

А.М. Тимофеева

Национальный научно-практический центр здоровья детей, Москва, Российская Федерация

Особенности образа жизни и психологического состояния младших школьников с бронхиальной астмой

Контактная информация:

Тимофеева Александра Михайловна, младший научный сотрудник ННПЦЗД

Адрес: 119991, Москва, Ломоносовский пр-т, д. 2, стр. 3, тел.: +7 (499) 340-01-04, e-mail: timofeeva_am@bk.ru

Статья поступила: 10.05.2016 г., принята к печати: 26.04.2017 г.

Необходимость разработки комплексного подхода к лечению детей с бронхиальной астмой обусловлена значительным ростом заболеваемости, появлением более тяжелых форм болезни и отсутствием методов радикального лечения. Наряду с разработкой и внедрением современных медикаментозных методов лечения весьма актуальными вопросами являются учет социально-психологических особенностей пациентов и психолого-педагогическое сопровождение детей в процессе лечения. **Цель исследования:** изучить особенности образа жизни младших школьников (7–10 лет) с бронхиальной астмой и их психологическое состояние. **Методы.** В исследование включали детей с бронхиальной астмой (атопическая форма, частично контролируемое течение), а также условно здоровых сверстников (I и II группы здоровья) в качестве группы сравнения. Психологический статус наблюдаемых оценивали с помощью методики исследования самооценки Дембо–Рубинштейн, модифицированной методики «Рисунок человека», теста родительского отношения А.Я. Варга–В.В. Столин, методики «Три желания» (адаптация А.М. Прихожан). **Результаты.** В исследовании приняли участие 75 детей (средний возраст $8,2 \pm 0,6$ года, в т.ч. девочек 59%, продолжительность болезни $3,2 \pm 0,5$ года) и их родители (из них матерей 79%). Группу сравнения составили 54 условно здоровых ребенка (средний возраст $8,4 \pm 0,3$, девочек 54%) и их родители (85% матерей, 15% отцов). Показано, что измененный в силу болезни образ жизни младших школьников искажает процесс развития личности и приводит к возникновению трудностей эмоционально-личностной сферы: снижению фону настроения (35; 46,6% против 11; 20%), блокировке переживаний и трудности их вербализации (56; 75% против 25; 46%), защитно-агрессивному типу поведения в ситуации стресса (68; 91% против 25; 46%), выраженной внутрисемейной конфликтности (47; 62% против 32; 59%) и коммуникативным проблемам (замкнутость, ограничение в общении, социальные страхи). **Заключение.** Бронхиальная астма меняет образ жизни ребенка, оказывает негативное влияние на психологическое состояние и процесс становления личности. Предупредить возникновение негативных социальных последствий болезни, сгладить их выраженность можно путем оказания психолого-педагогической помощи ребенку и его семье с момента выявления болезни и на протяжении всех этапов лечения. Создание и реализация программ психологической поддержки семей, воспитывающих детей с бронхиальной астмой, на различных этапах лечения являются чрезвычайно важными и представляют собой перспективу исследования.

Ключевые слова: дети, бронхиальная астма, психологическое состояние, психическое развитие, младший школьный возраст, родители.

(Для цитирования: Тимофеева А.М. Особенности образа жизни и психологического состояния младших школьников с бронхиальной астмой. *Педиатрическая фармакология*. 2017; 14 (2): 109–114. doi: 10.15690/pf.v14i2.1725)

Alexandra M. Timofeeva

National Scientific and Practical Center of Children's Health, Moscow, Russian Federation

Peculiarities of the Lifestyle and Psychological State of Primary Schoolchildren with Bronchial Asthma

