

ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

© Е. Ю. Галицына

Санкт-Петербургский государственный университет

Резюме. Исследование было посвящено сравнению двух групп детей 8–12 лет: группы детей, страдающих бронхиальной астмой и группы здоровых. Результаты исследования показали значительные различия между этими двумя группами в особенностях реагирования в ситуации фрустрации. Эти различия относятся и к ведущим типам реагирования, и к структуре типов реакций в целом. Полученные данные позволяют говорить о наличии существенных отличий структуры психологической защиты детей, страдающих бронхиальной астмой. Результаты исследования позволяют определить направленность психокоррекционной работы с детьми, страдающими бронхиальной астмой.

Ключевые слова: бронхиальная астма у детей; личностные особенности; психологическая защита; фрустрация; эмоциональный стресс; психосоматическое заболевание.

По оценкам Всемирной организации здравоохранения [14] в настоящее время от астмы страдает 235 миллионов человек. Распространенность бронхиальной астмы среди взрослого населения России колеблется от 5,6% в Иркутске до 7,3% в Санкт-Петербурге [24]. По данным Всероссийского общества пульмонологов, если бронхиальной астмой страдают от 4 до 8% взрослого населения, то у детей этот процент составляет от 5 до 10% [22]. Распространенность бронхиальной астмы среди детской популяции Санкт-Петербурга составляет 7,4% [1]. В целом распространенность этого заболевания среди детского населения выросла за последние десятилетия XX века более чем на 50%, при этом увеличилось число детей с тяжелым течением заболевания [13]. Однако на рубеже веков зарегистрирована стабилизация показателей заболеваемости бронхиальной астмой у детей. Причины этого неясны [21]. В большинстве случаев бронхиальная астма развивается в раннем детстве, до 80% больных заболевают астмой к школьному возрасту. Есть данные о том, что дети, у которых симптомы бронхиальной астмы появились до 7 лет, могут избавиться от них после пубертатного возраста. Однако у большинства больных (особенно с тяжелым течением заболевания) избавления от приступов удушья в процессе взросления не наблюдается [10]. Таким образом, бронхиальная астма является чрезвычайно актуальной проблемой педиатрии, оставаясь в числе самых распространенных хронических детских заболеваний.

Патогенез бронхиальной астмы сложен, и включает в себя как специфические (аллергические), так и неспецифические механизмы, к числу которых относятся и психологические факторы. Многими авторами отмечалось значение психологических

факторов в патогенезе бронхиальной астмы, в механизмах компенсации и декомпенсации болезни [5, 12, 31, 38, 41]. В четвертом издании Национальной программы «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика» 2012 года [21] среди факторов, вызывающих обострение бронхиальной астмы, и/или способствующих сохранению ее симптомов, упоминаются стресс и эмоциональные нагрузки. А также признается актуальным вопрос об организации психологической помощи больным детям и семьям с больными детьми. В связи с этим психологические исследования личности детей с бронхиальной астмой и их семей, разработка на основе этих исследований современных психокоррекционных методик и определение направлений психотерапевтической работы становятся особо актуальными.

В настоящее время существует несколько направлений в изучении роли психологических факторов в этиологии и патогенезе бронхиальной астмы. Так, психоаналитическая интерпретация причин возникновения бронхиальной астмы рассматривает болезнь как символическое выражение крика младенца, обращенного к матери [33]. В целом психодинамический взгляд на происхождение бронхиальной астмы связывает болезнь с пролонгированным конфликтом близости-дистанцирования, вызванным взаимоотношениями с доминирующей матерью. В дальнейшем при нарушении лабильного равновесия между дистанцией и близостью (особенно во взаимоотношениях с окружающими, являющимися для личности доминирующими) наступает астматический приступ. Приступ в данной интерпретации символизирует основной конфликт пациента между эмоциональной опасностью либо слияния, либо дистанцирования от объекта [35].

