



## ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ В СЕМЬЯХ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

© Т.И. Никольская<sup>1</sup>, Е.Ю. Галицына<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова» Минздрава России;

<sup>2</sup>ООО «Немецкая семейная клиника», Санкт-Петербург

*Для цитирования:* Никольская Т.И., Галицына Е.Ю. Дифференцированные направления психологической коррекции в семьях детей, страдающих бронхиальной астмой // Педиатр. – 2017. – Т. 8. – № 4. – С. 105–110. doi: 10.17816/PED84105-110

Поступила в редакцию: 22.05.2017

Принята к печати: 25.07.2017

В статье проанализированы защитные родительские стили, установки и типы семейного воспитания в семьях детей с бронхиальной астмой в сравнении с семьями здоровых детей. В исследовании приняли участие 80 семей. Из них 41 семья с детьми, страдающими бронхиальной астмой (41 мать и 37 отцов) и 39 семей с детьми, не страдающими хроническими заболеваниями (39 матерей и 38 отцов). Выявлено, что отцы детей, страдающих бронхиальной астмой, отличаются воспитательной неуверенностью, а у матерей наблюдаются стойкие воспитательные стереотипы, препятствующие эффективному взаимодействию с ребенком. У матерей детей с бронхиальной астмой преобладают неадаптивные защитные стили, а у отцов искажающие, тогда как у родителей здоровых детей выражены адаптивные защитные стили. С помощью кластерного анализа выделены три группы семей с детьми, страдающими бронхиальной астмой, различающиеся по уровню эффективности семейного функционирования. Определена сопряженность нарушений семейного функционирования и тяжести течения бронхиальной астмы у ребенка. На основании полученных данных описаны дифференцированные направления психокоррекции для семей с детьми, страдающими бронхиальной астмой в зависимости от тяжести течения заболевания ребенка и уровня эффективности семейного функционирования. Проведена пробная программа психокоррекции согласно описанным направлениям. Анализ результатов повторного исследования показал эффективность предложенной программы психокоррекции для семей с детьми, страдающими бронхиальной астмой.

**Ключевые слова:** бронхиальная астма у детей; семейная психокоррекция; семейное функционирование.

## THE DIFFERENTIATED DIRECTIONS OF PSYCHOLOGICAL CORRECTION IN FAMILIES WITH CHILDREN WITH ASTHMA

© T.I. Nikolskaya<sup>1</sup>, E.Y. Galitsyna<sup>2</sup>

<sup>1</sup>FSBEI HE “Academician I.P. Pavlov First St Petersburg State Medical University” of the Ministry of Healthcare of Russia, Russia;

<sup>2</sup>LLC “German Family Clinic”, Saint Petersburg, Russia

*For citation:* Nikolskaya TI, Galitsyna EY. The Differentiated Directions of Psychological Correction in Families with Children with Asthma. *Pediatrician (St Petersburg)*. 2017;8(4):105-110. doi: 10.17816/PED84105-110

Received: 22.05.2017

Accepted: 25.07.2017

The current article analyzes the parental defensive styles, codes and types of upbringing in families with children diagnosed with asthma in comparison with families of healthy children. The study involved 80 families. Of these, 41 families with children with asthma (41 mothers and 37 fathers) and 39 families with children without chronic diseases (39 mothers and 38 fathers). It was revealed that the fathers of children with asthma differ in educational insecurity, and mothers have persistent educational stereotypes that interfere with effective interaction with the child. In mothers of children with asthma, non-adaptive protective styles predominate, and fathers distort, whereas in the parents of healthy children adaptive protective styles are expressed. With the cluster analysis, three groups of families with children with asthma are distinguished, differing in the level of effectiveness of family functioning. The conjugation of violations of family functioning and the severity of the

asthma in a child was determined. Based on the data obtained, differentiated directions of psycho-correction for families with children with asthma are described, depending on the severity of the child's disease and the level of effectiveness of family functioning. A trial program of psychological correction was conducted, according to the described directions. The analysis of the results of the second study showed the effectiveness of the proposed program of psychological correction for families with children suffering from bronchial asthma.

