

Одеський національний університет імені І. І. Мечникова

Факультет психології та соціальної роботи

кафедра диференціальної і спеціальної психології

К в а л і ф і к а ц і й н а р о б о т а

на здобуття ступеня вищої освіти «магістр»

**«Бронхіальна астма як несвідома спроба розв'язання внутрішнього
конфлікту»**

«Bronchial asthma as an unconscious request to resolve an internal conflict»

Виконала: здобувачка заочної форми навчання
спеціальність 053 Психологія

Аббас Діана Камаль

Керівник: к.псих.наук, ст. викладач Бабій О.І.

_____ підпис

Рецензент: завідувач кафедри сімейної та
спеціальної педагогіки і психології канд. псих. н.,
доцент ПНПУ ім.К.Д.Ушинського Бабчук О.Г.

Рекомендовано до захисту:
протокол засідання кафедри
№ _____ від _____ 20__ р.

Захищено на засіданні ЕК
протокол № _____ від _____ 20__ р.
Оцінка _____ / _____ / _____
(за національною шкалою, шкалою ECTS,
бали)

Завідувач кафедри
_____ Родіна Н. В.
(підпис) (ПП)

Голова ДЕК
_____ Родіна Н. В.
(підпис) (ПП)

Одеса – 2024

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ПИТАНЬ ПСИХОЛОГІЧНОЇ СКЛАДОВОЇ ПРОТІКАННЯ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ	
1.1. Бронхіальна астма як психосоматична патологія у дітей та підлітків	6
1.2. Психологічний підхід до захворювання на бронхіальну астму	13
1.3. Структура особистості хворих на бронхіальну астму	22
Висновки до 1 розділу	34
РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПІДЛІТКІВ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ.	
2.1. Підлітковий вік, як передумова загострення бронхіальної астми	37
2.2. Процедура дослідження психологічних особливостей підлітків, хворих на бронхіальну астму	45
Висновки до 2 розділу	52
РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПІДЛІТКІВ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ	
3.1. Аналіз результатів дослідження психологічних особливостей підлітків.	54
3.2. Визначення нейродинамічних характеристик підлітків	59
3.3. Виявлення індивідуально-типологічних особливостей підлітків (акцентуації)	64
Висновки до 3 розділу	66
ВИСНОВКИ	68
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ	71

ВСТУП

Бронхіальна астма — це хронічне захворювання легень, що вражає людей усіх вікових груп. Вона належить до найбільш поширених інфекційно-алергійних хвороб у дитячому віці, і кількість пацієнтів із цим діагнозом продовжує зростати. Поширеність захворювання в Україні, за даними останніх років, коливається в межах 2,9–3,2 випадки на 1000 дітей. Ба більше, у 30% маленьких пацієнтів астма має важкий перебіг.

У багатьох випадках бронхіальна астма, почавшись у дитинстві, зберігається і в дорослому віці, стаючи причиною інвалідності, а інколи навіть призводячи до трагічних наслідків. Це й пояснює високу медико-психологічну та медико-соціальну значущість проблеми в усьому світі.

Клінічні спостереження давно підтвердили: перебіг бронхіальної астми, виразність соматичних розладів, частота загострень та рецидивів значною мірою залежать від нервово-психічного стану пацієнта. Чим більш стабільний психоемоційний стан у пацієнта, тим краще протікає захворювання — загострення стаються рідше, а періоди ремісії тривають довше.

Соматичні порушення також впливають на психотипологічні та особистісні риси хворого, що може погіршити психоемоційний стан. Саме це підкреслює актуальність питань ролі конституціонально-типологічних чинників особистості в етиопатогенезі захворювання, структурі психосоматичних взаємин на різних стадіях астми і наслідків терапії для психотипологічних особливостей пацієнтів.

Розширення поширеності бронхіальної астми у дітей та підлітків пояснюється не тільки кращою якістю діагностики та сучасними системами виявлення, а й значним погіршенням екологічної ситуації. Окрім цього, за останні десятиріччя життя людей, особливо дітей, зазнало суттєвих змін у соціальній структурі. Рівень життя знижується, потік інформації зростає, шкільні програми стають складнішими.

Усі ці фактори суттєво підвищили роль психоемоційних і психосоціальних чинників у розвитку астми. Це зумовило віднесення бронхіальної астми до психосоматичних захворювань, відомих також як «хвороби адаптації». Постійне збільшення кількості випадків у дітей підкреслює потребу у впровадженні ефективних профілактичних методів, для яких вирішальною є максимально рання діагностика.

Особливу проблему становить ведення хворої дитини, враховуючи її психологічні особливості та психоемоційні реакції. Важливо зважати на ставлення до хвороби, реакції на лікування, загальну якість життя. Тут вирішальну роль відіграють психологічні та психопатологічні характеристики пацієнта, особливості перебігу астми у дітей з порушеннями психоемоційної сфери. Враховуючи це, психологічне обстеження для виявлення та корекції психоемоційних і патопсихологічних чинників у розвитку й загостренні астми є необхідним.

За даними дослідників, ще до появи помітних психосоматичних розладів або ж перших симптомів астми, у дітей можна спостерігати ознаки емоційного напруження або хронічної тривожності. Оскільки психологічні фактори мають суттєву роль у розвитку астми, стає очевидною потреба впровадження у терапію комплексу психологічних методів лікування.

Усе вищевикладене стало основою для виконання даної роботи.

Метою роботи стало вивчення психоемоційних і психосоціальних факторів у формуванні бронхіальної астми у дітей та підлітків.

У відповідності з поставленою метою визначені наступні **завдання дослідження**:

1. Теоретичний аналіз літературних джерел з проблеми впливу психологічних порушень сфери особистості підлітків на виникнення та перебіг бронхіальної астми.

2. Визначити методики для визначення особистісних характеристик підлітків хворих на бронхіальну астму.

3. Провести дослідження психоемоційної сфери підлітків хворих на бронхіальну астму.

Об'єкт дослідження – психоемоційний сфера підлітків, хворих на бронхіальну астму.

Предмет дослідження – психоемоційний стан підлітків, хворих на бронхіальну астму, як виток внутрішнього конфлікту.

Для досягнення поставленої мети та завдань роботи було використано **комплекс методів:**

- *теоретичні:* аналіз, узагальнення, систематизація ідей з наукової літератури з метою розкриття базових понять дослідження;

- *емпіричні:* психологічні методики для визначення психологічного типу особистості та визначення емоційно-динамічного профілю особистості.

Практичне значення роботи. Робота уточнює роль різноманітних психоемоційних і психосоціальних факторів у формуванні і перебігу бронхіальної астми у підлітковому віці.