The need to develop an integrated approach to the treatment of children with bronchial asthma is conditioned by a significant increase in morbidity, emergence of more severe forms of the disease and a lack of radical treatment methods. Along with the development and implementation of modern drug treatment methods, the most topical issues are a consideration of the socio-psychological characteristics of patients and psychological and pedagogical support of children during treatment. **Study Objective:** To study the lifestyle peculiarities of primary schoolchildren (7–10 years) with bronchial asthma and their psychological state. **Patients and Methods.** The study included children with bronchial asthma (atopic form, partially controlled course) as well as conditionally healthy peers (health groups I and II) as a comparison group. The psychological status of the observed was assessed using Dembo–Rubinstein self-evaluation method, modified «Human Figure» method, and Varga–Stolin parental relationship test. **Results.** The study involved 75 children (mean age 8.2 ± 0.6 years, including girls 59%, illness duration 3.2 ± 0.5 years) and their parents (mothers made 79% of them). The comparison group consisted of 54 conditionally healthy children (mean age 8.4 ± 0.3 , girls 54%) and their parents (mothers — 85%, fathers — 15%). It is shown that the lifestyle of primary schoolchildren changed due to illness distorts the process of personality development and leads to the emergence of difficulties in the emotional and personality sphere: a reduced background of mood (35; 46.6% versus 11; 20%), blockage of experiences and difficulties in their verbalization (56; 75% versus 25; 46%), defensive-aggressive type of behavior in a stress situation (68; 91% versus 25; 46%), pronounced intrapersonal conflict (47; 62% versus 32; 59%), and communication problems (unsociability, restriction in communication, social fears). **Conclusion.** Bronchial asthma changes the child's lifestyle, has a negative impact on the psychological state and personality becoming. It is possible to prevent the emergence of negative social consequences of the disease, to smooth out their severity by providing psychological and pedagogical assistance to a child and his family from the time the disease is detected and throughout all treatment stages. The creation and implementation of psychological support programs for families raising children with bronchial asthma at various treatment stages are extremely important and represent a further research direction.

Key words: children, bronchial asthma, psychological state, mental development, primary school age, parents.

(For citation: Timofeeva Alexandra M. Peculiarities of the Lifestyle and Psychological State of Primary Schoolchildren with Bronchial Asthma. *Pediatricheskaya farmakologiya — Pediatric pharmacology*. 2017; 14 (2): 109–114. doi: 10.15690/pf.v14i2.1725)

ОБОСНОВАНИЕ

Необходимость разработки комплексного подхода к лечению детей с бронхиальной астмой обусловлена значительным ростом заболеваемости, появлением более тяжелых форм болезни и отсутствием методов радикального лечения. Наряду с разработкой и внедрением современных медикаментозных методов лечения весьма актуальными вопросами являются учет социально-психологических особенностей пациентов и психолого-педагогическое сопровождение детей в процессе лечения [1, 2].

В настоящее время бронхиальная астма является наиболее распространенным заболеванием нижних дыхательных путей у детей [1]. Классифицируют аллергическую и неаллергическую форму болезни [1]. Манифестация в раннем возрасте, наличие сенсибилизации (причинно-значимых аллергенов — триггеров обострения болезни), отягощенная по атопическим заболеваниям наследственность — характерны для аллергической формы бронхиальной астмы [2, 3]. Особенности патогенеза астмы обуславливают хроническое течение заболевания, которое может сопровождаться обострениями и периодами стабильного состояния (контроля над болезнью) [2, 3].

Известно, что бронхиальная астма в своем патогенезе имеет выраженный психологический компонент [4]. Некоторые авторы указывают на высокую роль эмоционального стресса, индивидуальных психологических параметров, особенностей социальной среды в развитии обострений болезни [5].

Максимально раннее установление диагноза бронхиальной астмы, своевременное назначение адекватной базисной терапии, достижение высокого уровня приверженности (точного соблюдения всех предписаний врача), пролонгированное психологическое сопровождение пациента, предоставляют возможность в максимально короткие сроки достичь контроля над симптомами болезни и поддерживать его в дальнейшем, а также предотвратить развитие возможных обострений астмы. Комплексный педиатрический подход с применением специальной психолого-педагогической поддержки позволяет купировать обострение болезни в максимально короткие сроки и поддерживать стабильное состояние у детей [2, 5].

Как показала практика, недостаточный учет психологического компонента в терапии бронхиальной астмы у маленьких пациентов является одной из наиболее значимых причин усугубления течения болезни, приводящих не только к ухудшению соматического статуса детей, перехода болезни в неконтролируемую форму, но и к изменению их психологического состояния [1]. В силу малой доступности специальной психолого-педагогической помощи семье, воспитывающей ребенка с бронхиальной астмой [7], больные дети, как правило, чаще, чем здоровые сверстники, испытывают дефицит в психологической поддержке значимых взрослых, длительный эмоциональный дискомфорт в семье и школе [8]. Искаженные социальные условия вследствие хронической болезни ребенка оказывают негативное влияние на формирование детской личности [9]. Так, к подростковому возрасту у пациентов происходит нарастание эмоциональных, личностных и коммуникативных проблем, существенно затрудняющих их социальную адаптацию [10]. В частности, у подростков выявлены такие индивидуальные психологические характеристики, как высокий уровень тревоги, эмоциональная лабильность, алекситимия, повышенная агрессивность, чрезмерная фиксация на симптомах болезни, патологическая эмоциональная привязанность к близким, склонность к нарушению границ контакта [11].