**Keywords:** pediatric asthma; psychological correction in families; family functioning.

## АКТУАЛЬНОСТЬ РАБОТЫ

Бронхиальная астма на сегодняшний день остается одной из актуальных проблем педиатрии в связи с широкой распространенностью и неуклонным ростом заболеваемости у детей, несмотря на достижения в фармакологических методах лечения. В Национальной программе по бронхиальной астме у детей отмечается, что эмоциональный стресс может стать пусковым фактором возникновения бронхиальной астмы, а больным детям и их семьям необходима психологическая помощь [6]. В связи с этим особенно актуальны психологические исследования, направленные на разработку программ психологической помощи детям с бронхиальной астмой и их семьям.

В рамках психодинамического подхода еще в середине XX века были опубликованы работы, посвященные взаимоотношениям ребенка с бронхиальной астмой и его матери. Так, согласно концепции Франца Александера, бронхоспазм имеет защитно-приспособительный характер, чьи корни лежат в особенностях ранних отношений матери и больного ребенка [9]. Астматический приступ, согласно данной концепции, является выражением конфликта, где страх отделения от матери является первичным по отношению к бронхоспазму. Патологическая привязанность матери и ребенка с бронхиальной астмой, отмечаемая многими авторами, трактуется по-разному: ряд авторов отмечают снижение симптоматики при отделении ребенка от матери [12], в других исследованиях, напротив, отмечается повышение угрозы обострения при разлуке с матерью [15].

С.Ю. Куприянов полагал, что в развитии бронхиальной астмы важно учитывать особенности структуры и функционирования семьи ребенка в целом [4]. Автор выделяет 6 типов нервно-психического механизма фиксации приступов бронхиальной астмы: истероподобный, неврастеноподобный, шунтовой, ипохондрический, анозогностический, ложноанозогностический.

В последние десятилетия зарубежные и отечественные исследователи проявили значительный интерес к исследованиям семейного функционирования в семьях детей, страдающих бронхиальной астмой. А.Е. Kazak et al. пишут о том, что ребенок,

страдающий бронхиальной астмой, является вызовом для любой семьи, вследствие чего неизменно повышается уровень психологического стресса и нарушается психологическое функционирование [10]. S. Markson и В.Н. Fiese выявили, что семейные ритуалы, поддерживаемые обоими родителями, могут выполнять защитную функцию и снижать тревожность у детей с бронхиальной астмой [11].

Н.А. Коваленко в своем исследовании связывает конфликтность и противоречивость системы самооценки детей с бронхиальной астмой с их взаимоотношениями с матерью, которую описывает как личность с высоким уровнем тревожности, чувством вины, внутренней конфликтностью [2]. С.Н. Воронина в своем исследовании выделяет факторы семейного функционирования, которые носят патогенный характер и способствуют развитию бронхиальной астмы у детей: высокий уровень ориентации на достижения, высокое значение морально-нравственных аспектов, гиперопека и эмоциональное отвержение со стороны матери [1]. В работах Н.А. Кравцовой подчеркивается наличие неадекватных типов семейного воспитания в семьях детей с бронхиальной астмой [3].

В последние десятилетия отмечается значительный интерес к мультидисциплинарным исследованиям бронхиальной астмы, особенно в работах зарубежных авторов [13, 14]. Они затрагивают вопросы сотрудничества семьи больного с лечащим врачом, личностные особенности матерей, влияние эмоциональных нарушений матери на течение болезни ребенка. Однако данные исследований демонстрируют в большей степени влияние социальных факторов на качество жизни семьи больного ребенка, не раскрывая всей системы его взаимоотношений с ближайшим окружением.

