

Психологічні особливості дітей та підлітків, що хворіють на бронхіальну астму

Д. М. Харченко, О. Ю. Ізвєкова

Черкаський національний університет імені Б. Хмельницького, Черкаси, Україна
Corresponding author. E-mail: nightwish@bigmir.net

Paper received 25.02.19; Accepted for publication 10.03.19.

<https://doi.org/10.31174/SEND-PP2019-196VII78-15>

Анотація. У статті на основі скринінгового дослідження проаналізовано психологічні характеристики дітей і підлітків, що страждають на бронхіальну астму. Отримані результати дають підстави стверджувати: підлітки з бронхіальною астмою схильні контролювати поведінкові прояви емоційних реакцій, причому цей контроль обумовлений більшою нормативністю поведінки, конформністю, залежністю від думки оточуючих.

Ключові слова: психосоматичні розлади, бронхіальна астма, копінг-стратегії, екстрапунітивні реакції, адаптація, фрустрація, тривожність.

Актуальність. Особлива роль у розвитку психосоматичних розладів належить базовим психофізіологічним структурам реагування, що формуються в дитячому віці, і можуть стати в подальшому основою формування багаторівневих функціональних патологічних систем, так званих структурних аттракторів хвороби (Ананьєв В.А., Симаненко В.І., 1998; Ісаєв Д.Н., 1996) [7, 8, 13].

Бронхіальна астма є класичним прикладом поліетіологічного захворювання, в патогенезі якого взаємодіють різноманітні компоненти: психосоматичні, інфекційні та алергійні. (Ісаєв Д.Н. 2003; Малкіна-Пих І. Г. 2003; Меерсон Ф.З. 1993; Єлісеєва М.В. 2001; Менделевич В.Д., Соловйова С.Л. 2003 Fishman S., Hoobbs K., Borish L., 1996) [1, 8].

За даними Всеукраїнського наукового товариства пульмонологів на бронхіальну астму страждають від 4 до 8% населення, у дорослих захворюваність коливається в межах 5%, а у дітей досягає 5-10%. Бронхіальна астма є причиною значного зниження якості життя людини, нерідко призводячи до інвалідності і навіть до летальних наслідків, особливо в підлітковому віці (Балаболкин І.І. 2003; Геппе Н.А., Каганов С.Ю. 2002, Lamer E., 1988; Matsui T., 1990). Причому, за даними медичної статистики серед дітей та підлітків, хворих на бронхіальну астму, переважають особи чоловічої статі. (Ісаєв Д.Н., 2003; Лапін К. 2003; Менделевич В.Д., Соловйова С.Л. 2002)[5, 8, 11].

Незважаючи на безліч досліджень психосоматичних співвідношень у дітей і підлітків, хворих на бронхіальну астму, залишається не до кінця вивченим включення в етіопатогенез особливостей емоційного реагування, психологічних захистів, копінг-стратегій та інших соціально-психологічних феноменів. Крім цього слабо вивчений зв'язок внутрішньої картини хвороби з віком дитини, способи захисту в умовах несприятливих психологічних обставин, характер реакцій на захворювання. У зв'язку з цим актуалізується завдання дослідження вкладу індивідуально-психологічних особливостей дітей і підлітків у формування патологічної психосоматичної функціональної системи. З огляду на істотне переважання серед дітей і підлітків, що страждають на бронхіальну астму осіб чоловічої статі (1: 3), виникає необхідність більш глибокого вивчення саме цієї групи хворих. Аналіз клініко-психологічних характеристик дітей різних вікових категорій, здорових і хворих, дозволяє більш повно вивчити компоненти патологічної психосоматичної системи, що, в свою чергу, дає можливість оптимізувати заходи щодо профілактики і своєчасної корекції факторів, що посилюють перебіг подібного захворюван-

ня (Ананьєв В.А., 1999) [1, 4, 5].

Методи і методики дослідження. Вибір психологічних методик дослідження визначається цілями і завданнями з урахуванням особливостей віку обстежуваних. Для підлітків і молоді використовуються наступні психодіагностичні методики: опитувальник Міні-мульти; шкала самооцінки (Спилбергера-Ханіна); шкала агресії Спилбергера (STAXI); Торонтська алекситимічна шкала (TAS); опитувальник Лірі; опитувальник «Індекс життєвого стилю» («LSI») Kellerman-Plutchik; методика визначення копінг-стратегій Е. Heim; опитувальник SF-36 (автор - John E.) і вегетативний опитувальник М.Є. Сандомірського[12].