Несмотря на наличие исследований, посвященных психологическим аспектам в возникновении и лечении бронхиальной астмы, не уделяется должного внимания образу жизни пациентов младшего школьного возраста и их психологическим особенностям [12, 13]. В большинстве случаев авторы изолированно или фрагментарно рассматривают биологический и социальный факторы, а также их влияние на течение данного заболевания и процесс становления детской личности [14–16], что препятствует разработке эффективного алгоритма комплексной психолого-педагогической помощи детям с бронхиальной астмой в процессе лечения [2, 6].

Цель настоящего исследования — изучить особенности образа жизни младших школьников (7–10 лет) с бронхиальной астмой и их психологическое состояние.

МЕТОДЫ

Дизайн исследования

Проведено сплошное поперечное (cross-sectional) исследование.

Критерии соответствия

Критерии включения:

- возраст ребенка 7–10 лет;
- наличие у ребенка атопической бронхиальной астмы с частично контролируемым течением.

Критерии невключения:

- наличие у ребенка наряду с бронхиальной астмой других бронхолегочных и хронических заболеваний.
- Группа сравнения — дети I–II групп здоровья.

Условия проведения исследования

Исследование проведено в Научном центре здоровья детей (НЦЗД; в настоящее время Национальный научно-практический центр здоровья детей, ННПЦЗД) в период с 2016 по 2017 г. Основную группу составили дети с бронхиальной астмой, которые находились под медико-психолого-педагогическим наблюдением; группу сравнения — дети, обследованные в рамках ежегодной профилактической диспансеризации.

Исходы исследования

Основным направлением обследования стало изучение социальных условий и психологических особенностей ребенка — эмоционально-личностной и коммуникативной сфер.

Методы оценки исходов исследования

Исследование образа жизни и психологического состояния детей включало методы наблюдения [17], клинической беседы [17], опрос родителей, анализ медицинской документации (нозологическая группа, тяжесть и длительность течения заболевания, количество госпитализаций, освобождение от обучения в массовых образовательных учреждениях) и комплект психологических методик. Для изучения психологических особенностей детей, в частности таких параметров, как эмоциональное состояние, самооценка, внутриличностная конфликтность, использованы методики исследования самооценки Дембо–Рубинштейн и «Рисунок человека» (модификация автора). С целью выявления типа детско-родительских отношений и особенностей межличностной ситуации развития детей были проанализированы следующие параметры: «тревожность» (по методу «Взаимодействие родитель-ребенок» И.М. Марковской), «принятие, развитие психического потенциала», «инфантилизация личности», «гипер-опека» (Опросник родительского отношения А.Я. Варга, В.В. Столин) [16, 18, 19].

В стандартную процедуру психологического обследования здоровых детей и их родителей входили диагностические консультации ребенка, беседа с врачом и родителями. Обследование проводилось в кабинете психолога в индивидуальной форме. Длительность одного обследования составляла ~1 ч.

Этическая экспертиза

Проведение исследования одобрено Локальным этическим комитетом НЦЗД (протокол от 21.01.2016).

Статистический анализ

Анализ результатов исследования выполнен с помощью пакета статистических программ Statistica 12.6 (DELL, США). Описание количественных признаков выполнено с помощью среднего арифметического значения с точностью до второго знака после запятой (что представлено после знака «±»). Различия независимых выборок по частотным показателям анализировали с помощью критерия хи-квадрат Пирсона (χ^2). Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Характеристика участников исследования

В исследовании приняли участие 75 детей (средний возраст $8,2 \pm 0,6$ года, в т.ч. девочек 59%) с диагнозом «Бронхиальная астма, атопическая форма, частично контролируемая» (III группа здоровья) и 75 их родителей (59 матерей; 79% и 16 отцов; 21%). Средняя продолжительность болезни составила $3,2 \pm 0,5$ года. Группу сравнения составили 54 условно здоровых ребенка (средний возраст $8,4 \pm 0,3$ года, в т.ч. девочек 54%) и их родители (85% матерей).

Образ жизни детей с бронхиальной астмой

Сравнение образа жизни здоровых детей и школьников с бронхиальной астмой показало, что все дети находятся в ситуации длительных психофизических перегрузок, обусловленных трудностями адаптации к новым социальным условиям (обучение в школе) и повышенными требованиями со стороны взрослых (табл. 1). Помимо обучения в школе, большинство детей (42; 56% и 47; 87% в основной и группе сравнения соответственно) посещают дополнительные занятия различной направленности (музыкальная школа, репетиторы, спортивные секции, кружки и др.).