Таким образом, несмотря на значительное число исследований родительско-детских отношений в семьях детей с бронхиальной астмой, наблюдается фрагментарность выводов без учета комплекса факторов: тяжести заболевания ребенка, особенностей защитных механизмов личности родителей и особенностей родительских установок. В связи с этим представляется особенно актуальным проведение комплексных исследований семей детей, страдающих бронхиальной астмой.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ РАБОТЫ**

*Целью* данного исследования стало определение направлений психокоррекции для семей детей, страдающих бронхиальной астмой. Обследование детей, страдающих бронхиальной астмой, и их семей проводилось на базе педиатрического отделения «Немецкой семейной клиники» (Санкт-Петербург). Обследование детей и родителей контрольной группы проводилось на базе школы № 188 г. Санкт-Петербург.

Всего было обследовано 275 человек: 120 детей и 155 родителей (80 семей). Из них 60 детей, страдающих бронхиальной астмой, и 41 их семья (в двух семьях диагноз бронхиальная астма имели двое детей). В исследовании приняли участие 41 мать и 37 отцов детей с бронхиальной астмой. В контрольную группу вошли 60 детей и 39 их семей: 39 матерей и 38 отцов. Распределение обследованных детей по полу являлось равнозначным в обеих группах. Возраст всех обследованных детей составил от 8 до 12 лет, средний возраст 9,3. В исследовании основной группы приняли участие дети с диагнозом «бронхиальная астма», атопическая форма разной степени тяжести (см. табл. 1). Срок заболевания составил от 1 года до 10 лет.

В исследовании были использованы клинико-психологические методы (направленные беседы с родителями и детьми, метод наблюдения, клинико-биографический анализ семьи, анализ медицинской документации), а также психодиагностические методики: опросник структуры психологических защит М. Бонда в адаптации Туник Е.Е. [7], методика изучения родительских установок (Parental Attitude Research Instrument — PARI) [5], опросник «Анализ семейных взаимоотношений» Э.Г. Эйдемиллера и В.В. Юстицкиса [8].

Статистическая обработка результатов проводилась при помощи пакета статистических программ Microsoft Excel, IBM SPSS Statistics 17. Использовались однофакторный дисперсионный анализ и кластерный анализ. Значимость различий и достоверность корреляционных связей определялась при достижении уровня  $p \leq 0,05$ .

Таблица 1

Распределение детей с бронхиальной астмой по степени тяжести

Степень тяжести течения заболевания	Количество, % (чел.)
Тяжелая	8 % (5 чел.)
Средняя	28 % (17 чел.)
Легкая	64 % (38 чел.)

**РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ**

Для оценки эффективности семейного функционирования были исследованы родительские установки, типы семейного воспитания и особенности психологической защиты родителей детей, страдающих бронхиальной астмой, и их здоровых сверстников.

Исследование родительских установок по методике PARI выявило, что у отцов детей с бронхиальной астмой, в сравнении с отцами контрольной группы, достоверно ниже показатели по шкалам «вербализация» и «подавление агрессивности». У матерей детей с бронхиальной астмой достоверно выше, чем у матерей контрольной группы, показатели по шкалам «зависимость от семьи», «ощущение самопожертвования», «подавление сексуальности», «чрезвычайное вмешательство в мир ребенка». И у отцов, и у матерей детей с бронхиальной астмой достоверно выше показатели по шкале «излишняя строгость», чем у родителей детей контрольной группы. По шкале «исключение внесемейных влияний», «сверхавторитет родителей» и «безучастность мужа» показатели отцов детей с бронхиальной астмой достоверно ниже, чем отцов здоровых детей, а показатели матерей детей с бронхиальной астмой достоверно выше, чем матерей здоровых детей. Анализ внутрисемейного взаимодействия показал, что в родительских установках у родителей, чьи дети страдают бронхиальной астмой, показатель «чрезмерная забота» достоверно выше у отцов, чем у матерей. В семьях здоровых детей таких различий не выявлено. Показатели «подавление воли», «излишняя строгость», «подавление агрессивности» в семьях детей с бронхиальной астмой достоверно выше у матерей в сравнении с отцами. В семьях здоровых детей различий по данным показателям не выявлено. Показатели «исключение внесемейных влияний», «сверхавторитет родителей», «безучастность мужа» достоверно выше у матерей в семьях детей с бронхиальной астмой и достоверно выше у отцов в семьях здоровых детей.