Структура дослідження. Основний зміст роботи викладено на 70 сторінках. Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, містить 6 рисунків, 7 таблиць, а також список використаної літератури із 70 джерел. Загальний обсяг роботи складає 77 сторінок.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ПИТАНЬ ПСИХОЛОГІЧНОЇ СКЛАДОВОЇ ПРОТІКАННЯ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ

1.1. Бронхіальна астма як психосоматична патологія у дітей та підлітків.

Хвороби органів дихання залишаються найбільш розповсюдженими в Україні і світі. Сьогодні бронхіальна астма є глобальною проблемою сучасності в зв'язку з її широким розповсюдженням і прогресуючим зростанням частоти і важкості протікання серед дорослих і дітей.

Дана робота має своєю метою розкриття взаємодії соматичних та психічних процесів у хворих на бронхіальну астму.

Термін „психосоматика” має давню історію. Відомо, що проблема формування психосоматичних захворювань, одна з найбільш складних в медицині, здавна цікавила видатні уми людства, починаючи з Сократа, який стверджував: „Неправильно лікувати очі без голови, голову без тіла, також як тіло без душі”. В.М.Бехтерев говорив про можливість розвитку соматичних захворювань під впливом психічних змін [33].

Внаслідок численних різнопланових досліджень виникли різні концепції і теорії психосоматичних захворювань, і бронхіальної астми в тому числі, як яскравого прикладу взаємозв'язку психологічних чинників з соматичною патологією.

З початку ХХ ст. особливе розповсюдження отримала психоаналітична концепція. Її послідовники пов'язували розвиток психосоматичних захворювань з раннім розвитком індивіда, дитячими психотравмами, з конфліктами [46].

Відповідно з нейрогуморальною теорією розвитку психосоматичної патології більшість психосоматичних захворювань – це реакція на перевантаження, підвищені вимоги, порушення внутрішньої рівноваги (гомеостазу), які

розуміють як вияв загального неспецифічного синдрому адаптації, стресу.

Фізіологічні теорії трактують фізіологічні механізми розвитку психосоматичного процесу, наприклад, пов'язують патологічні процеси при психосоматичних розладах з діяльністю гіпоталамо-гіпофізарної системи разом з ретикулярною формацією стовбура мозку.

Витоки кортиковісцеральної теорії можна знайти в працях М.М. Сеченова про рефлекторні основи психічної діяльності, про єдність соматичних і психічних виявлень. Послідовники цієї теорії вважають, що пусковими механізмами психосоматичних розладів можуть бути фактори зовнішнього та внутрішнього середовища, або порушення екстеро- та інтероцептивної сигналізації, що призводить до конфліктної ситуації між збудженням і гальмуванням в корі і підкірці мозку, що й викликає психосоматичне захворювання [11].

В теперішній час, бронхіальна астма, як психосоматичне захворювання, розглядається з позиції системно-структурного підходу, який передбачає виділення чотирьох компонентів [12]:

1 – психологічний компонент (особистісні риси, особливості психологічного захисту, співвідношення свідомого і несвідомого в психічній діяльності). Від цих особливостей залежить психологічний захист організму;

2 - корко-підкорковий компонент (особливості діяльності кори мозку, системи гіпоталамус – гіпофіз – наднирники, лімбічної системи, регуляторної формації);

3 – нейрогуморальний компонент (вміщує складові вегетативної, соматичної нервової системи і ендокринну складову). Це відповідь організму на стресову ситуацію;

4 – вибір органу або системи організму (обумовлений спадковістю до психосоматичних захворювань, а також з вродженою обтяжливістю соматичних порушень, що пов'язують з ураженням лімбічних структур мозку. В сімейному анамнезі 60-80% дітей [35], які страждають на психосоматичні

розлади, виявляються хворі з такими ж захворюваннями).

Виділення чотирьох компонентів механізму формування бронхіальної астми як психосоматичного розладу дає можливість прослідити, як конфлікт, взаємодіючи з особистістю спочатку на психологічному рівні, переходить на фізіологічний рівень, трансформуючись у захворювання.

В той же час наявність конфлікту ще не свідчить про патогенність ситуації: конфлікт – це протиріччя, яке може бути і позитивним фактором, мобілізуючи сили, розум емоції людини, і адекватне його вирішення загартовує особистість, робить її сильнішою [36].

В теперішній час доведено, що бронхіальна астма – це психосоматичне захворювання, яке має алергічну природу. Дисфункція симпатичного і парасимпатичного відділів нервової системи погіршується порушенням стану центральної ланки регуляції. Значні порушення нейродинамічних процесів в центральній нервовій системі корелюють з психоемоційними розладами і важкістю перебігу бронхіальної астми. Найбільш характерними для хворих бронхіальною астмою дітей є тривожні, істеричні, астено-невротичні, депресивні розлади [37].

Численні дослідження останніх років доводять тісний функціональний зв'язок імунної та нервово-психічної сфер, що привело до формування нового наукового напрямлення – психонейроімунофізіології, яка намагається пов'язати імунні реакції організму з психічними станами, особливо стресорної природи [42].

Важливе значення в розвитку захворювання на бронхіальну астму надається й способу життя сучасних підлітків, яке характеризується нервовим і фізичним перевантаженням, емоційними зривами, надмірною інформатизацією життя. За вираженої сенсibiliзації організму, зниженні регуляторних механізмів імунної системи дітей і підлітків це перетворюється у фактори, які провокують розвиток бронхіальної астми.

Визнано, що нейро-вегетативні і психологічні фактори є одними з най-

важливіших компонентів патогенетичного комплексу, який визначає розвиток, перебіг і прогноз бронхіальної астми. Чисельні дослідження свідчать про тісну зацікавленість нервової системи в реалізації бронхіальної обструкції, тому що саме з неврозом лікарі минулого пов'язували патогенез БА, називаючи її “*asthma broncheale seu nervozum*” [43].