Вместе с тем, по сравнению со здоровыми сверстниками у детей с бронхиальной астмой выявлена недостаточная включенность пациентов в различные виды деятельности (учебная, игровая, коммуникативная). Анализ медицинской документации и беседы с родителями показали, что школьники с бронхиальной астмой были вынуждены регулярно проходить курсы длительного лечения в круглосуточном стационаре (в среднем $2,4 \pm 0,13$ раза в год), состоять на постоянном диспансерном учете по месту жительства, а также соблюдать строгий лечебный режим, который существенно ограничивал их физическую и социальную активность. В частности, дети соблюдали строгую диету, систематически принимали препараты, прерывали занятия в школе на длительное время, ограничивали контакты с другими детьми в связи с необходимостью профилактики сезонных обострений и/или госпитализации в круглосуточный стационар (от 2 нед до нескольких месяцев). Из-за длительного отсутствия в учебном учреждении в связи с госпитализациями маленькие пациенты по несколько раз в течение года сталкивались с трудностями адаптации к менее комфортным, по сравнению с домашними, бытовым условиям и разлучались с близкими и друзьями, что меняло их привычный жизненный ритм.

Анализ отношения родителей к детям

Согласно полученным данным (Вопросник родительского отношения А.Я. Варга–В.В. Столин, тест «Взаимодействие родитель-ребенок» И.М. Марковской), наблюдались значимые различия не только в социальных условиях, но и в родительском отношении к ребенку (табл. 2). Анализ шкал вопросников показал, что родители детей с бронхиальной астмой склонны к повышенной тревоге в воспитании (88 против 72,2%; $p < 0,001$), гиперопеке (90,6 против 62,9%; $p < 0,001$), инфантилизации личности, фиксации на болезни в ущерб интересам и психологическим потребностям ребенка (69,3 против 38,8%; $p < 0,001$). Для родителей здоровых детей, напротив, более характерна установка на принятие своего ребенка, всестороннее развитие его психического потенциала (54,6 против 77,7%). Статистическая значимость различий установлена с помощью критерия Пирсона — $p < 0,001$. Это свидетельствует об усугублении трудностей воспитания на фоне увеличения у родителей социальных и психологических проблем, связанных с болезнью ребенка.

Таблица 1. Сравнительный анализ образа жизни младших школьников с бронхиальной астмой и их здоровых сверстников
Table 1. Comparative analysis between the lifestyles of primary school children with bronchial asthma and healthy peers

Критерии	Бронхиальная астма n = 75, абс. (%)	Здоровые сверстники n = 54, абс. (%)	p (χ^2)
Обучение в классе	65 (87)	54 (100)	< 0,005 (χ^2 7,805)
Дополнительное образование (кружки, занятия с репетиторами)	42 (56)	47 (87)	< 0,005 (χ^2 14,137)
Занятость ребенка учебной деятельностью в течение дня (в классе и дома) более 6 ч	69 (92)	54 (100)	0,050 < p < 0,025 (χ^2 4,531)
Освобождение от занятий в школе по болезни (более 6 раз в год)	61 (81)	8 (15)	< 0,005 (χ^2 55,838)
Получение медицинской помощи в стационаре (более 3 раз в год)	75 (100)	14 (26)	< 0,005 (χ^2 80,524)
Сужение видов деятельности (игровая, творческая, коммуникативная)	46 (61)	9 (17)	< 0,005 (χ^2 25,610)

Таблица 2. Отношение родителей к детям с бронхиальной астмой и здоровым детям
Table 2. The attitude of parents towards children with bronchial asthma and healthy children

Показатель	Родители детей с бронхиальной астмой, абс (%)	Родители здоровых детей, абс (%)	p (χ^2)
Тревожность	66 (88)	39 (72)	$0,05 < p < 0,001$ (χ^2 5,161)
Гиперопека	68 (91)	34 (63)	$0,05 < p < 0,001$ (χ^2 5,037)
Инфантилизация личности ребенка родителями	52 (69)	21 (39)	$< 0,005$ (χ^2 11,845)
Принятие, развитие психического потенциала	41 (55)	42 (78)	$< 0,001$ (χ^2 7,3)

Таблица 3. Психологические особенности детей с бронхиальной астмой и их здоровых сверстников
Table 3. Psychological features of children with bronchial asthma and their healthy peers

Показатель	Бронхиальная астма n = 75, абс. (%)	Здоровые дети n = 54, абс. (%)	p (χ^2)
Личностная тревожность	44 (59)	32 (59)	$< 0,05$ (χ^2 0,005)
Эмоциональная лабильность	54 (72)	37 (69)	$< 0,05$ (χ^2 0,183)
Повышенная внутриличностная конфликтность	47 (62)	32 (59)	$< 0,05$ (χ^2 0,154)
Сниженный фон настроения	35 (47)	11 (20)	$< 0,005$ (χ^2 9,462)
Блокировка переживаний и трудности их вербализации	56 (75)	25 (46)	$< 0,005$ (χ^2 10,816)
Защитно-агрессивный тип поведения в ситуации стресса	68 (91)	25 (46)	$< 0,005$ (χ^2 30,82)