Взаимоотношениям ребенка, страдающего бронхиальной астмой, и его матери посвящен целый ряд исследований. При этом, рассматривая результаты этих исследований, можно встретить достаточно противоречивые факты. Так, эмоциональные конфликты, связанные с отделением от матери и зависимостью от нее, считаются вторичными к самому заболеванию [37]. Патологическая взаимосвязь между детьми, страдающими бронхиальной астмой, и их матерями указывает на эффект отделения детей от их семей [38]. У больных прекращались приступы даже при наличии аллергена. Автор нашел, что и дети, и их матери боязливы, депрессивны и находятся в состоянии патологической зависимости друг от друга. Именно по вопросу о патологической зависимости от матери детей, страдающих бронхиальной астмой, имеются расхождения у разных авторов. Например, J. Williams [41], сравнивавший детей, страдающих бронхиальной астмой, с детьми с хроническими заболеваниями легких, в противоположность данным A. Meijer [38] установил ухудшение у астматических детей при расставании с матерью. J. Williams утверждает, что угроза разлучения с матерью повышено значима для детей с приступами бронхиальной астмы и является специфической стрессовой ситуацией, которая стимулирует регрессивное поведение (по оценке уровня дыхания).

Помимо вышеуказанных работ, в литературе упоминаются и другие психологические аспекты, взаимосвязанные с процессами компенсации и декомпенсации бронхиальной астмы. Так, J. J. Groen и H. Pelsers [36] уделяли большое внимание сдерживающим реакциям на фрустрирующие воздействия в качестве пускового механизма бронхиальной астмы. П. К. Булатов и Г. Б. Федосеев [5] указывали, что у некоторых больных эмоциональный стресс может приводить к редукции дыхательных нарушений. С. Ю. Куприянов [18] пришел к выводу, что в развитии нервно-психического механизма патогенеза у больных бронхиальной астмой имеют значение акцентуации личности больных, актуальная конфликтность семейных отношений, наличие моделей адаптации к стрессовым ситуациям в семье с помощью психосоматических симптомов у родственников, особенности структуры и функционирования семьи, обеспечивающие «санкционирование» и подкрепление патологической адаптации индивидуума посредством астматических симптомов.

Наряду с данными о специфических взаимоотношениях, в которых находится ребенок, страдающий бронхиальной астмой, многие исследователи сообщают о специфических же чертах личности, присущих больным с приступами астмы. S. Rubin,

L. Moses [40] связывают заболевание бронхиальной астмой с «основной зависимой пассивной личностной структурой». Также, R. Fine [34], J. S. Williams [41] выделяют зависимость в качестве основной личностной особенности больных бронхиальной астмой. Напротив, С. Н. Rogerson [39], утверждая, что астма развивается только у тех лиц, которые обладают «астматической личностью», к характерным чертам ее относил независимость, возбудимость, агрессивность, эгоцентризм, напряженность, быстроту реагирования, сверхтревожность, неудовлетворенность.

Исследуя акцентуации больных психосоматическими заболеваниями, Н. Б. Фельдман [29] обнаружила, что детям и подросткам, страдающим бронхиальной астмой (независимо от пола), свойственен психастенический тип акцентуации характера.

Анализируя данные, встречающиеся в отечественной и зарубежной литературе, о личностных особенностях, сопровождающих заболевание бронхиальной астмой, можно отметить, что чаще всего упоминаются такие черты, как интровертированность, сдержанность, замкнутость, подчинение принятым правилам, длительная фиксация переживаний вне и во время приступов [5, 34], эксплозивность, агрессивные тенденции, раздражительная слабость и конфликтность, «неустойчивость поведения вне приступов» [4, 30].

Г. К. Поппе с соавторами [25], изучая особенности личности детей с аллергическими респираторными заболеваниями, указывают на интровертированность, сдержанность, фиксацию на болезни, раздражительную слабость и неустойчивость, повышенную тревожность как черты личности, характерные для детей, больных бронхиальной астмой.

Баранзаева Д. Ч. [2] отмечает, что психологические особенности детей, страдающих бронхиальной астмой, выражены высоким уровнем реактивной и личностной тревожности, наличием алекситимии. Причем, более высокие показатели их отмечаются у пациентов с тяжелым течением заболевания.

Исследуя психологические особенности личности подростков, страдающих бронхиальной астмой, Русякова Е. Е. [27] выявила в структуре больных подростков такие особенности как низкий уровень общительности, высокая тревожность, сниженный уровень самоконтроля, высокий уровень фрустрированности. Так же отмечается наибольшая выраженность этих показателей у подростков, страдающих тяжелой формой бронхиальной астмы.