Нерідко медики самі констатують значний невротичний компонент астми. Несхильні послуговатися психологічною мовою, вони трактують невроз як стійку дисфункцію нервової системи, яка проявляється вегетативною дистонією і вказують, що вона часто спостерігається у хворих на бронхіальну астму. Дистонія може перебігати з відносним домінуванням симпатичного або парасимпатичного відділу автономної нервової системи. Детально цей зв'язок між невротичними установками та реагуванням автономної нервової системи описав Франц Александер. Він зумів інтегрувати обидва бачення в єдиний холістичний погляд. Холізм його погляду поглядає в тому, що об'єкт дослідження в психології та фізіології, по суті, один і той самий, різниця є хіба що в підході. Так, говорячи про психогенез, насправді маються на увазі фізіологічні процеси, тобто збуджень і гальмувань в ЦНС, які можуть досліджуватися психологічними методами, тому що вони суб'єктивно сприймаються як емоції, бажання і потяги. Він показав, як невідреаговані емоції, нагнітаючи внутрішню напругу, спричиняються до соматичного їх опрацювання. Фізіологічні функції, що знаходяться під впливом психологічних факторів, розділяються на три категорії [16, 24]:

1) *довільна поведінка*, що здійснюється під впливом мотивацій; динамічною системою психологічних сил, яка її здійснює, є Его, а його збій у виконанні функцій дає початок різноманітним психозам та неврозам;

2) експресивні іннервації, такі як плач, сміх, кривляння та інші, що здійснюються з метою зняття, розрядки специфічних емоційних (інстинктивних) напруг і не переслідують тому жодних утилітарних цілей. Однак, не всі прагнення є доступні свідомості. Емоції, витіснені в результаті конфлікту з

нормами особистості, не можуть розряджатись через звичні канали експресивних іннервацій. Тоді доводиться вигадувати індивідуальні експресивні іннервації в формі конверсійних симптомів, які частково служать послабленню витіснених емоцій, а частково захищають від прямого їх вивільнення. Іноді розрядка відбувається у звичний спосіб експресивного відреагування, але, оскільки емоції витіснені, людина не розуміє, чому раптом її потягнуло на сміх або плач. Тут йдеться про психотичні та невротичні реакції;

3) вісцеральні реакції на емоційні стимули, здійснювані за участю автономної нервової системи. Вони беруть безпосередню участь у формуванні психосоматозів. Якщо в обов'язки ЦНС входить регулювання стосунків із зовнішнім світом, то вегетативна НС націлена на управління внутрішніми справами організму. Збереженням, захистом та будівництвом (анаболічними процесами) особливо зайнятий парасимпатичний відділ ВНС, тому він стимулює шлунково-кишкову діяльність, накопичення цукру в печінці, спазму є бронхи для захисту від подразників. Симпатичний відділ ВНС займається регуляцією внутрішніх вегетативних функцій у зв'язку із зовнішньою діяльністю, особливо в екстремальних ситуаціях. При підготовці організму до боротьби і втечі він гальмує анаболічні процеси, і навпаки — інгібує шлунково-кишкову діяльність, стимулює роботу серця і легень, перерозподіляє кров, відводячи її від вісцеральних ділянок до м'язів, мозку, тобто туди, де потребується додаткова енергія в умовах зіткнення із зовнішнім стресом.

Слід зауважити, що потенційно кожену ситуацію, що вимагає від людини інтенсивного психологічного опрацювання, можна вважати стресом. Отже, симпатичні та парасимпатичні впливи в цілому антагоністичні.

Парасимпатичне домінування відводить людину від зовнішнього світу та його проблем у просте вегетативне існування, особливо виразно це проявляється уві сні.

При симпатичній стимуляції мирні функції будівництва і росту кидаються на протистояння зовнішнім проблемам. У випадку невротичних розла-

дів вегетативних функцій ця гармонія між зовнішньою ситуацією та внутрішніми вегетативними процесами порушується. В цілому емоційні розлади вегетативних функцій.

Александр пропонує ділити на дві основні категорії. Розлади, віднесені до першої групи, пов'язані з хронічним домінуванням симпатичного відділу ВНС. Вони є результатом гальмування, якщо говорити мовою фізіології, і витіснення, якщо говорити мовою психології, агресивного трибу, який виявляє себе не лише ворожістю, але й самоствердженням та активною творчістю. Оскільки ці імпульси репресуються, поведінка боротьби чи втечі не реалізується, не отримує свого природнього завершення, хоча організм знаходиться в стані готовності, завдяки активованим симпатичним функціям.

Якщо установка на витіснення агресії неситуативна, а міцно вкорінена в особистісний паттерн реагування, то підтримання стану готовності до боротьби набуде хронічного забарвлення, разом з прискореним серцебиттям, підвищеним артеріальним тиском, розширеними судинами в скелетних м'язах, посиленним обміном речовин і мобілізацією вуглеводів. Ілюстраціями цих феноменів є різні форми кардіальних симптомів, тиреотоксикоз, цукровий діабет, ревматоїдний артрит, певні види головних болів. Такі симптоми є реакцією на невротичну тривогу і тамований гнів.

На розлади другої групи (домінування парасимпатичного відділу ВНС) страждають люди, які звикли па необхідність жорсткого самостверженню реагувати емоційним відступом від боротьби в узалежнений стан. Замість протистояти зовнішньому світу, їх перший імпульс — звернутися по допомогу, вхопитися за мамину спідницю. Така втеча від дії до релаксованого стану називається вегетативним відступом.

Загальнопоширеним прикладом цього феномену є людина, в якій під час небезпеки замість необхідних дій розвивається понос. Отже, ці соматикаки реагують парадоксальним чином: замість підготовки до спрямованої назовні дії вони відступають у вегетативний стан, протилежний до потрібної реакції.

Пацієнти першої групи виглядають, таким чином, більш адаптованими, адже симпатичний відділ все ж таки функціонує на межі із зовнішнім світом, тоді як парасимпатичний провокує глибшу втечу від вирішення проблем, яка характерна для більш ранньої стадії розвитку, стадії вегетативної залежності від матері.

Схожим чином психологічний компонент в бронхіальній астмі полягає у відступі від дії в стан залежності та пошуку допомоги. Отже, для неї властиве домінування парасимпатичної ланки автономної нервової системи. Прояви тенденції до гіперактивності бронхів в нічні години є закономірним результатом домінування п. Vagus, що характерно для цього періоду доби.

Його домінування набуває стійкості в зв'язку з патологічною гіперреактивністю бронхів і відсутністю достатнього компенсаторного впливу через альтернативну систему. Крім того, на рівні периферійних бронхів така регуляція підтримується циркулюючими в крові катехоламінами — гормонами стресу, значення яких зрозуміле з часів появи праць Сельє. Вони є мобілізуючим фактором захисних сил організму, в тому числі за рахунок включення резервів дихання.

Дисфункція на рівні периферійного органу (бронхів) створює стійке вогнище домінування парасимпатичної ланки в гіпоталамусі. В разі емоційного чи фізичного навантаження, порушення балансу проявляється ще більше — приступами астми. Особливості гіпоталамуса спричиняються до розладу інтегруючих функцій і проявляються вегетативними кризами, що включають також приступи ядухи.

Особливо це помітно при гіпоталамічному (дієнцефальному) синдромі, який поєднує запальний та неврогенний компоненти дисфункції гіпоталамуса у зв'язку з інфекцією, інтоксикацією, травмою. В такій ситуації додатковий психогенний стрес сприяє подальшій дезорганізації гіпоталамічних функцій.