Анализ психологических особенностей детей

Как показал сопоставительный анализ данных, полученных в ходе наблюдения, клинической беседы и психологических методик (табл. 3), у большинства младших школьников наблюдается личностная тревожность (44; 59% и 32; 59% в основной и группе сравнения, соответственно) и эмоциональная лабильность (54; 72% и 37; 69%, соответственно). Этому способствует ситуация длительного несоответствия требований взрослых (педагогов, родителей) психофизическим возможностям ребенка.

В ходе наблюдения за детьми младшего школьного возраста, а также во время психологического обследования обнаружено, что дети ориентированы на реакции взрослого, нуждаются в поддержке и одобрении, испытывают страх неудачи или собственной несостоятельности, чутко реагируют на критику. С помощью методики исследования самооценки Дембо–Рубинштейн установлено, что у 47 (62%) детей младшего школьного возраста основной группы и 32 (59%) группы сравнения наблюдается длительное эмоциональное напряжение, обусловленное выраженным расхождением между уровнем притязаний и самооценкой (повышенная внутриличностная конфликтность). О нестабильности эмоциональной сферы младших школьников свидетельствуют такие показатели рисунка, как сильные колебания нажима, варьирование размеров рисунков, тщательное стирание исправлений и желание сделать более четкими линии, штриховка рисунка [19].

Вместе с тем у детей с бронхиальной астмой чаще отмечаются особенности эмоциональной сферы, такие

как сниженный фон настроения; бедные, сглаженные проявления эмоций; блокировка переживаний и трудности их вербализации (см. табл. 1). Типичными особенностями рисунка ребенка с бронхиальной астмой (рис. 1) являются: меньшая выразительность (35; 47% и 42; 78% детей основной и контрольной групп соответственно; χ^2 12,629; $p < 0,005$), выбор более холодных цветовых решений (57; 76% и 24; 44%; χ^2 13,38; $p < 0,005$), малое количество деталей (59; 79% и 21; 39%; χ^2 21,08; $p < 0,005$), схематичность изображений (34; 45% и 23; 43%; χ^2 0,096; $p > 0,05$).

Для здоровых детей было свойственно более благоприятное эмоциональное состояние: положительный фон настроения (39; 72%), склонность к дифференцированию



Рис. 1. Лида, 9 лет, диагноз бронхиальной астмы: рисунок «Я»
Fig. 1. Lida, 9 years old, diagnosed with bronchial asthma: drawing «me»



Рис. 2. Аня, 9 лет, группа контроля: рисунок «Я»
Fig. 2. Anya, 9 years old, control group: drawing «me»

эмоциональных проявлений и их вербализации (29; 54%). Рисунки здоровых детей имели более теплые оттенки и разнообразные детали (рис. 2).

При анализе результатов наблюдения и беседы установлено, что дети с бронхиальной астмой более склонны к чрезмерной внутриличностной конфликтности и защитно-агрессивному типу поведения в ситуации стресса, что часто проявляется повышенной враждебностью, активным вербальным или физическим реагированием в ответ на субъективно значимый психотравмирующий стимул. Это подтвердилось и при сопоставительном анализе рисунков больных и здоровых детей. В частности, о большем эмоциональном дискомфорте детей с бронхиальной астмой свидетельствовали сверхсильный нажим на карандаш (62; 83% детей с бронхиальной астмой и 25; 46% здоровых детей; χ^2 18,913; $p < 0,005$), наличие выраженной агрессивной символики — враждебное выражение лица, оборонительные средства (45; 60% и 14; 26%; χ^2 14,687; $p < 0,005$), отсутствие рук или их скрещивание на груди, за спиной (46; 61% и 20; 37%; χ^2 7,417; $p < 0,005$), увеличенные ступни персонажей (34; 45% и 13; 24%; χ^2 6,127; $p < 0,05$ в сравниваемых группах соответственно).

В отличие от здоровых детей в мотивационно-потребностной сфере больного ребенка наблюдается сужение мотивов до желания выздороветь. Так, в рисунках больных детей обнаружено большее число изображений предметов, характеризующих ситуацию болезни — кровать, одеяло, подушка, домашние тапочки около кровати, лекарства, конфеты, книги на прикроватном столике. Здоровые же дети воссоздают объекты, по которым можно судить об определенном месте, занимаемом ребенком в системе отношений — и семейных, и общественных (портфель, школа, игра с ровесниками).