Для молодших школярів використовуються переважно проєктивні тести: проєктивна методика «Будинок. Дерево. Людина», автор J. Buck, в модифікації Г.Т. Хоментаскас; методика «Де живуть почуття?»; тест «малюванням фрустрації» С. Розенцвейга, а також опитувальник копінг-стратегій для дітей молодшого шкільного віку, розроблений N.M. Ryan, в модифікації І.М. Микільської, І.М. Грановської; шкала явної тривожності для дітей CMAS [6, 15].

Статистична обробка даних проводилася за допомогою пакету прикладних програм STATISTICA 6.0. Відповідно до прийнятих в статистиці алгоритмів для виявлення відмінностей між рядами кількісних ознак використовувалися непараметричні критерії (критерій Манна-Уїтні, Фішера). Зв'язок рядів змінних оцінюється шляхом розрахунку коефіцієнта кореляції за Пірсоном. Для уточнення структури зв'язків психодіагностичних показників проводиться факторний аналіз. Для виявлення психодіагностичних симптомомплексів у підлітків з різним станом здоров'я, з метою формування діагностичного опитувальника, використовується алгоритм пошуку логічних закономірностей і їх зв'язків в масивах даних за допомогою системи WizWhy.

Виклад основного матеріалу. Результати дослідження емоційної сфери підлітків і дітей молодшого шкільного віку показують, що хворі і здорові практично не відрізняються за показниками тривожності і агресії (хоча показано кількісне переважання підлітків зі зменшеними значеннями аутоагресії і гетероагресії серед хворих БА). Але, виявлене за допомогою проєктивної методики (Будинок, дерево, людина) підвищене значення несвідомої тривожності у молодших школярів з БА дозволяє припускати, що такого характеру тривога властива і хворим підліткам. Встановлено також, що переживання неусвідомлюваної тривоги не пов'язане безпосередньо зі здатністю вербалізувати свої почуття

(за результатами торонтської алекситимічної шкали (TAS) хворі і здорові підлітки не відрізняються). Аналіз результатів проєктивної методики «Де живуть почуття?» показав, що хворі діти рідше вибирають негативні емоції і почуття, а частіше - позитивні, що побічно свідчить про те, що хворі на бронхіальну астму діти заперечують прояв негативних емоцій і більш схильні до вираження соціально прийнятних позитивних емоцій. [9, 10]

При дослідженні клініко-психологічних характеристик особистості хворих підлітків за допомогою методики Міні-мулт виявлені достовірні відмінності в досліджуваних групах по 3-м шкалами: 4-а шкала - психопатії, 6-а шкала - ригідності афекту, 8-а шкала - аутизації. За всіма цими шкалами хворі на астму мають більш низькі значення.

Отримані результати свідчать на користь робочої гіпотези дослідження, а саме: підлітки з бронхіальною астмою схильні контролювати поведінкові прояви емоційних реакцій, причому цей контроль обумовлений більшою нормативністю поведінки, конформністю, залежністю від думки оточуючих.

В результаті дослідження адаптаційних механізмів у підлітків, які страждають на бронхіальну астму, виявлено, що контроль поведінкових компонентів емоційних реакцій не обумовлюється специфікою механізмів психологічного захисту (не виявлено достовірних відмінностей даних, отриманих при використанні методики «Індекс життєвого стилю» Каллермана-Плутчика), а існуюча структура захисних механізмів не дозволяє пом'якшити психоемоційне напруження.

На рівні свідомої стратегії подолання стресу у хворих на бронхіальну астму підлітків відзначаються ті ж механізми контролю за власними емоціями, небажання здатися оточуючим в негативному світлі, невпевненість в собі, стомлюваність установок (унікнення). Достовірно частіше підлітки, хворі на астму, використовують стратегію активного уникнення - «Намагаюся не думати, всіляко уникаю зосереджуватися на неприємності» і «збереження самовладання», - «Я не втрачаю самовладання і контролю над собою у важкі хвилини і намагаюся не показувати свого стану», і достовірно рідше, ніж здорові, - копінг-стратегію «пошук сенсу» - «Я надаю своїм труднощам особливий сенс, долаючи їх, я вдосконалююсь сам».

В результаті статистичної обробки даних по тесту копінг-стратегій для молодших школярів показано, що вже у дітей молодшого шкільного віку, хворих на бронхіальну астму, можна спостерігати риси нормативності, прихильності соціальним установкам, незважаючи на прагнення активним способом вирішити проблемні ситуації. Серед способів поведінки, що допомагають впоратися з напругою, хворі діти частіше здорових ($p < 0,05$) називають стратегію «прошу вибачення або говорю правду», і рідше - «мрію, уявляю собі що-небудь».