Крім того, стан психіки сам по собі формується під впливом приступів ядухи, які набувають самостійного стресорного характеру (гіпоксичний

стрес). При цьому вже не тільки стан бронхів, але й протікання психічних процесів підтримують розвиток захворювання і стійку патологічну домінанту, яка визначає психологію хворого.

Вочевидь, що таке зачароване коло можна розімкнути, лише уявляючи ці закономірності. Відповідь на те, з якої причини в поведінкових паттернах астматика закріпився рефлекс витіснити несвідомий імпульс пошуку допомоги і узалежнення, дає психоаналіз, досліджуючи ті ранні конфлікти, які формують особистість та стилі її реагування у різних ситуаціях.

Отже, бронхіальна астма є психосоматозом зі стійким превалюванням діяльності парасимпатичного відділу автономної нервової системи внаслідок домінування психологічної установки на відступ від дії в стан залежності і опіки, яка вперто витісняється і не відреаговується у відповідній довільній поведінці.

1.2. Психологічний підхід до захворювання на бронхіальну астму.

Основний витіснений конфлікт, який астматики несвідомо опрацьовують у спосіб власних соматичних страждань, лежить в системі координат орального світу, що видно вже з попередніх розділів, де астма розглядається як витіснений крик про допомогу. Він зосереджений довкола колосальної потреби в опіці та страху бути розчавленим психологічно цією опікою.

З огляду на це, доцільно розглянути погляди Фрайбергера, який деякі психосоматози, і в їх числі астму, виводить з порушень прегенітального розвитку. Він стверджує, що умовою стабільної та стійкої впевненості в собі є підтримка і підтвердження батьками самостійності дитини. Завдяки цьому розвивається внутрішня впевненість і самоповага (нарцисизм). Дитина, що знаходить підтримку в самій собі (нарцистична підтримка), і при зовнішніх несприятливих умовах залишається достатньо стійкою. Процес переходу від зовнішньої залежності до внутрішньої самопідтримки і самостійності, в зна-

чній мірі залежить від стабільних стосунків з батьками і, насамперед, з мамою.

Біографії психосоматиків показують, що їх батьки часто перешкоджали розвитку їх самостійності, в зв'язку з чим баланс між утримуванням дитини і наданням їй свободи порушувався. Батьки, що позбавляють дитину підтримки і проявляють до неї агресію, витісняють в неї витіснення і заперечення цієї ситуації, що призводить до порушення здатності до саморефлексії, усвідомлення почуттів. При гіперопіці в дитини не формуються навички самостійної поведінки, і при зустрічі зі світом поза сім'єю вона отримує удар по своєму нарцисизму.

Такі порушення прегенітального розвитку спричиняють формування двох базових конфліктів, які часто комбінуються:

1. Конфлікт між одночасними протилежними бажаннями — інфантильної залежності та незалежності. Він проявляється в двох типах поведінки: псевдонезалежній та маніфестнозалежній. Для першої, псевдонезалежної, бажання залежності неусвідомлене, витіснене, адже, будучи усвідомленим, воно переживалося б як сором. Пацієнт демонструє нібито самостійність. Захисний характер цієї самостійності виявляється в ригідності поведінки, її компенсаторному характері.

2. Конфлікт близькості — дистанції, що проявляється в одночасному співжитті протилежних тенденцій — бажання залежності і міжособистісного дистанціювання.

Навколо цих базових конфліктів формуються чотири психодинамічні фактори, що обумовлюють можливість психосоматозу:

— емоційна недостатність, обмеження інтроспекції і саморефлексії. Пацієнти рано навчаються тому, що вони нездатні самі себе сприйняти правільніше за дбайливу маму, тому їм важко розуміти себе. Вони прямо не виявляють свої бажання, пояснюючи свої реакції лише актуальними труднощами.

— нарцистична дисрегуляція. Для психосоматиків характерна занижена самооцінка, відчуття внутрішньої невпевненості, що називається нарцистичною образою. Цей стан посилює переживання втрати об'єкту (реального або вифантазованого) — людини, сфери діяльності, ідеології, ліків, нормальних функцій свого тіла. Втрата об'єкту передуює маніфестації захворювання і є додатковим фактором психічної обробки, що обтяжує нормальну роботу горя.

— агресивне гальмування. Втрата об'єкту призводить до фрустраційної агресії — злоби, роздратування, ненависті стосовно втраченого об'єкту. Фрустраційна агресія гальмується через страх ще більше втратити втрачене. Вона може проявлятися непрямо — іпохондрією, роздратуванням на близьких, медперсонал.

— депресія. Фрустраційна агресія може переходити в почуття безпомічності, безнадійності, страх покинутості.

Дані міркування, в першу чергу, стосуються астматиків, ураження яких є дуже раннім, воно торкається перших місяців життя, коли описані амбівалентності домінують. В їх взаєминах з близькими людьми постійно реінсценується властивий ранній оральній фазі амбівалентний конфлікт з матір'ю: конфлікт між прагненням злиття, близькості з мамою і страхом такого злиття, що загрожує втратою власної ідентичності і страхом бути проковтнутим нею аж до танатофобії. В них немає достатнього буферу в діапазоні близькість-дистанція, як це буває в здорових людей, що дозволяє їм достатньо комфортно почуватися при різних ступенях психологічного наближення до іншої людини. Астматикам значно складніше віднайти золоту серединку в стосунках з близькими людьми.

Дитина на все життя зостається узалежненою від маминої спідниці, в стосунках з іншими людьми нею керує страх сепарації від матері, який, однак, витіснений в результаті ще сильнішого іншого страху — страху бути задушеним всюдисущою опікаючою матір'ю, тому на свідомому і поведін-

ковому рівні дитина демонструє підкреслену незалежність, самостійність, буття сам-по-собі, як вовк-самітник, що іноді скидається на аутичну самоізоляцію. Найяскравіше це спостерігається під час приступу, коли дитина абсолютно недоступна контакту, незважаючи на стурбованих рідних, вона ведеться так, ніби є сам на сам зі своєю бідною.

Цікаво, що метафорично можливість дихати символізує життя, контакт, взаємодію зі світом, тоді як нестача повітря означає відрізаність від світу.

Як свідчать дослідження психоаналітиків, мати є центральною фігурою в сім'ї в порівнянні з периферійнішою роллю батька, при чому в цій ролі вона може поводитися як гіперопікаюче, так і зневажливо до своїх материнських обов'язків. У процентному співвідношенні частіше зустрічаються гіперактивні, у все вникаючі і влізаючі матері, ставлення яких до дитини можна виразно описати епітетом «задушливе». Вони впливають на немовля своєю ніжністю, притягують його своєю прив'язаністю і цим загальмовують самостійний розвиток дитини, який вимагає періодичних фрустраційних поштовхів, і заодно змушують дитину тамувати природні агресивні імпульси, націлені на маму, необхідні для тої ж таки сепарації і унеможливлені в результаті нестерпного відчуття провини за завдання болю своїй ідеальній мамі, яка не заслуговує на нього та й нездатна контейнувати найменші агресивні прояви обожнюваного немовляти.