В типах воспитания и у отцов, и у матерей детей с бронхиальной астмой достоверно выше показатели по шкалам «гиперпротекция» и «фобия утраты», чем у родителей здоровых детей. У отцов детей с бронхиальной астмой достоверно выше, чем у отцов здоровых детей, показатели по шкалам «недостаточность обязанностей», «неустойчивость стиля воспитания», «воспитательная неуверенность». У матерей детей с бронхиальной астмой достоверно выше показатели по шкалам «потворствование», «расширение сферы родительских чувств», «предпочтение детских качеств», «предпочтение женских

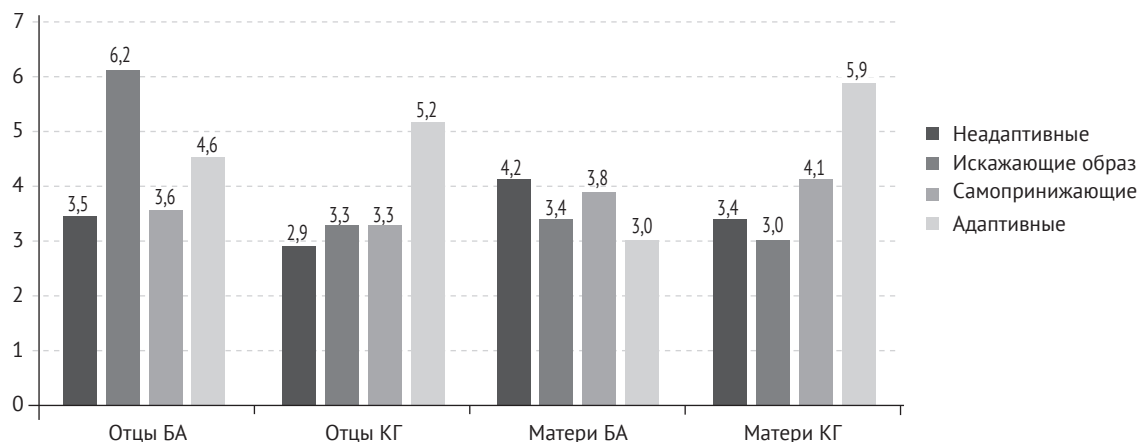


Рис. 1. Особенности психологической защиты родителей исследуемых групп

качеств» и достоверно ниже, чем у матерей группы здоровых детей, показатели по шкале «воспитательная неуверенность». Анализ внутрисемейных типов воспитания показал, что в семьях здоровых детей у отцов достоверно чаще, чем у матерей, выявляется гипопротекция. В семьях детей с бронхиальной астмой такой разницы нет. В семьях детей с бронхиальной астмой у отцов достоверно выше, чем у матерей, показатели «минимальность санкций», «неустойчивость стиля воспитания». А также у матерей достоверно выше показатель «предпочтение женских качеств». В семьях здоровых детей достоверных различий между родителями по данным показателям нет. Показатель «воспитательная неуверенность» достоверно выше у отцов в семьях детей с бронхиальной астмой и у матерей в семьях здоровых детей.

Полученные данные указывают, что отцы детей, страдающих бронхиальной астмой, отличаются воспитательной неуверенностью, а у матерей наблюдаются стойкие воспитательные стереотипы, препятствующие эффективному взаимодействию с ребенком.

Исследование психологических защит родителей проводилось по методике «Опросник структуры психологических защит» [7]. Психологические защиты разбиты на четыре группы, названные защитными стилями: 1) слабоадаптивные (неэффективные); 2) психологические защиты, искажающие образ; 3) самопринижающие психологические защиты; 4) эффективные, адаптивные психологические защиты.

Полученные результаты представлены на рисунке 1.