Горская Е. А. [11] выявила, что дети и подростки, больные бронхиальной астмой, отличаются большей приверженностью к социальным нормам, повышенной ответственностью, зависимостью от чужого мнения, осторожностью, обедненным репертуаром

проявления чувств и отсутствием спонтанности. Автор отмечает многообразие индивидуально-психологических проявлений и невозможность их унификации, связывая это с несформированностью личностных структур, однако говорит о том, что у подростков, страдающих бронхиальной астмой, прослеживаются нарушения эмоционального характера.

Многочисленные данные о влиянии социально-психологических факторов на формирование личностных особенностей и течения бронхиальной астмы, наличие сходных проблем у больных с этим заболеванием и у больных с другими психосоматическими болезнями, вынуждают многих исследователей сделать вывод о том, что для астматиков не существует специфического профиля личности.

Так, З.Г. Костюнина [17] отметила широкую вариабельность преморбидных психических особенностей больных бронхиальной астмой. Далее В.П. Белов, З.Г. Костюнина, И.И. Сергеев [3] выявили в своих исследованиях целую гамму личностных особенностей, однако им не удалось обнаружить общих черт.

Д.И. Викторова, Ю.М. Губачев, В.И. Симаненков [7] также не смогли выявить специфических личностных структур при психосоматических заболеваниях. Авторы считают оправданным выделение неспецифического психосоматического типа личности, для которого характерно: наличие широкой зоны нарушений в различных системах отношений, неспособность мобилизовать механизмы психологической защиты, низкая фрустрационная толерантность, эгоцентризм и склонность к блокаде внешнего выражения эмоциональных состояний.

В.И. Гарбузов [9] выделяет два типа препсихосоматического радикала у детей. Черты, объединяющие оба типа: максимализм и ригидность, прямолинейность и бескомпромиссность, своеобразное сочетание акцентуаций характера — эпилептоидности и сензитивности; склонность к внутреннему типу переработки отрицательных эмоций; гиперсоциальность с доминированием социально-статусных потребностей над биологическим; высокое чувство личной ответственности, педантизм; повышенная чувствительность к оценке себя другими; гипертрофированное правдолюбие; тревожно-мнительная чувствительность к внешним воздействиям. Автор отмечает, что у детей с психосоматическими состояниями отмечалось постоянное внутреннее напряжение с подавленной экспрессией, переживанием отрицательных эмоций «в себе». Он считает препсихосоматический радикал «ядром проблемы патогенеза психосоматических состояний» и подчеркивает

отсутствие психозащитных тенденций у носителя препсихосоматического радикала, в связи с чем гомеостатические реакции разворачиваются, минуя этап психологической защиты, на патофизиологическом уровне.

Д.Н. Исаев [15, 16] связывает риск возникновения психосоматических расстройств у детей с такими особенностями, как низкий порог чувствительности к раздражителям, высокая интенсивность реакций на внешние раздражители, трудности адаптации к новым впечатлениям с преобладанием отрицательных эмоций. Автор описывает следующие личностные особенности больных психосоматической патологией: замкнутость, сдержанность, недоверчивость, тревожность, сенситивность, склонность к легкому возникновению фрустраций, преобладание отрицательных эмоций над положительными, невысокий уровень интеллектуального функционирования в сочетании с выраженной нормативностью (гиперсоциальностью) и установкой на достижения высоких результатов и т. п.

Таким образом, поднимая вопрос о личностных особенностях детей, страдающих бронхиальной астмой, нельзя обойти вопрос о механизмах психологической защиты личности.

Понятие психологической защиты первоначально возникло в рамках классического психоанализа и связано с работами З. Фрейда и его дочери А. Фрейд. Однажды введенная в работе З. Фрейда «Защитные нейропсихозы» [32] идея защитных механизмов до сих пор часто и продуктивно используется как в психотерапевтической практике, так и при построении и анализе различных теорий личности.

Зигмунд Фрейд описывал механизмы психологической защиты как врожденные механизмы, запускающиеся в экстремальной ситуации и выполняющие функцию снятия внутреннего конфликта между бессознательным и сознанием. В настоящее время психологические защитные механизмы рассматриваются как процесс интрапсихической адаптации личности за счет подсознательной переработки поступающей информации [23]. Многие авторы обращали свое внимание на особенности проявления защитных механизмов у детей. Формы защитного поведения складываются в онтогенезе постепенно. Еще Анна Фрейд полагала, что каждый защитный механизм формируется для овладения конкретным инстинктивным поведением и связан, таким образом, с конкретной стадией детского развития. Е.С. Романова, Л.Р. Гребенников [26] считают механизмы психологической защиты теми первыми интрапсихическими образованиями, которые являются следствием ограниченной спонтанной экспрессии

ребенка. И. М. Никольская и Р. М. Грановская [23] полагают, что побудителем формирования защитных механизмов являются возникающие в процессе онтогенеза различные виды тревоги, типичные для детей. Формирование полноценной системы психологической защиты происходит по мере взросления ребенка, в процессе индивидуального научения и развития.