Цей ранній досвід створює захист проти всюдисущого материнського світу у вигляді спазму бронхів. В такій констеляції психологічних акцентів у сім'ї астму слід розглядати швидше як витіснений крик проти матері. В іншій ситуації, коли мати відсуджена від дитини, не виказує до неї необхідних вимог, полишає її саму на себе. Дитина тим більше не має шансу адекватно сепаруватись, адже їй бракує стабільних стосунків із самостійним впевненим у собі об'єктом, який мав би стати запорукою власної впевненості та незалежності в інтерналізованому вигляді.

Природні прояви агресії також унеможливлюються, оскільки дитина

боїться втратити і без того далеку маму. У цьому випадку астматичний приступ схожий на витіснений крик про допомогу і турботу. Однак слід зауважити, що у всіх випадках дитина і прагне, і відштовхує турботу матері, бо має в ній потребу, але досвід отриманої опіки свідчить про її неадекватність, нездоровість, деструктивність.

Якщо переключитися з розгляду об'єктних стосунків на життя внутрішніх трибів, то майже всі класики психоаналізу вказують на надто сильний рівень оральної сексуальності в дитячому віці у хворих на астму.

Внаслідок особливо тяжких танатофобічних переживань, супроводжуваних травмою народження, для них винятково важливе значення для життя (радіше для виживання) має рот як ерогенна зона та нюх, які внаслідок підвищеної сексуальності призводять до фіксації лібідо на дихальних шляхах. У фазі розвитку едипового комплексу відбувається зсув лібідо в цю сферу.

Доедипова фіксація на образі матері спричиняє інфантильні фантазії, які зосереджуються в таких життєвоважливих сферах як дихання, нюх, прийом їжі та виділення. Загострюється чутливість до їжі в силу її виняткової значимості для життя (цікаво, що в дітей переважає аліментарна алергія).

Астматичні приступи викликають актуальні моменти, які реінкарнують інфантильну ситуацію з мамою, яку дитина амбівалентне жадає і побоюється. Деякі матері реагують на перші ознаки ніжності або навіть сексуальності дитини відчуженням або відторгненням, тому сексуальні імпульси дитини небезпечні тим, що їх реалізація може призвести до втрати любові і уваги мами.

Особливо типовий для астматиків конфлікт у зв'язку з дитячою превербальною формою експресії у вигляді плачу: плач як перша можливість покликати маму на допомогу буде подавлятися, бо дитина боїться маминих нарікань та відмови.

Отже, основний психоемоційний конфлікт, який змушує дитину боронитися і оточити себе астматичним панцирем, полягає в відчутті гострої екзистенційної незахищеності в перші місяці життя, яка штовхає її напру-

жено катектувати материнський об'єкт. Однак мама не в стані емоційно кон-тейнувати вияви дитини, вона тривожна і ведеться або надто інтервентно, опікаюче або навпаки — уникаюче стосовно неї. В результаті, немовля прагне залежності від мами, що означає захищеність і ніжність, але одночасно боїться її, бо має неприємний досвід, тому втікає від мами, хоче звільнитися від її опіки. В подальшому житті цей конфлікт близькості-дистанції стає ви-значальним у взаєминах з близькими людьми.

Фрайбергер пов'язує маніфестацію захворювання з психологічною (рідко фізичною) втратою материнського об'єкту. Наступні загострення ви-никатимуть в ситуаціях, що загрожуватимуть хворому аналогічними пережи-ваннями втрати об'єкту опори і підтримки. Ним може бути як близька люди-на, так і робота, переконання, ліки, соціальний статус та інше. Типовий хара-ктер установок формулюється таким чином: «Не хочу мати з тим жодної справи», «Хочу поставити стіну», «Не стерплю цього», «Хочу накритися з головою ковдрою». Пезешкіан вважає, що приступ астми провокується одночасним пред'явленням людині надто складних вимог, при зіткненні з не-справедливістю, коли треба стримати злість. Всі ці ситуації мають яскраве оральне забарвленім. Ряд авторів інтерпретує появу астматичних симптомів відповідно до теорії наuczіння як умовний рефлекс на певні психічні чи сома-тичні подразники: стрес, лють, страх, розлади настрою, переживання розлуки або переохолодження, запах, пил. Згадане диференціювання ситуації заго-стрення з неспецифічними факторами відповідає поняттю генералізації збу-дження або реакції. По суті, йдеться про те саме. Отже, приступ викликається у ситуації, коли світ проявляє відверту ворожість до людини, позбавляє її опори і допомоги, розчаровує, ставить їй вимоги, з якими вона неспроможна дати собі раду. В такі моменти людина переживає гостру беззахисність. При-ступ — це соматизована психологічна катастрофа екзистенційних масштабів.

Бронхіальна астма входить до класичної групи психосоматозів. Су-проводжуючись психосоматичними розладами, бронхіальна астма набуває

тяжкого перебігу. Індивідуальні психологічні особливості дитини, стереотип поведінки, реакція її на стресову ситуацію, способи переробки внутрішнього конфлікту тісно пов'язані з перебігом захворювання. Нервово-психічні фактори, діючи паралельно запальному процесу, сприяють його загостренню, фіксації симптомів захворювання; вплітаючись у патогенез захворювання вони ведуть до поглиблення тяжкості бронхіальної астми [60].

До патології нервової регуляції відносяться різноманітні порушення нейрогенного походження, так звані неврози внутрішніх органів, загальні та регіонарні нейрогенні порушення судинного тону, бронхіальна астма, деякі форми ішемії міокарду і серцевих аритмій, дискинезії органів шлунково-кишкового тракту і жіночої статевої сфери, деякі форми діабету та ін. Багато змін реактивності, які трактуються як алергія, являють собою прояви порушення нервової регуляції, за якою імунні зміни виникають як вторинні; виділена нейрогенна неімунологічна бронхіальна астма, описана „неімунологічна” алергія. Відомі випадки, коли важкі напади бронхіальної астми, які не піддавалися лікуванню гормональними препаратами, купувалися при нормалізації кровообігу чи при електростимуляції мозку [47].