Вивчення фрустраційної реакції у молодших школярів за допомогою методики Розенцвейга показало, що найбільш часта реакція на фруструючі події в обох досліджуваних групах - зовнішня направленість. Але у дітей в експериментальній групі значно рідше відзначаються екстрапунітивні і імпульсивні реакції з фіксацією на самозахисті (по типу «ніхто не винен»). Хлопчики, хворі на бронхіальну астму, частіше, ніж здорові, реагують на фрустрацію за типом реакції «фіксація на перешкоді». Виявляються характеристики «схильність до стресів» і «не реагування по зовнішньо звинувачуваль-

ному типу» у хворих на бронхіальну астму досить стійкі і спостерігаються як у дітей молодшого шкільного віку, так і у підлітків і юнаків.

За даними опитувальника Лірі підлітки, які страждають на бронхіальну астму, частіше оцінюють себе як залежно-слухняний (реальний) і відповідально-великодушний (реальний) і в той же час заперечують такі риси, як відповідально-великодушний, характеризуючи свій ідеальний образ.

Оцінки самопочуття і якості життя підлітків, отримані за допомогою опитувальника SF 36, відображають суб'єктивне сприйняття свого здоров'я і якості життя хворими і здоровими і достовірно різняться за такими шкалами опитувальника: фізичне функціонування, рольові обмеження, пов'язані з фізичним функціонуванням, фізичний біль, загальне здоров'я, соціальне функціонування. У порівнянні зі здоровими однолітками хворі на бронхіальну астму відчувають більше обмежень у виконанні певних фізичних навантажень (біг, підняття важких предметів і т.п.), виконують менше повсякденної роботи, ніж їм хотілося б, при тому, що це вимагає у них додаткових зусиль. Хворі підлітки більш чутливі до болю (не пов'язаної з основним захворюванням). Незважаючи на тривалу ремісію, більшість з них оцінюють своє здоров'я як «посереднє» і «погане». Через свій емоційний і фізичний стан підлітки і юнаки з астмою менш соціально активні, рідше спілкуються з друзями.

Для визначення ставлення до хвороби і здоров'я молодших школярів використовувався кольоровий тест відносин. Результати його аналізу показали, що для більшого числа дітей з контрольної групи здоров'я пов'язано з позитивними емоціями і добрим ставленням до них з боку оточуючих, з лікуванням, при прояві різних нездужань. З результатів тестування слідує, що, хоча хвороба дітей з бронхіальною астмою не пов'язана з отриманням особливих благ і позитивних емоцій, вона має велике емоціогенне значення для дитини.

Підлітки і юнаки, хворі на бронхіальну астму, частіше вказують на проблеми, пов'язані з функціями вестибулярного апарату (запаморочення), на порушення функціонування дихальної системи (відчуття задишки з утрудненням видиху, напади задухи) - цей пункт безпосередньо пов'язаний з симптомами основного захворювання, порушення сну (безсоння; неспокійний, короткий сон; багато сновидінь). Всі ці ознаки прямо говорять про вегетативні дисфункції і свідчать, скоріше, про домінування парасимпатичного відділу вегетативної нервової системи у підлітків і юнаків хворих на бронхіальну астму.

Викладені вище результати клініко-психологічного обстеження дають підстави стверджувати, що підлітки і юнаки з бронхіальною астмою відрізняються від своїх здорових однолітків якісними особливостями емоційного реагування. Причому, ці особливості формуються в ранньому віці і виявляються вже у молодших школярів. Ці особливості зводяться до того, що емоційне переживання не реалізується в зовнішній поведінці, як це відбувається у їх здорових однолітків. Емоції інтелектуально контролюються, простіше кажучи, зовнішнє вираження емоційних проявів гальмується або блокується. Такий патерн поведінки у хворих проявляється їх більшою прихильністю соціальним нормам, залежністю від чужої думки, невпевненістю в собі. Цим визначаються аспонтанність поведінки, обережність, скутість, емоційна стриманість. У суб'єктивному переживанні - це почуття підвищеної відповідальності, від якого хотілося б позбутися.