Изучая особенности проявления психологической защиты у детей, А. Е. Личко [19] в качестве наиболее типичных отмечает: пассивный протест (своеобразный аналог отрицания), оппозицию или активный протест (аналог замещения, регрессии), имитацию (раннюю форму идентификации), эмансипацию (проекцию на себя черт взрослых, борьбу за самоутверждение), компенсацию (аналог рационализации).

И. А. Васильевой была предложена классификация [6], в которой обобщены описанные в литературе варианты механизмов психологической защиты и данные клинических наблюдений. Для унифицированной оценки были выделены четыре типа психологической защиты: вытеснение субъективно значимых тягостных переживаний; переключение активности на менее значимые вопросы; уход от проблем; рационализация, то есть ослабление эмоциональной насыщенности болезненных переживаний в процессе их обдумывания. При этом в группу вытеснения, помимо собственно вытеснения, были отнесены отрицание проблем, связанных с болезнью, и проекция (приписывание другим своих неприятных желаний и мыслей). Рационализация была объединена с обесцениванием (снижение ценности объекта, в отношении которого невозможно реализовать свои стремления), переключение — с экстенсией, под которой подразумевалось, по определению Ю. С. Савенко, «расширение поля личности путем активной деятельности, упорного труда, борьбы, агрессии, захвата». В группу ухода были включены также выжидание, фантазии, перекладывание на других своей вины, обязанностей, регрессия (возвращение к ранним, инфантильным формам поведения), реверсия (сужение поля личности, выражающееся в уступках, самоограничениях). Данная классификация имеет ряд общих черт с типологией видов психологической защиты, разработанной В. А. Ташлыковым [28], который выделяет 11 разновидностей психологической защиты и также объединяет их в 4 группы, используя в качестве критерия группировки степень активности противодействия болезни, трудным ситуациям, стрессу.

При рассмотрении механизмов психологической защиты у ребенка, страдающего хроническим со-

матическим заболеванием, следует отметить, что защитные механизмы, вступающие в действие под влиянием психотравмирующих факторов, сопровождающих заболевание, сложившись в адекватную систему психологической защиты личности, могут препятствовать возникновению психогенных расстройств и способствовать тем самым успешной адаптации к болезни и лечению [8, 20].

Цель проведенного исследования — изучение личностных характеристик и механизмов психологической защиты детей, страдающих бронхиальной астмой, для определения задач дальнейшей психокоррекционной работы.

Экспериментальное исследование проводилось на базе отделения пульмонологии детской областной клинической больницы. Было обследовано 50 детей в возрасте от 8 до 12 лет с диагнозом бронхиальная астма, атопическая форма (из них 4 человека с тяжелым течением заболевания, 15 человек с течением средней тяжести и 31 человек с легким течением). Срок заболевания от 1 года до 10 лет. Контрольную группу составили 50 детей 8–12 лет, не страдающих какими-либо хроническими заболеваниями.

Для экспериментально-психологического исследования были использованы методики: фрустрационной толерантности Розенцвейга, детский апперцептивный тест (САТ), детский личностный опросник Р. Кеттела (СРQ).

В результате исследования фрустрационной толерантности детей с бронхиальной астмой и здоровых были выявлены некоторые различия между этими группами. В частности, у детей с бронхиальной астмой чаще, чем у здоровых ($p < 0,05$), встречались экстрапунитивные реакции с фиксацией на препятствии и реже, чем у здоровых ($p < 0,05$), импунитивные реакции с фиксацией на самозащите.

Структуры типов реакций имели существенные различия. У здоровых детей преобладали реакции с фиксацией на самозащите, реже встречаются реакции с фиксацией на разрешении конфликта и реакции с фиксацией на препятствии. Напротив, у детей с бронхиальной астмой, преобладали реакции с фиксацией на препятствии, реже встречались самозащитные реакции и реакции с фиксацией на разрешении конфликта.