Клітини мозку найбільш чутливі до кисневого голоду, який виникає під час приступів бронхіальної астми. При бронхіальній астмі істотну роль у формуванні психоневрологічних порушень відіграє гіпоксія. Клінічні прояви гіпоксії мозку мають місце практично у всіх дітей з середнім і тяжким перебігом захворювання. У цьому випадку до основних симптомів приєднуються емоційна лабільність, подразливість, погіршення пам'яті та уваги, депресія. В періоді передвісників виникнення захворювання спостерігається нерівноваженість процесів збудження та гальмування в центральній нервовій системі; діти збуджені або навпаки пригнічені. Буває різкий перехід від веселого, грайливого настрою до байдужості, плаксивості, діти можуть бути роздратовані.

Після нападу хворі діти на початку сонливі, а в подальшому можуть

спостерігатися головний біль, в'ялість, швидка втомлюваність, адинамія [50]. У дітей з бронхіальною астмою і поза нападів мають місце швидка втомлюваність, утримується страх перед виникненням приступу, знижується успішність в навчанні, вони часто дратівливі, плаксиві.

Приступ ядухи для дитини та її батьків завжди є стресовою ситуацією і в залежності від того, як вони реагують на неї, формуються різні патологічні процеси в корі головного мозку. Надмірна опіка батьків, часте нагадування дитині про її хворобу або навпаки, цілковита байдужість можуть поглиблювати патологічні зміни в центральній нервовій системі [57].

Нервово-психічний стрес приблизно у 5% дітей відіграє важливу роль в розвитку бронхіальної астми. При цьому діти можуть втрачати емоційність мови, котра здебільшого маловиразна, обличчі амімічне. Хворі втрачають інтерес до ровесників, розваг чи ігор. Часто емоційна лабільність набуває відтінку агресивності, діти люблять заглиблюватися в себе. Страх перед приступом інколи переходить в звичку дитини займати вимушене положення (фіксує плечовий пояс). В залежності від типу конституції дитина може бути дуже рухлива, люб'язна, ласкава або навпаки, капризною, плаксивою, роздратованою, агресивною. Маленькі діти часто просяться на руки, перестають гратися, знижується апетит, „безпричинно” плачуть, порушується сон. Діти старшого віку скаржаться на головний біль, зниження працездатності, швидку втомлюваність, можуть лягати відпочивати вдень, що не притаманно їм.[23].

За даними літератури [60], у хворих на бронхіальну астму спостерігається високий рівень занепокоєння, депресії, фобічних реакцій.

Виділяють чотири варіанти нервово-психічного механізму патогенезу бронхіальної астми: істеричний, неврастенічний, психастенічний, „шунтовий”. У підлітковому віці найчастіше зустрічається „шунтовий” варіант: при виникненні сварки між батьками приступ, що розвивається у дитини, переключає їх увагу на ядуху, чим припиняє з'ясування стосунків. Крім того,

дитина отримує турботу членів сім'ї. Проте, у дітей можуть бути і інші варіанти [24].

Емоціональний клімат сімей, де є хвора на бронхіальну астму дитина, характеризується значним ступенем контролю один за одним. Це призводить до блокування емоційних переживань. Остання тенденція також пов'язана з боязню агресії з боку рідних або занадто вираженої їх реакції на відкритий прояв емоцій. Думки „не просити про допомогу” набувають позитивної цінності в подібних сім'ях.

В підтримці такого ригідного стереотипу взаємовідносин в сім'ї важлива роль належить астматичним симптомам хворої дитини, особливо тим, які провокуються за «шунтовим» механізмом. З іншого боку, подібний механізм уникнення конфронтації з конфліктом, підтримка якого є умовою реалізації звичних форм психологічного захисту в сім'ї, сприяє персистенції астматичних симптомів, хронізації захворювання.

Особистісні риси, на основі яких у дитини розвивається бронхіальна астма з нервово-психічним варіантом перебігу, формуються під впливом подібного виховання з боку батьків: материнська гіперопіка і приховане неприйняття батьком. Домінуюча гіперопіка перешкоджає розвитку самостійності дитини, сприяє фіксації стереотипу безпомічності і безпорадності. Залежність дитини, її постійна потреба в матері нерідко є перешкодою успішної компенсації почуття невпевненості і незадоволеності собою. Потреба матері бути необхідної тому, хто цього потребує, обумовлює насильницьке позбавлення дитини відповідальності за своє здоров'я і лікування, що призводить до формування пасивно-оборонного типу реагування на бронхіальну астму. Поступово предметом турбот стає не дитина, а дитина лише в контексті її хвороби і, нарешті, у фокус сімейного життя потрапляють астматичні симптоми і на цьому фоні інтерес до особистості дитини знижується. З часом все життя сім'ї підпорядковується лікуванню хвороби. «Сімейний міф» про «святість» астматичних симптомів, який формується в подібних

умовах, створює таку атмосферу в сім'ї, коли всі бажання і потреби дитини сприймаються всерйоз тільки, якщо вони супроводжуються безперечним аргументом свистячого дихання. Так, в деяких сім'ях хворих на бронхіальну астму, ситуація «культу» дитини змінюється атмосферою «культу» хвороби.

1.3. Структура особистості хворих на бронхіальну астму

Бронхіальна астма є класичним прикладом хвороби, яка обумовлена багатьма факторами і при якій взаємодіють численні компоненти, в основному психосоматичні, інфекційні, алергічні. Емоційні фактори самі по собі не можуть створити достатні умови для розвитку хвороби, але у біологічно схильної до неї дитини вони можуть привести в дію астматичний процес. В розвитку бронхіальної астми важливо роль відіграють психологічні фактори і інфекційно-простудні хвороби, на фоні яких реалізуються алергічні механізми. У деяких хворих на бронхіальну астму ці фактори, сприяючи провокації і фіксації астматичних симптомів, глибоко проникають у патогенетичний ланцюг захворювання, призводять до поглиблення біологічного дефекту, хронізації захворювання. На певних етапах перебігу бронхіальної астми психологічні механізми патогенезу можуть становитися ведучими.

Спроби виявити відповідальні за виникнення бронхіальної астми психічні конфлікти, пошук провокуючих їх особистісних рис, привели до гіпотези про існування специфічного для захворювання „профілю особистості”, який зумовлює маніфестацію захворювання. Основні характеристики такого „профілю особистості” у хворих на бронхіальну астму визначаються як схильність „подавляти депресію і агресію”, „стримувати реакції на фрустраційний вплив”, „підвищена нестійкість, надзвичайна збудливість або млявість, підвищена виснаженість”, висока тривожність. Характерний для хворих на БА профіль особистості асоціюється з проявами алекситимії – механістичним характером мислення, який виявляється в нездатності фантазувати, бажанні

оперувати конкретними поняттями, тобто труднощі в усвідомленні та вербалізації своїх відчуттів [53].