ОБСУЖДЕНИЕ

Таким образом, изучение образа жизни младших школьников показало, что большинство детей в возрасте 7–10 лет находятся в ситуации завышенных (по отношению к их психофизическим возможностям) требований, что вызывает риск невротизации личности и требует своевременной психолого-педагогической помощи. Однако, важно отметить, что маленькие пациенты находятся в менее благоприятных социальных условиях, чем их здоровые сверстники, что усугубляет течение болезни и вызывает ряд дополнительных психологических трудностей в развитии личности ребенка,

затрудняет полноценную реализацию их психологического потенциала.

Исследование показало, что выявленные особенности образа жизни младших школьников с бронхиальной астмой негативно влияют на развитие личности, в частности таких сфер, как эмоционально-личностная, коммуникативная [20].

Полученные в настоящем исследовании результаты находят свое подтверждение и в литературных источниках. В частности, исследователи указывают, что наличие тяжелого заболевания у ребенка приводит и к нарушению психологического климата в семье [20]. О нарушении детско-родительских отношений в семьях детей, страдающих бронхиальной астмой, склонности к инфантилизации, симбиотическим отношениям, нарушениям границ контакта говорится в работах, посвященных психосоматической медицине и семейной психотерапии [22, 23]. Однако, авторы акцентируют внимание на личностных особенностях маленьких пациентов, не уделяя должного внимания социальным условиям, в которых происходит развитие ребенка. В частности, у детей с бронхиальной астмой отмечаются такие личностные особенности, как повышенная эмоциональная лабильность, тревожность, враждебность [7, 24, 25]. Отсутствие учета социального фактора ограничивает возможность разработки эффективной психолого-педагогической помощи ребенку.

Согласно полученным результатам, социальная поддержка ребенка и его родителей является необходимым условием для преодоления негативных социальных последствий болезни. Направления психолого-педагогического сопровождения ребенка с бронхиальной астмой определяются на основе сопоставления данных о состоянии здоровья ребенка, его психологических характеристиках и индивидуально-личностных потребностях, образа жизни. Одной из важных задач психолого-педагогической помощи семье, воспитывающей младшего школьника с бронхиальной астмой, является консультирование родителей по вопросам создания и обеспечения оптимальных социальных условий, необходимых для эмоционального комфорта и благоприятного хода психического развития больного ребенка, повышение их педагогической компетентности в вопросах обучения и воспитания.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Итак, бронхиальная астма меняет образ жизни ребенка, оказывает негативное влияние на психологическое состояние и процесс становления личности. Предупредить возникновение негативных социальных последствий болезни, сгладить их выраженность можно путем оказания психолого-педагогической помощи ребенку и его семье с момента выявления болезни и на протяжении всех этапов лечения. Создание и реализация программ психологической поддержки семей, воспитывающих детей с бронхиальной астмой, на различных этапах лечения являются чрезвычайно важными и представляют собой перспективу исследования.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Не указан.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Автор данной статьи подтвердил отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.