Найімовірніше, така поведінка формується в зв'язку зі специфікою виховання в сім'ях хворих на астму дітей: гіперопіка або домінуюча матір, яка контролює емоційні прояви дитини, пригнічує спонтанність поведінки і прояви почуттів. В результаті невідреаговані природним шляхом емоції формують стан психоемоційного напруження, який, в свою чергу, детермінує характер сприйняття і емоційних переживань в фруструючих ситуаціях. Це підтверджується даними клініко-психологічного дослідження, що свідчать про несформованість специфічних механізмів психологічного захисту у хворих підлітків, які могли б редукувати емоційне напруження. На користь цього говорять і дані про свідомий вибір копінг-стратегій «збереження самовладання» (- «Я не втрачаю самовладання і контролю над собою у важкі хвилини і намагаюся не показувати свого стану») і стратегії «активне уникнення» (- «Намагаюся не думати, всіляко уникаю зосереджуватися на неприємності»). Таким чином, хоча негативні емоції і усвідомлюються підлітком, він не має досвіду відреагування їх і гальмує подібні переживання. У хворих підлітків чітко виявляється астеничний стиль поведінки і реагування.

Вони більш чутливі до болю, не пов'язаної з основним захворюванням, у них відзначаються порушення сну, скарги на запаморочення, знижений рівень працездатності. Ці дані також свідчать про дисфункції вегетативної регуляції, пов'язаної з хронічною емоційною напругою. Незважаючи на тривалу ремісію, хворі підлітки знаходять свій стан здоров'я «посереднім» або «поганим», вони менш соціально активні, рідше спілкуються з друзями. [14, 16]

Кореляційний аналіз клініко-психологічних показників дозволив нам провести поглиблене дослідження взаємозв'язків ознак психоемоційного реагування у здорових і хворих дітей і підлітків (всі кореляційні зв'язки встановлені при рівні достовірності $<0,05$).

Порушення функціонування дихальної системи у підлітків і юнаків, хворих на бронхіальну астму, мають стійкі кореляційні зв'язки з такими психологічними ознаками, як регресія (реакція на поточні події), ригідність (інертність психологічного реагування), інтелектуалізація (схильність до раціоналізації та психоемоційного напруження) і особистісна тривожність. Тобто, чим менше виражені поведінкові компоненти агресивної реакції, тим більше проявляються порушення функцій зовнішнього дихання. Інтелектуалізація як спосіб психологічного захисту позитивно корелює з проявами дихальних порушень, що підтверджує гіпотезу про раціональне контролю прояви емоційних реакцій як чинник ризику порушення вегетативного тону з боку дихальної системи. Про це ж свідчить позитивний зв'язок проявів порушень дихальної системи зі зниженням активності, самостійності, наполегливості.

Навпаки, показник особистісної тривожності негативно корелює з ознаками порушення дихання. Реагування тривогою, ймовірно, є своєрідним вегетативним захистом для актуалізації сформованого «структурного аттрактору хвороби» (САХ) для БА. Тривожні реакції сприяють розрядці емоційної напруги через різні соматичні системи. Неврозоподібні стани виступають в якості компенсаторних станів, що згладжують реактивність САХ. (Ананьєв В.А.) [7]

У здорових підлітків показники зміни функції зовнішнього дихання пов'язані лише з показниками, що відображають різні аспекти агресивної поведінки.

Заслугує на увагу той факт, що характеристика «особистісної тривожності у підлітків і юнаків, які страждають на бронхіальну астму, позитивно корелює з такими ознаками психоемоційного реагування, як агресивність, емоційна лабільність, регресія і негативно пов'язана з суб'єктивною оцінкою психічного здоров'я, при тому що у їх здорових однолітків показник особистісної тривожності пов'язаний більш ніж з 25-ю психологічними ознаками і вегетативними проявами, серед яких агресія, соматизована тривога, вітальність, порушення сну та ін.

Цей факт можна розглядати як свідчення вихідної гіпотези про обмеження репертуару емоційного реагування у хворих підлітків. На відміну від здорових однолітків, у яких тривожність може бути реалізована різноманітними поведінковими реакціями, хворі підлітки не фіксують прояви тривоги і не здатні адекватно відреагувати емоційне напруження. Як було показано в теоретичній частині дослідження, саме такий механізм нерідко лежить в основі соматизації психоемоційного напруження.

Кореляційний аналіз показників, що характеризують особливості емоційного реагування молодших школярів, свідчить про аналогічні залежності. У той час як явна тривожність (Смас) у молодших школярів, хворих на бронхіальну астму, корелює з параметром «невдоволення собою» (ДДЧ), у їх здорових однолітків вона пов'язана з параметром «агресивність». Проте, виявлений зв'язок неусвідомлюваної тривожності (параметр «тривожність» ДДЧ) з коефіцієнтом екстрапунітивних реакцій з фіксацією на самозахисті (реакція по зовнішньо звинувачувальному типу) в групі хворих дітей.