В теперішній час наявність алекситимії в структурі особистості розглядається як один з можливих факторів ризику психосоматичних розладів. Такі особи демонструють найнижчу готовність до виконання лікарських рекомендацій і призначень [28].

В психологічному профілі дітей, хворих на бронхіальну астму, алекситимія виявляється у 60,0% випадків. Недостатня здатність до адекватного емоційного відреагування у пацієнтів з алекситимією веде до значного посилення емоційної напруги і тривоги. Для них є характерним нерегулярне і нерациональне проведення базисної терапії, недотримання дієти, настороженість до обстеження і нових методів лікування. Це діти, з якими важко встановити контакти і виникають деонтологічні проблеми в процесі спілкування. У цих дітей часто виникають труднощі в системі міжособистісних контактів, недостатня здатність до адекватної емоційної реакції, до пред'явлення скарг і опису свого стану. Як вже наголошувалось, виділяють чотири варіанти нервово-психічного механізму патогенезу бронхіальної астми: істеричний, неврастенічний, психастенічний, „шунтовий”. Кожному з них притаманні внутрішньо- і міжособистісні конфлікти, актуалізація яких приводить до загострення захворювання.

При неврастенічному варіанті фіксації захворювання має значення внутрішньоособистісний конфлікт. Актуалізація конфлікту між занадто підвищеною вимогливістю до себе і недостатністю особистісних ресурсів приводить до загострення бронхіальної астми, в результаті якого хворий уходить від сприйняття невідповідності власного «Я» і дійсних особистісних рис, підводить раціональний мотив під свою пасивність, відхід від конструктивного вирішення протиріч.

Основний конфлікт хворих з істеричним варіантом патогенезу бронхіальної астми характеризується підвищеними претензіями особистості в поєд-

нанні з недооцінкою або навіть повним ігноруванням об'єктивних реальних умов чи вимог оточуючих. Астматичні симптоми, які провокуються за цим механізмом, приводять до виключення з поля уваги неможливого для хворого мотиву, відмови від самостійного вирішення труднощів, ухилення від реальної оцінки власної ролі в конфліктній ситуації. Тому симптоми набувають характеру «умов приємності», тому що позбавляють хворого від важкої для нього ситуації, вірніше від необхідності її вирішення. В такому випадку приступи ядухи призводять до часткового задоволення потреб або придбанню вигод в житті, що формує тенденцію «втечі в хворобу» [58].

Загострення захворювання у хворих з психастеничним варіантом настає в стані емоційної напруги, розвиток якого обумовлений актуалізацією конфлікту внутрішньоособистісних тенденцій, необхідністю зробити вибір і реалізувати його в поведінці. Астматичні симптоми позбавляють від необхідності прийняття самостійного рішення і активних практичних дій.

„Шунтовий” механізм розвитку бронхіальної астми відмічається головним чином у хворих дитячого віку і грають вирішальну роль в підтримці ригідного стереотипу відносин в сім'ї [51].

Для розуміння психогенетичних аспектів розвитку бронхіальної астми необхідне визначення як особистісних факторів, суб'єктивної значущості, інтелектуального особистісного сенсу астматичних симптомів для хворого, так і уточнення ролі порушень здоров'я в формуванні і підтримці структури, динаміки і функціональних особливостей цілісної сімейної системи. Варіативність провокування симптомів бронхіальної астми знаходить прояв в тому, що вони підкріплюються як з боку самого хворого, так і з боку мікросоціальної системи, в якій він функціонує.

Симптоми бронхіальної астми, які провокуються актуалізацією особистісних конфліктів, можуть накладати глибокий відбиток на стресову ситуацію (наприклад, сприяючи поліпшенню відношення до хворого інших учасників конфлікту) або ж на характер переживання хворим протиріч, що

загострилися (втеча від усвідомлення власної ролі в конфлікті, від нездатності до конструктивного вирішення проблем). В першому випадку, має місце маніпуляційний механізм, в другому – перцептивний захист і механізм, близький раціоналізації. Після приступу ядухи, рівень психоемоційної напруги знижується, що є позитивним підкріпленням патологічної адаптації хворого до стресових ситуацій через астматичні приступи [26].

Особистість хворих на бронхіальну астму характеризується наступними специфічними особливостями.

Загальноприйнятим вважається значення агресії; агресія у астматиків не витісняється і це виявляється в приступах ядухи. Астматики дуже сильно переживають агресивність, але не виявляють її; вони недовірливі і підозрілі, тому не схильні до самопожертвування.

У астматиків часто виявляється надчутливість до запахів, особливо до тих, які якимось пов'язані з нечистотами і неакуратністю, а також з неохайною поведінкою. Такі люди також дуже залежні від думок оточуючих людей.

У більшості дітей, хворих на бронхіальну астму, виявляються невропатичні риси: підвищена чутливість, збудженість, тривожність, лякливість, драгтивність, швидка зміна настрою з більшою схильністю до зниженого (тихий голос, невпевненість в собі, в своєму майбутньому, недооцінка власного „Я”), образливість і вразливість. Ці риси більш різко виступають у дівчат, у хворих важкою формою бронхіальної астми з тривалістю хвороби від 5 років і у тих, хто повніше усвідомлює свою хворобу. У цих дітей частіше бувають конфлікти з батьками і однолітками, які загострюють захворювання.

Майже 70% дітей усвідомлюють свою хворобу, навіть фіксуються на ній, вони часто говорять „мені потрібно лікуватися; мені заважає хвороба”. Іпохондрична фіксація на хворобі частіше зустрічається при підвищеній увазі батьків до хвороби дітей, а також у випадках, коли діти дізнаються про важкість хвороби і про її можливі наслідки. Інші діти поза приступів не говорять про хворобу, навіть уникають розмов про неї і конфліктують з батьками, які

примушують їх лікуватися [59].

У більшості хворих бронхіальну астму відмічають істеричні риси характеру: демонстративність в висловленнях, інтонаціях і поведінці, прагнення до завойовування уваги, негайного виконання бажань, жадоба до постійного успіху тощо.

За даними дослідників, при визначенні самооцінки дітей з бронхіальної астми встановлено, що вони вважають себе працьовитими, енергійними і добрими дітьми, веселими, чесними, розумними. Завищена оцінка частіше зустрічається у молодших дітей. Вона, особливо висока по інтелектуальній діяльності, на думку авторів є проявом компенсаторної реакції організму дитини.

В той же час, у третина дітей вважають себе слабими і хворими, нерішучими і нещасливими. Оцінка самоповаги, сили і активності у дітей з бронхіальною астмою значно нижчі, ніж у їх здорових однолітків.

Особливо це помітно у хлопчиків 13-15 років. Дівчата цього віку з бронхіальною астмою оцінюють себе більш впертими і напруженими, але менш впевненими, відкритими, товариськими і чесними, ніж здорові дівчата того ж віку.