ORCID

А.М. Тимофеева <http://orcid.org/>

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аллергия у детей: от теории к практике / Под ред. Л.С. Намазовой-Барановой. — М.: Союз педиатров России; 2011. — С. 442–484. [Allergija u detej: ot teorii k praktike / Pod red. L.S. Namazovoj-Baranovoj. — M.: Sojuz pediatrov Rossii; 2011. — S. 442–484. (In Russ).]
2. Вишнева Е.А., Намазова-Баранова Л.С., Алексеева А.А., Эфендиева К.Е., Левина Ю.Г., Вознесенская Н.И., Томилова А.Ю., Селимзянова Л.Р., Промыслова Е.А. Детская астма: ключевые принципы достижения контроля на современном этапе // *Педиатрическая фармакология*. — 2013. — Т.10. — №4. — С. 60–72. [Vishneva E.A., Namazova-Baranova L.S., Alekseeva A.A., Jefendieva K.E., Levina Ju.G., Voznesenskaja N.I., Tomilova A.Ju., Selimzjanova L.R., Promyslova E.A. Detskaja astma: kljuchevye principy dostizhenija kontrolja na sovremennom jetape // *Pediatricheskaja farmakologija*. — 2013. — T.3. — №4. — S. 60–72. (In Russ).]
3. Вишнева Е.А., Намазова-Баранова Л.С. Бронхиальная астма у детей младше 8 лет: как снизить частоту обострений и госпитализаций? Педиатрическая фармакология. — 2009. — Т. 6. — №1. — С. 51–54 [Vishneva E.A., Namazova-Baranova L.S. Bronchial asthma among children under 8: how to decrease the recurrence of exacerbations and hospitalizations? *Pediatricheskaja farmakologija*. 2009; 6(1): 51–54. (In Russ).]
4. Антропов Ю.Ф., Шевченко Е.С. *Лечение детей с психосоматическими расстройствами*. — СПб.: Речь; 2002. — 560 с. [Antropov Ju.F., Shevchenko E.S. *Lechenie detej s psihosomaticheskimi rasstrojstvami*. — SPb.: Rech'; 2002. — 560 s. (In Russ).]
5. Исаев Д.Н. *Детская медицинская психология. Психологическая педиатрия*. — СПб.: Речь; 2004. — 384 с. [Isaev D.N. *Detskaja medicinskaja psihologija. Psihologicheskaja pediatrija*. — SPb.: Rech'; 2004. — 384 s. (In Russ).]
6. *Профилактическая педиатрия* / Под ред. А.А. Баранова. — М.: Союз педиатров России; 2012. — С. 442–484. [Profilakticheskaja pediatrija / Pod red. A.A. Baranova. — M.: Sojuz pediatrov Rossii; 2012. — S. 442–484. (In Russ).]
7. Александр Ф. *Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение* / Пер. с англ. С. Могилевского. — М.: Изд-во «ЭКМО-Пресс»; 2002. — 352 с. (Серия «Психология без границ»). [Aleksander F. *Psihosomaticheskaja medicina. Principy i praktičeskoe primenenie* / Per. s angl. S. Mogilevskogo. — M.: Izd-vo «JeKSMO-Press»; 2002. — 352 s. (Serija «Psihologija bez granic»). (In Russ).]
8. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.В. *Психология и психотерапия семьи*. 4-е изд., перераб. и доп. СПб.: Речь; 2008. — 672 с. (Тема: Мастера психологии). [Jejdemiller Je.G., Justickis V.V. *Psihologija i psihoterapija sem'i*. 4-e izd., pererab. i dop. SPb.: Rech'; 2008. — 672 s. (Тема: Mastera psihologii). (In Russ).]
9. Лазуренко С.Б., Симонова О.И., Свиридова Т.В. *Психологические аспекты в ведении больных муковисцидозом*. В кн.: *Муковисцидоз* / Под ред. Н.И. Капанова, Н.Ю. Каширской. — М.: Медпрактика; 2014. — С. 623–648. [Lazurenko S.B., Simonova O.I., Sviridova T.V. *Psihologicheskie aspekty v vedenii bol'nyh mukoviscidozom*. V kn.: *Mukoviscidoz* / Pod red. N.I. Kapranova, N.Ju. Kashirskoj. — M.: Medpraktika; 2014. — S. 623–648. (In Russ).]
10. Балаболкин И.И. *Современные подходы к терапии бронхиальной астмы у детей* / Актуальные проблемы педиатрии: Сб. статей. — Казань; 1996. — С. 30–33. [Balabolkin I.I. *Sovremennye podhody k terapii bronhial'noj astmy u detej* / Aktual'nye problemy pediatrii: Sb. statej. — Kazan'; 1996. — S. 30–33. (In Russ).]
11. Руслякова Е.Е. *Психологические особенности личности подростков, страдающих бронхиальной астмой, и методы психологической коррекции*: Автореф. дисс. ... канд. психол. наук. — СПб.; 2004. — 264 с. [Rusljakova E.E. *Psihologicheskie osobennosti lichnosti podrostkov, stradajushih bronhial'noj astmoj, i metody psihologicheskoi korrekcii*: [dissertation]. — SPb.; 2004. — 264 s. (In Russ).]