Анализ результатов методики САТ, также выявил некоторые отличия. Так, потребность поиска покровителя, которая, так же как и у здоровых, была выражена достаточно ярко, у детей с бронхиальной астмой часто сочеталась с потребностью в пассивном повиновении (пассивное подчинение силе, принятие судьбы). Потребность в доминировании (герой стремится контролировать, оказывать влияние, направлять поведение) сочеталась с автономией

(желание освободиться от опеки, режима, порядка) и потребностью избегания наказания (сдерживание собственных импульсов с целью избегания наказания, осуждения).

Таким образом, механизмы психологической защиты у детей с бронхиальной астмой включали [6] уход от проблем, выжидание, реверсию, сужение поля личности, выражавшееся в уступках и самоограничениях. Механизмы психологической защиты здоровых детей включали рационализацию, то есть ослабление эмоциональной насыщенности болезненных переживаний в процессе их обдумывания. Т.е. дети с бронхиальной астмой были склонны к вытеснению и уходу, а здоровые — к рационализации и переключению.

Анализ соотношения личностных особенностей и фрустрационной толерантности у детей с бронхиальной астмой позволил установить, что дети с бронхиальной астмой, склонные оценивать фрустрирующую ситуацию как благоприятную для себя, независимы (доминантны), озабочены (склонны к чувству вины) и обладают низким самоконтролем. Это может свидетельствовать о том, что ребенок, больной бронхиальной астмой, имеющий такие качества как доминантность, независимость, стремление к самоутверждению, плохо перенося ситуации, уязвляющие его самолюбие или ставящие под сомнение его авторитет, стремится представить положение как благоприятствующее, интерпретировать его как выгодно-полезное для себя. Вышеуказанное относится и к приступам бронхиальной астмы, если рассматривать их как фрустрирующую ситуацию. То есть дети, страдающие бронхиальной астмой, обладающие такими чертами личности как доминантность, стремление к самоутверждению; озабоченность, чувствительность к замечаниям и порицаниям, ранимость; низкий самоконтроль, могут интерпретировать приступ удушья как благоприятную, полезную ситуацию, позволяющую добиться своей цели. По данному пути происходит закрепление паторефлекторного механизма бронхиальной астмы. Больной ребенок использует свое состояние для достижения значимых целей, что соответствует истероидному варианту развития болезни [18]. Подобное поведение соответствует такому механизму психологической защиты как бегство в болезнь, уход от решения проблем, что подтверждают вышеуказанные результаты исследования. Таким образом, дети с высоким уровнем доминантности, или высокой чувствительностью к замечаниям, или же низким самоконтролем при прочих благоприятствующих условиях являются группой риска в возникновении и закреплении астматических приступов.

Ребенок с бронхиальной астмой, обладающий качеством общительности, в меньшей степени склонен проявлять реакции пассивного «застревания» на фрустрирующей ситуации (что, как выяснилось, в целом присуще детям с бронхиальной астмой) и в большей степени стремится сам разрешить ситуацию. Возможно, это связано с тем, что больной ребенок, имеющий широкий круг общения, в большей степени чувствует поддержку и участие окружающих, чем замкнутый. Ему легче преодолеть собственные страхи и опасения по поводу приступов и он, заручившись поддержкой близких людей, пытается сам контролировать ситуацию. То есть такое качество личности как общительность является фактором, способствующим плодотворной психокоррекционной и психотерапевтической работе с детьми, страдающими бронхиальной астмой.

Дети с бронхиальной астмой, обладающие такими качествами как смелость, решительность, не склонны к реакциям подчеркивания значимости фрустрирующей ситуации. По-видимому, они не боятся искать выход из сложившейся ситуации. Смелые, решительные дети склонны верить в успешное разрешение фрустрирующей ситуации и не стремятся кого-либо обвинять в сложившемся положении. Подобное качество также может благоприятствовать процессу психокоррекции.

