапия, но и психокоррекционные мероприятия, способствующие снижению уровня фрустрации.

Литература

1. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина: Кратк. учебн. / Пер с нем. Г.А. Обухова, А.В. Бруенка; Предисл. В.Г. Остроглазова. М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. - 376 с.
2. А.Лоуэн. Депрессия и тело. Феникс, 2002. - 211 с.
3. Любан-Плоцца Б., Пельдингер В., Крегер Ф. и др. Психосоматические расстройства в общей медицинской практике. СПб., НИ психоневрологический ин-т им. В.М.Бехтерева, 2000.
4. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика: Справочник практического психолога. М.: Изд-во Эксмо, 2005. — 992 с.
5. Чучалина А.Г. По данным официальной медицинской статистики: Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы // под. ред., А.Г. Чучалина и др., Национальный институт здоровья США, 2002.- С 22

Слова благодарности

Слова благодарности в проведении исследования выражаем профессору, доктору медицинских наук Барковой Наталье Петровне.