Как показал анализ полученных данных, у отцов детей с бронхиальной астмой на достоверном уровне ( $p \leq 0,01$ ) выражены искажающие защитные стили, в отличие от отцов контрольной группы, что

отражает умеренно эффективные невротические защиты. У матерей детей с бронхиальной астмой достоверно чаще ( $p \leq 0,01$ ), чем у матерей здоровых детей, наблюдается неадаптивный стиль психологических защит, что проявляется в таких поведенческих радикалах, как соматизация, регрессия, избегание, ипохондрия, пассивная агрессия. Показатели адаптивных защит, связанные с эффективным преодолением жизненных трудностей, у матерей детей с бронхиальной астмой достоверно ниже ( $p \leq 0,01$ ), чем у матерей здоровых детей. По остальным факторам достоверных различий не выявлено. Однако анализ тенденций показывает, что у родителей контрольной группы преобладают адаптивные защиты, а остальные три блока имеют практически одинаковые уровни, уровень адаптивных защит у отцов детей с бронхиальной астмой выше, чем у матерей.

На основе полученных данных мы предположили наличие нескольких типов семей детей, страдающих бронхиальной астмой, различающихся по особенностям семейного функционирования и психологических защит личности родителей. Для объективизации данных, с целью выделения групп семей для дальнейшей психокоррекционной работы, нами был проведен кластерный анализ.

Кластерный анализ проводился на основе факторов семейного функционирования: неадаптивные защиты матерей, зависимость от семьи матерей, исключение внесемейных влияний матерей, фобия утраты матерей, гиперопека матерей и воспитательная неуверенность отцов. Проведенный кластерный анализ позволил выделить три группы семей: в первую группу вошли 8 семей (20,5 %) со слабо выраженными нарушениями семейного функционирования, во вторую 24 семьи (61,5 %) с умеренными нарушениями семейного функционирования, в третью 7 семей (18 %) со значительными нарушениями семейного функционирования.



Анализ различий между выделенными группами в особенностях семейного функционирования, типах семейного воспитания, психологических защитах родителей и детей показал следующее. У родителей первой группы преобладали адаптивные защитные стили, адекватная оценка возможностей ребенка, наблюдались умеренные тревожные реакции и умеренная гиперопека ребенка со стороны обоих родителей. Во второй группе наблюдалось искажение образа ребенка, недостаточное понимание потенциальных возможностей ребенка, тенденция к симбиотической связи с ребенком на фоне повышенной тревожности, высокая эмоциональная концентрация на проблемах ребенка, неустойчивая интеграция семьи, гиперпротекция со стороны обоих родителей. В третьей группе у обоих родителей преобладали неадаптивные защитные стили и искажение образа больного ребенка с тенденцией к инфантилизации; недостаточное понимание потребностей и интересов ребенка; высокое эмоциональное напряжение у обоих родителей, особенно у матерей, с фобией утраты ребенка, наличие эмоциональной дистанции с ним, а также слабая интегрированность семьи, высокая частота семейных конфликтов, вспыльчивость и раздражительность по отношению к ребенку.

Исследование сопряженности выявленных групп с тяжестью течения заболевания детей дало положительные результаты. В первую группу, со слабо выраженными нарушениями семейного функционирования, вошли 75 % семей с детьми с легкой бронхиальной астмой и 25 % семей с детьми со среднетяжелой астмой; во вторую группу с умеренными нарушениями семейного функционирования вошли 25 % со среднетяжелой астмой и 75 % с легкой бронхиальной астмой; в третью группу со значительными нарушениями семейного функционирования вошли 14,3 % семей с детьми с легкой бронхиальной астмой, 57,1 % семей с детьми со среднетяжелой бронхиальной астмой и 28,6 % семей с детьми с тяжелой бронхиальной астмой.