Таким чином, якщо у здорових дітей переживання тривоги пов'язано з агресивною поведінкою - (активно-компенсаторна поведінка), у хворих на бронхіальну астму - тривога здебільшого не усвідомлюється і проявляється в само звинувачувальних тенденціях - (пасивно-компенсаторна поведінка).

Результати факторного аналізу показників підтверджують зроблені нами раніше висновки про різноманітність клініко-психологічних проявів, пов'язаних із захворюванням. Слабкі кореляції різних психодіагностичних показників між собою можуть розглядатися на користь відсутності чіткої і оформленої психологічної картини особистості і поведінки.

Сукупність психодіагностичних ознак, що дозволяють формалізовано описати клініко-психологічні характеристики здорових і хворих підлітків, в достатній мірі повно відбивається в чотирьох чинниках, які, виходячи зі змісту детермінуючих ними ознак, можна визначити як «поведінкові» («ознаки психопатоподібного реагування»), «ознаки соматизації психологічного реагування», «прояви агресії» і «порушення фізичного самопочуття». Отримані вже за цими інтегральними показниками відмінності, підтверджують гіпотезу про участь особливостей психологічного реагування в формуванні психосоматичної патології. Достовірні відмінності отримані за трьома з цих чотирьох чинників: «ознаки психопатичного реагування» вище у здорових, «ознаки соматизації психологічних переживань» вище у хворих, «порушення фізичного самопочуття» вище у хворих.

Таким чином, проясняється картина психологічних особливостей хворих підлітків. Експериментальні дані підтверджують уявлення про розмаїття психологічних детермінант емоційного реагування.

Це природно, оскільки не може бути єдиного для всіх

механізму психологічної регуляції поведінки. Але все це різноманіття індивідуальних проявів призводить до одного результату, а саме, до блокування ефекторних ланок емоційного реагування. І хоча це досягається різними механізмами і проявляється у всіх по-різному, результат подібного реагування - виражений соматичний (тілесний) компонент емоційної реакції.

Висновки. Отримані результати показали, що поведінкові прояви емоційних переживань здорових підлітків відрізняються репертуаром і гнучкістю. Вони більш енергійні в поведінці (вітальність), спонтанні і безпосередні (інфантильність, нонконформізм). У здорових

підлітків ефективніше функціонують механізми психологічного захисту в ситуаціях фрустрації. Адаптація досягається здоровими підлітками різними поведінковими стратегіями. Виявлені симптомокомплекси характеризують неоднорідність вибірки - контрольної групи, при тому що групи хворих підлітків більш чітко описуються обмеженим набором правил. Вони також відображають типи поведінкових стратегій, які характеризуються підвищеним контролем поведінкових проявів і незрілістю механізмів психологічного захисту. Виявлені «симптомокомплекси» у хворих можна визначити як: «пасивність», «нормативність», «контроль».

ЛІТЕРАТУРА

1. Абабков В.А. Адаптация к стрессу. Основы теории, диагностики, терапии. / В. Абабков, М. Перре. – СПб.: Речь, 2004. – 166с.
2. Айзенк Х. Психологические теории тревожности. Тревога и тревожность / Х. Айзенк; ред. В. М. Астапова. – С.-Петербург: Питер, 2001.
3. Александер Ф. Психосоматическая медицина / Ф. Александер; пер. с англ. С. Могилевского. – М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002. – С. 152-164.
4. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства/ Ю. А. Александровский. – М.: Медицина, 2000. – 496 с.
5. Антропов Ю. Ф. Соматизация психических расстройств в детском возрасте/ Ю.Ф. Антропов, С.В. Бельмер - М.: Медпрактика-М, 2005. – 444с.
6. Блейхер В. М. Патопсихологическая диагностика / В. М. Блейхер, И. В. Крук – К.: Здоров'я, 1986—280 с.
7. Интегративные исследования в клинической психологии: наука и практика. Юбилейный сборник научных и методических работ сотрудников кафедры клинической психологии РПГУ им. А. И. Герцена / Под ред. В. А. Ананьева, С. А. Кулакова – СПб.: 2006. – 350 с.
8. Исаев Д. Н. Психосоматические расстройства у детей: руководство для врачей / Д. Н. Исаев – СПб: Издательство «Питер», 2000. – 512 с.
9. Клиническая психология/Под ред. М.Перре, У.Бауманна–