Таким образом, психокоррекционные мероприятия при терапии детей с бронхиальной астмой должны быть направлены на формирование у больного ребенка более рациональных способов реагирования в ситуациях фрустрации и более рациональных видов психологической защиты.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Арестова Н.Е.* Распространенность и факторы риска формирования бронхиальной астмы у детей на примере Санкт-Петербурга и Ленинградской области. Дисс... к.м.н. — СПб., 2009. — 153 с.
2. *Баранзаева Д.Ч.* Клиническая эффективность коррекции психологических нарушений в комплексе терапии бронхиальной астмы у детей, обучающихся в астма-школе. Дисс... к.м.н. — Воронеж, 2003. — 141 с.
3. *Белов В.П., Костюнина З.Г., Сергеев И.И.* Аномалии личности при хронических соматических заболеваниях // Закономерные тенденции формирования личности. — М., 1972. — С. 180–192.
4. *Беляева Е.Д., Пэн Р.М.* Нарушения высшей нервной деятельности при бронхиальной астме у детей // Педиатрия. — 1957, № 9. — С. 36–38.
5. *Булатов П.К., Федосеев Г.Б.* Бронхиальная астма. — Л.: Медицина, 1975. — 368 с.

6. *Васильева И.А.* Психическая адаптация больных с хронической почечной недостаточностью к лечению гемодиализом. Дисс... канд. психол. наук. – СПб., 1992. – 191 с.
7. *Викторова Д.И., Губачев Ю.М., Симаненков В.И.* Роль и значение психотерапии при соматических заболеваниях // Вопросы психотерапии. – М., 1977. – С. 22–24.
8. *Воронина С.Н.* Роль психологических факторов в развитии соматического заболевания у детей дошкольного возраста. Автореф. дисс... канд. мед. наук. – Ярославль, 2006. – 18 с.
9. *Гарбузов В.И.* К проблеме этиопатогенеза, клиники, психопрофилактики и лечения психосоматических состояний у детей и подростков // Психиатрические аспекты педиатрии. Ред. Д.Н. Исаева. – Л.: Изд-во ЛПМИ, 1985. С. 62–68.
10. *Генне Н.А.* Актуальность проблемы бронхиальной астмы у детей. // Педиатрия. – 2012. – Т. 91, № 3. – С. 76–82.
11. *Горская Е.А.* Психологические особенности детей и подростков, больных бронхиальной астмой: В связи с задачами профилактики психосоматических расстройств. Дисс... к.п.н. – СПб., 2005. – 165 с.
12. *Звягинцева С.Г.* Бронхиальная астма у детей. – М., 1958. – 208 с.
13. *Илькович М.М., Мусийчук Ю.И., Игнатъев В.А.* с соавт. Болезни органов дыхания и пульмонологическая служба в Санкт-Петербурге. – СПб.: Медицинская пресса, 2004. – 245 с.
14. Информационный бюллетень Всемирной организации здравоохранения N 307, 05.2011 г. (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs307/ru/>).
15. *Исаев Д.Н.* Психосоматические расстройства у детей. Руководство для врачей. – СПб., 2000. – 512 с.
16. *Исаев Д.Н.* Психосоматический подход и модель психосоматических расстройств у детей и подростков // Вестник клинической психологии. – 2003. – Т. 1, № 2. – С. 148–152.
17. *Костюнина З.Г.* К вопросу о преморбидных особенностях больных, страдающих бронхиальной астмой // Терапевтический архив. – 1971. – Т. 43, вып. 8. – С. 113–116.
18. *Куприянов С.Ю.* Роль семейных факторов в формировании вариантов нервно-психического механизма патогенеза бронхиальной астмы и их коррекция методом семейной психотерапии. Автореф. дисс... канд. мед. наук. – Л., 1985. – 20 с.
19. *Личко А.Е., Иванов Н.Я.* Медико-психологическое обследование соматических больных // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1980. – Вып. 8. – С. 1195–1198.
20. *Мамайчук И.И., Соловьева Е.Ю.* Механизмы психологической защиты детей с бронхиальной астмой. Ананьевские чтения: (Тезисы научно-практической конференции «Ананьевские чтения-99») / Под. ред. А.А. Крылова. – СПб.: Издательство СПбГУ, 1999. – С. 320–321.
21. Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика» (четвертое издание). – М.: Оригинал-макет, 2012. – 182 с.
22. Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика» (второе издание). – М.: Русский врач, 2006. – 100 с.
23. *Никольская И.М., Грановская Р.М.* Психологическая защита у детей. – СПб.: Речь, 2010. – 352 с.
24. Основы клинической диагностики: Руководство для врачей / А.Г. Чучалин, Е.В. Бобков. 2-е изд. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 583 с.
25. *Поппе Г.К., Зильберман И.А.* Роль психотерапии в системе реабилитации детей с бронхиальной астмой // Реабилитация больных нервно-психическими заболеваниями и алкоголизмом. Тезисы докладов научной конференции. – Л., 1986. – С. 119–121.
26. *Романова Е.С., Гребенников Л.Р.* Механизмы психологической защиты. Генезис. Функционирование. Диагностика. – Мытищи: Талант, 1996. – 144 с.
27. *Русякова Е.Е.* Психологические особенности личности подростков, страдающих бронхиальной астмой и методы психологической коррекции. Дисс... к.п.н. – СПб., 2004. – 264 с.
28. *Ташлыков В.А.* Внутренняя картина болезни при неврозах и ее значение для терапии и прогноза. Автореф. дис... докт. мед. наук. – Л., 1987. – 26 с.
29. *Фельдман Н.В.* Клинико-психологические особенности больных психосоматическими заболеваниями с неврозоподобными расстройствами в связи с лечебно-реабилитационными задачами. Автореф. дис... канд. мед. наук. – Л., 1988. – 22 с.
30. *Филппов В.Л.* К вопросу о роли социально-психологических факторов при бронхиальной астме // Социально-психологические исследования в психоневрологии. – Л., 1980. – С. 136–142.
31. *Филппов В.Л.* Психосоматические соотношения при бронхиальной астме. Дисс... канд. мед. наук. – Л., 1976. – 12 с.
32. *Фрейд А.* Психология «Я» и защитные механизмы. – М.: Педагогика, 1993. – 144 с.
33. *Alexander F., Flagg G.W.* The psychosomatic Approach // Handbook of Clinical Psychology. – New York, Toronto, London, Sidney, 1965. – P. 37–98.
34. *Fine R.* The personality of the asthmatic child // The asthmatic child / Ed. By H.I. Schneer. – N.Y., 1963. – P. 49–55.
35. *Freyberger H.* Psychology in the hospital // PSY PSY MED. – 1999. – Vol. 49 (7). – P. 252–253.