На основании выявленных особенностей были предложены дифференцированные направления психологической коррекции для каждой из групп семей. Для первой группы, со слабо выраженными нарушениями семейного функционирования, основными направлениями психокоррекции являются формирование партнерских отношений в системе ребенок-родитель, формирование установок на активизацию и самостоятельность ребенка, снижение уровня родительской тревожности в связи с заболеванием ребенка. Для родителей второй группы, с умеренными нарушениями семейного функционирования, основными направлениями психокоррекции являются формирование адекватных представлений о ребенке и его потенциальных возможностях, формирование позитивных установок у родителей на лечебный про-

цесс, на согласованность стилей воспитания, снижение эмоционального напряжения. Для родителей третьей группы, со значительными нарушениями семейного функционирования, важным направлением семейной психокоррекции являются осознание и преодоление неадаптивных и искажающих психологических защитных стилей, формирование адекватных родительских установок на проблемы ребенка, его потенциальные возможности и перспективы; обучение родителей поведенческим стратегиям с целью повышения их стрессоустойчивости.

В разработанной нами программе психокоррекции приняли участие 6 семей детей, страдающих бронхиальной астмой. Из них 1 семья относилась к первой группе (ребенок страдает легкой бронхиальной астмой), 3 семьи относились ко второй группе (дети со среднетяжелой бронхиальной астмой), 2 семьи относились к третьей группе (дети страдают тяжелой бронхиальной астмой). Программа проводилась в течение трех месяцев и включала индивидуальные занятия с членами семьи, групповые занятия с членами одной семьи и групповые занятия с членами нескольких семей. Анализ результатов повторного исследования после проведенной с шестью семьями программы психокоррекции выявил позитивные сдвиги в особенностях эмоционального реагирования детей на конфликт, в системе отношений ребенок-родитель, а также в формировании у родителей адекватных способов общения с ребенком.

## ВЫВОДЫ

- Сравнительный системно-структурный анализ семей со здоровыми детьми и детьми, страдающими бронхиальной астмой, показал наличие существенных различий в стилях семейного воспитания и родительских установках. В семьях детей с бронхиальной астмой у обоих родителей наблюдаются достоверно более высокие показатели гиперпротекции и фобии утраты ребенка, чем в семьях здоровых детей. Матери детей с бронхиальной астмой отличаются достоверно более высокими показателями авторитарности, категоричности, а также ригидными воспитательными стереотипами в отличие от матерей здоровых детей. У отцов детей с бронхиальной астмой доминирует воспитательная неуверенность, чего не наблюдается в семьях здоровых детей.
- На основе кластерного анализа выделены три группы семей с детьми, страдающими бронхиальной астмой, различающихся по уровням эффективности семейного функционирования. Выявлена сопряженность этих групп с тяжестью течения заболевания ребенка. Эти данные подчеркивают взаимосвязь тяжести заболевания ребенка и эффективности семейного функционирования.