REFERENCES

1. Ababkov V. A. Adaptatsiya k stressu. Osnovy teoryi, diahnozyky, terapiyi. / V. Ababkov, M. Perre. - SPb.: Rech', 2004. - 166s.
2. Ayzenk KH. Psykholohichni teoriyi trevozhnosti. Trevoha y trevozhnost' / KH. Ayzenk; red. V. M. Astapova. - S.-Peterburh: Pyter, 2001.
3. Aleksander F. Psykhosomaticheskaya medytyna / F. Aleksander; per. s anhl. S. Mohylevskoho. - M.: Yzd-vo ÉKSMO-Press, 2002. - S. 152-164.
4. Aleksandrovskyy YU. A. Pohranychnye psykhycheskye rasstroystva / YU. A. Aleksandrovskyy. - M.: Medytyna, 2000. - 496 s.
5. Antropov YU. F. Somatyziatsiya psykhycheskykh rasstroystv v det-skom vozraste / YU.F. Antropov, S.V. Bel'mer - M.: Medpraktika-M, 2005. - 444s.
6. Bleykher V. M. Patopsykholohicheskaya dyahnozyka / V. M. Bleykher, Y. V. Kruk - K.: Zdorov'ya, 1986—280 s.
7. Intehrativni doslidzhennya v klinichnoyi psykholohiyi: nauka i praktyka. Yubyleynyy sbornyk nauchnykh i metodychnykh robit kafedr klinichnoyi psykholohiyi RPHU ym. A. I. Hertseny / Pod red. V. A. Anan'eva, S. A. Kulakova - SPb.: 2006. - 350 s.
8. Ysaev D. N. Psykhosomatychni rozlady u ditey: kerivnytsvo dlya likariv/D. O. N. Ysaev -SPb: Yzdatel'stvo «Pyter», 2000. - 512 s.
9. Klinichna psykholohiya / Pod red. M. Perre, U. Baumanna. - SPb.: Pyter, 2002. - 1312 s.: yl. - (Seryya «Masterya psykholohyy»).
10. Maruta N.O. V. Osoblyvosti diahnozyky ta terapiyi tryvozhnykh rozladiv nevrotichnoho ta orhanichnoho rozvytku. / Ukrayin's'kyu visnyk psykhonevrolohiyi. - 2013. - Tom 21, vyp. 1 (74). S. 75-83
11. Mizhnarodna klasyfikatsiya bolezney (10-y peresmotr). Klassyfy-katsyya psykhycheskykh y povedencheskykh rasstroystv. (Klinichni opysy i vkazivky po diahnozytsi). - Vsemymaya orhanyzatsyya okhorony zdorov'ya. Rossyya., Sankt- Peterburh. - 1994. - 300 s.
12. Sandomyrskyy M. E. Psykhosomatyka i telesna psykhoterapiya: Prakticheskoe rukovodstvo / M. E. Sandomyrskyy. - M.: Nezavysymaya fyрма «Klass», 2005. -592s.
13. Symanenkov V. I. Tupiky i perspektyvy psykhosomatychnoyi ta adaptatsiyanoi medytyny/V.V. I. Symanenkov.-SPb.: 2003-24 s.
14. Smulevych A. B. Depressyy v obshchey medytynе / A.A. B. Smulevych. - M.: Medytynskoe ynfarmatsyonnoe ahent-stvo, 2001. - 256 s.
15. Spylberher CH. D. Kontseptual'nye i metodolohichni problemy doslidzhennya trevohy / CH. D. Spylberher. Stress y trevoha v sporte. - M., 1983. - S. 12-24.
16. Kharchenko D. M. Psykhosomatychni rozlady. Teoriyi, metody diahnozyky, rezul'taty doslidzhen': navchal'nyy posibnyk / D. M. Kharchenko. - K.: Vydavnychyy dim «Slovo», 2015. - 280 s.

Psychological characteristics of children and adolescents suffering with bronchial asthma

D. M. Kharchenko, O. Yu. Izvekova

Abstract. In the article on the basis of screening research analyzed the psychological characteristics of children and adolescents suffering from bronchial asthma. The obtained results give grounds to state: adolescents with bronchial asthma tend to control behavioral manifestations of emotional reactions, and this control is conditioned by more normative behavior, conformance, dependence on the opinion of others.

Keywords: psychosomatic disorders, bronchial asthma, coping strategies, extrapunational reactions, adaptation, frustration, anxiety.