12. Горская Е.А. *Психологические особенности детей и подростков, больных бронхиальной астмой, в связи с задачами профилактики психосоматических расстройств*: Автореф. дисс. ... канд. психол. наук. — СПб.; 2005. — 165 с. [Gorskaja E.A. *Psihologicheskie osobennosti detej i podrostkov, bol'nyh bronhial'noj astmoj, v svjazi s zadachami profilaktiki psihosomaticheskikh rasstrojstv*: [dissertation]. — SPb.; 2005. — 165 s. (In Russ).]
13. Воронина С.Н. *Роль психологических факторов в развитии соматического заболевания у детей дошкольного возраста на примере бронхиальной астмы*: Автореф. дисс. ... канд. психол. наук. — Ярославль; 2006. — 180 с. [Voronina S.N. *Rol' psihologicheskikh faktorov v razvitanii somaticheskogo zabolevanija u detej doskol'nogo vozrasta na primere bronhial'noj astmy*: [dissertation]. — Jaroslavl'; 2006. — 180 s. (In Russ).]
14. Mitchell EA, Bland JM, Thompson JM. Risk factors for readmission to hospital for asthma in childhood. *Thorax*. 1994;49:33–36. doi: 10.1136/thx.49.1.33
15. Schaubel D, Johansen H, Mao Y, et al. Risk of preschool asthma: incidence, hospitalization, recurrence, and readmission probability. *J Asthma*. 1996;33:97–103. doi: 10.3109/02770909609054537.
16. National Asthma Education and Prevention Program. Expert Panel Report: guidelines for the diagnosis and management of asthma update on selected topics. *J Allergy Clin Immunol*. 2002;110:141–219. PMID: 12542074.
17. *Большой психологический словарь* / Подред. Б.Г. Мещерякова, акад. В.П. Зинченко. — М.: Прайм-ЕВРОЗНАК; 2003. [Bol'shoj psihologicheskij slovar' / Pod red. V.G. Meshherjakova, akad. V.P. Zinchenko. — M.: Prajm-EVROZNAK; 2003. (In Russ).] URL: http://www.gumer.info/bibliotek_Buks/Psihol/dict/03.php
18. *Практикум по возрастной психологии* / Под ред. Л.А. Головей, Е.Ф. Рыбалко. — СПб.: Речь; 2006. — 688 с. [Praktikum po vozrastnoj psihologii / Pod red. L.A. Golovej, E.F. Rybalko. — SPb.: Rech'; 2006. — 688 s. (In Russ).]
19. Венгер А.Л. *Психологические рисуночные тесты: Иллюстрированное руководство*. — М.: Владос-пресс; 2003. — 160 с. [Venger A.L. *Psihologicheskie risunochnye testy: Illjustrirovannoe rukovodstvo*. — M.: Vlados-press; 2003. — 160 s. (In Russ).]
20. Выготский Л.С. *Педагогическая психология*. — М.: Педагогика-пресс; 1999. — 536 с. [Vygotskij L.S. *Pedagogicheskaja psihologija*. — M.: Pedagogika-press; 1999. — 536 s. (In Russ).]
21. Сухарева Г.Е. *Клинические лекции по психиатрии детского возраста*. М.: Медгиз; 1959. — 406 с. [Suhareva G.E. *Klinicheskie lekci po psihiatrii detskogo vozrasta*. M.: Medgiz; 1959. — 406 s. (In Russ).]
22. Зайцева О.В. *Критерии риска развития бронхиальной астмы у детей: вопросы профилактики*. В кн.: *Пульмонология детского возраста: проблемы и решения* / Под ред. Ю.Л. Мизерницкого, А.Д. Царегородцева. М.; 2002. — Вып. 2. — С. 113–117. [Zajceva O.V. *Kriterii riska razvitija bronhial'noj astmy u detej: voprosy profilaktiki*. V kn.: *Pul'monologija detskogo vozrasta: problemy i reshenija* / Pod red. Ju.L. Mizernickogo, A.D. Caregorodceva. M.; 2002. — Vyp. 2. — S. 113–117. (In Russ).]
23. Мещерякова Н.Н. Роль пациента в процессе лечения бронхиальной астмы / Н.Н. Мещерякова, Э.Г. Поливанов, А.С. Белевский // *Атмосфера*. — 2001. — №2. — С. 23–25. [Meshherjakova N.N. *Rol' pacienta v processe lechenija bronhial'noj astmy* / N.N. Meshherjakova, Je.G. Polivanov, A.S. Belevskij // *Atmosfera*. — 2001. — №2. — S. 23–25. (In Russ).]
24. Воронина С.Н., Маскова Г.С. *Анализ медико-социально-психологического статуса дошкольника из группы риска по формированию бронхиальной астмы*. [Электронный ресурс] // *Медицинская психология в России: электрон. науч. журн.* — 2010. — №4. URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 07.06.2017). [Voronina S.N., Maskova G.S. *Analiz mediko-social'no-psihologicheskogo statusa doskol'nika iz gruppy riska po formirovaniju bronhial'noj astmy*. [Elektronnyj resurs] // *Medicinskaja psihologija v Rossii: jelektron. nauch. zhurn.* — 2010. — №4. URL: <http://medpsy.ru> (data obrashhenija: 07.06.2017). (In Russ).]
25. *Психотерапия детей и подростков* / Пер. с нем. под ред. Х. Ремшмидта. — М.: Мир; 2000. — 518 с. [Psihoterapija detej i podrostkov / Per. S nem. pod red. X. Remshmidta. — M.: Mir; 2000. — 518 s. (In Russ).]