- На основе полученных данных разработаны направления дифференцированной семейной психокоррекции для выделенных групп семей. В определении направлений психокоррекционных программ для детей, страдающих бронхиальной астмой, и их семей, большое значение имеют факторы семейного функционирования.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Воронина С.Н. Роль психологических факторов в развитии соматического заболевания у детей дошкольного возраста: На примере бронхиальной астмы: Дис. ... канд. психол. наук. – Ярославль, 2006. – 180 с. [Voronina SN. The role of psychological factors in the development of somatic disease in preschool children: On the example of bronchial asthma. [dissertation] Yaroslavl'; 2006. 180 p. (In Russ.)]
2. Коваленко Н.А. Эмоциональный и телесный опыт ребенка с бронхиальной астмой: Дис. ... канд. психол. наук. – М., 1998. – 227 с. [Kovalenko NA. Emotional and corporal experience of a child with asthma. [dissertation] Moscow; 1998. 227 p. (In Russ.)]
3. Кравцова Н.А. Роль детско-родительских отношений в формировании психосоматических нарушений у детей и подростков (динамическая модель психосоматического дизонтогенеза) // Сибирский психологический журнал. – 2005. – № 22. – С. 13. [Kravtsova NA. The role of child-parent relations in the formation of psychosomatic disorders in children and adolescents (dynamic model of psychosomatic dysontogenesis). *Sibirskiy psikhologicheskii zhurnal*. 2005;(22):13. (In Russ.)]
4. Куприянов С.Ю. Роль семейных факторов в формировании вариантов нервно-психического механизма патогенеза бронхиальной астмы и их коррекция методом семейной психотерапии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Л., 1985. – 20 с. [Kupriyanov SYu. The role of family factors in the formation of variants of the neuropsychological mechanism of the pathogenesis of bronchial asthma and their correction by the method of family psychotherapy. [dissertation] Leningrad; 1985. 20 p. (In Russ.)]
5. Шефер Е.С., Белл Р.К. Методика PARI (адаптация Нешчерет Т.В.) / Психологические тесты. Ред. А.А. Карелин – М., 2001. – Т. 2. – С. 130–143. [Shefer ES, Bell RK. Methodology PARI, adap by Neshcheret T.V. In *Psikhologicheskie testy*. Ed by A.A. Karelin. Moscow; 2001. Vol. 2. P. 130-143. (In Russ.)]
6. Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактики». – 4-е изд. – М.: Оригинал-макет, 2012. – 182 с. [National Program "Bronchial asthma in children. The strategy of treatment and prevention". 4th ed. Moscow: Original-maket; 2012. 182 p. (In Russ.)]
7. Туник Е.Е. Психологические защиты. Тестовая методика. – СПб.: Речь, 2010. – 219 с. [Tunik EE. Psychological defenses. Test Methodology. Saint Petersburg: Rech'; 2010. 219 p. (In Russ.)]
8. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.В. Психология и психотерапия семьи. – 4-е изд. – СПб.: Питер, 2008. – 672 с. [Eydemiller EG, Yustitskis VV. Psychology and psychotherapy of the family. 4th ed. Saint Petersburg: Piter; 2008. 672 p. (In Russ.)]
9. Alexander F, Flagg GW. The psychosomatic Approach. Handbook of Clinical Psychology. New York; Toronto; London; Sidney: McGraw-Hill; 1965. P. 37–98.
10. Kazak AE, Segal-Andrews AM, Johnson K. Pediatric psychology research and practice: A family/systems approach. Roberts M. (ed.). Handbook of pediatric psychology. 2nd ed. New York: Guilford Press; 1995. P. 84-104.
11. Markson S, Fiese BH. Family rituals as a protective factor for children with asthma. *Journal of Pediatric Psychology*. 2000;25(7):471-479. doi: 10.1093/jpepsy/25.7.471.
12. Meijer A. Emotional Disorders of Asthmatic Children. *Child Psychiatry and Human Development*. 1979;9(3):161-169. doi: 10.1007/BF01433479.
13. Ringlever L, Hiemstra M, Engels RC, et al. The link between asthma and smoking explained by depressive feelings and self-efficacy. *Journal of Psychosomatic Research*. 2013;74:505-510. doi: 10.1016/j.jpsychores.2013.03.002.
14. Robinson PD, Asperen PV. Asthma in Childhood. *Pediatr Clin*. 2009;56:191-226. doi: 10.1016/j.pcl.2008.10.008.
15. Williams S. Aspects of dependence/independence conflict in children with asthma. *J Child Psychiat*. 1975;16:199. doi: 10.1111/j.1469-7610.1975.tb01270.x.

### ◆ Информация об авторах

Татьяна Ивановна Никольская – канд. мед. наук, доцент, кафедра педиатрии. ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург. E-mail: t.nikol@mail.ru.

Елена Юрьевна Галицына – отделение психологии. ООО «Немецкая семейная клиника», Санкт-Петербург. E-mail: soley27@mail.ru.

### ◆ Information about the authors

Tatyana I. Nikolskaya – MD., PhD, Associate Professor. Department of Pediatrics. FSBEI HE "Academician I.P. Pavlov First St Petersburg State Medical University" of the Ministry of Healthcare of Russia, Saint Petersburg, Russia. E-mail: t.nikol@mail.ru.

Elena Yu. Galitsyna – Department of Psychology. LLC "German Family Clinic", Saint Petersburg, Russia. E-mail: soley27@mail.ru.