36. *Groen J.J., Pelsers H.* Experiences with and results of group psychotherapy in-patients with bronchial asthma // *J. Psychosom. Res.* – 1960. – Vol. 4. – P. 191–205.
37. *Knight J.A., McGovern J.P., Haywood T.J., Hsy-Chao D.* Headaches in children. II. The psychological implications of headache in children headache // *The Journal of Head and Face Pain.* – 1962. – Vol.1, Is. 4. – P.30–37.
38. *Meijer A.* Emotional Disorders of Asthmatic Children // *Child Psychiatry and Human Development.* – 1979. – Vol. 9, N 3. – P. 161–169.
39. *Rogerson C.H.* Psychological Factors in Asthma // *British medical journal.* – 1943. – Vol. 4, N 4. – P. 406–407.
40. *Rubin S., Moses L.* Electroencephalographic studies in asthma with some personality correlates // *Psychosomatic Medicine.* – 1944. – Vol 6. – P. 31–39.
41. *Williams S.* Aspects of Dependence/Independence Conflict in Children with Asthma // *J. Child. Psychiat.* – 1975. – Vol. 16. – P. 199.

THE CHILDREN DIAGNOSED WITH BRONCHIAL ASTHMA: PERSONAL PARTICULARITIES AND METHODS OF PSYCHOLOGICAL DEFENSE

Galitsyna Ye.Yu.

◆ **Resume.** The following study compares two groups of children between 8–12 years of age: a group of children diagnosed with asthma and a group of children without any significant health problem. The study results point at significant differences between these two groups when it comes to responding to a frustrating situation. These differences can be seen both in the main reaction types and in the structure of reaction types in general. The results gained show significant differences in the structure of psychological protection by children diagnosed with asthma. The results of this study help to set the direction of the psychological adjustment treatment for the children diagnosed with asthma.

◆ **Key words:** bronchial asthma in childhood; personal features; psychological defense; frustration; emotional stress; psychosomatic illness.

◆ Информация об авторе

Галицына Елена Юрьевна – соискатель кафедры медицинской психологии и психофизиологии. Санкт-Петербургский государственный университет. 199034, Санкт-Петербург, наб. Макарова, д. 6. E-mail: Soley27@mail.ru.

Galitsyna Yelena Yuryevna – Post-graduate student, Department of Medical Psychology and Psychophysiology. Saint-Petersburg State University. 6, Makarova naberezhnaya., St. Petersburg, 199034, Russia. E-mail: Soley27@mail.ru.