Серед найважливіших бажань дітей з бронхіальною астмою, головним є бажання бути здоровими, що рідко зустрічається у їх здорових однолітків. Майже у половини дітей виникає бажання бути разом з батьками, у третини – мрія мати друга, собаку чи іншу тварину.

Нейротизм (емоційна лабільність) у дітей з бронхіальною астмою вищий, ніж у здорових дітей. Ще більш високим він є у тривало хворіючих дітей, особливо дівчат. Нейротизм підвищується з віком. На цей стан впливають важкість захворювання і усвідомлення своєї хвороби.

Слід відмітити позитивну відповідь на запитання «Чи бувають моменти, коли ти не хочеш жити?», яку дає третина дітей в 10-12 років, а в 13-14 років вже 45,0%. Частота таких відповідей з віком також зростає і деякі діти

зізнаються, що у них і спонтанно появляються такі думки.

Діти з бронхіальною астмою мають схильність відволікатися під час підготовки уроків. Їм притаманні головний біль, головокружіння, серцебиття, втомлюваність, що пов'язують з постійною астенизацією і дихальною недостатністю. Ці скарги нерідко виявляються при частих рецидивах астматичних приступів.

Відмічають велике значення біоритмів, а саме сну-неспанья, в патогенезі бронхіальної астми. Діти з цим захворюванням погано засинають, приступи БА частіше виникають увечері та вночі, у деяких з них сон порушений з раннього дитинства. Деякі діти розповідають про яскраві, рідше страшні сновидіння, зовсім рідко про відчуття ядухи, нестачі повітря під час сну. Інші хворі бояться темряви, самотності, в них виникають різноманітні ілюзії та страхи.

Діти молодшого віку виявляють погану увагу; з віком увага поліпшується. Бажання зробити менше помилок, краще виконати завдання уповільнює темп роботи. Ця старанність, сумлінність і повільність дій схожі з епілептоїдними рисами особистості.

У дітей, хворих на бронхіальну астму, спостерігаються невротичні реакції на ситуацію утруднення життєдіяльності, переважно істероїдного типу. Виникнення істеричних реакцій з іпохондричними включеннями при БА пов'язують з вихованням за типом потворствуючої гіперпротекції.

Психометричні багатосторонні дослідження особистості дають змогу констатувати у хворих на бронхіальну астму ряд розладів за типом невротичної тріади (нейротизм, істероїдність, депресія) [14].

Особистість з іпохондричними проявами нейротизму (психосоматична предрисповиція) спрямована на відповідність нормативним критеріям, як в сфері соціального оточення, так і у сфері власних фізіологічних функцій. Основна проблема особистості даного типу – пригнічення спонтанності, стримування самореалізації, контроль над агресивністю, гіперсоціальна

спрямованість інтересів, орієнтація на правила, інструкції, повір'я, прикмети, інертність у прийнятті рішень, уникання серйозної відповідальності, страх не впоратися з проблемами. У міжособистісних стосунках такі хворі виявляють високу вимогливість як до себе, так і до інших. Поєднання стриманості та дратівливості проявляється у них постійною напруженістю.

Істероїдність реакцій хворих на бронхіальну астму виявляється в усуненні тривоги за рахунок соматизації та витиснення її з формуванням демонстративної поведінки. Такі реакції дозволяють тлумачити життєві труднощі, неспроможність виправдати сподівання оточуючих, невідповідність власному рівню вимог з точки зору раціоналізації їх пояснення.

Посилення депресивних настроїв у хворих на бронхіальну астму виявляє перевагу пасивної особистісної позиції. Хворі прагнуть до уникання вирішення проблем. Для них характерні перевага пригніченого настрою, песимізм, незадоволеність життям.

Загалом, прояви невротичної тріади (іпохондрія, депресія, істероїдність) свідчить про посилення зосередженості на стані власного здоров'я, схильність шукати співчуття у оточуючих, песимістичне ставлення до власних проблем, підвищену вимогливість, незадоволення лікуванням, пригнічений настрій.

Для неврастенічного компоненту особистості характерна поведінка за типом «дратівливої» слабості, тобто спалахи роздратування, особливо при болях, при неприємних відчуттях, при невдачах лікування, несприятливих даних обстеження. Найбільш поширеними скаргами серед невротичних проявів є відчуття повзання мурашок, пульсації, здавлювання, розпирання в різних частинах тіла, а також різноманітність такого роду відчуттів [43].

Досить часто зустрічається параноїдальний (надзвичайна підозра до ліків і процедур), тривожний (безперервний неспокій і недовірливість у відношенні до несприятливого перебігу хвороби, можливих ускладнень, неефективності і навіть небезпечності лікування) та апатичний компоненти

особистості хворих на бронхіальну астму [19].

Для дітей, які страждають на бронхіальну астму, характерним є: нестабільність, емоційна лабільність, істероїдність, сенситивність, у деяких випадках епілептоїдність та астеничність. Виразність цих характерологічних рис варіює в залежності від тривалості, важкості і усвідомлення захворювання. Ці риси слугують сприятливим підґрунтям для розвитку невротичних реакцій. У більшості хворих останні провокують астматичні приступи.

Відхилення в емоційній сфері проявляються в швидкій втомлюваності, дратівливості, відчутті страху, депресії, прихованій агресивності, частій зміні настрою. Для зсувів в емоційно-вольовій сфері характерні крайність емоційних реакцій від зникнення дитячої безпосередності і жвавості емоцій до гіперактивності. Певна частина дітей має порушення циклу сон-неспаня: сонливість вдень, в'ялість вранці і збудженість ввечері, важке засинання, неспокійний сон.

Особливістю особистості у більшості дітей з бронхіальною астмою є також інтереси і міркування, які притаманні дорослим, при відсутності самостійності думок і поведінки. Дослідники пов'язують це із зменшенням їх спілкування з однолітками і підвищення спілкування з дорослими.

Під час приступів і поза приступами бронхіальної астми у дітей виявляють суттєві порушення пам'яті (безпосередньої і оперативної), виражені коливання уваги і емоцій. Менш значні зміни встановлені в стані мислення. Все це свідчить про порівняно швидку виснажливість сили нервових процесів і уповільнення їх жвавості [52].

В літературі існує багато спроб описати специфічні особистісні типи хворих на різні психосоматози.

Ф. Александер, проте, віддаючи належне роботам Данбар, звертає увагу на те, що кореляція між характером і схильністю до захворювання необов'язково розкриває причинний зв'язок. Між ними може бути упущена ланка — специфічний стиль життя, притаманний людям з певним харак-

тером. Більш того, психоаналітичне дослідження може виявити один і той самий емоційний конфлікт під масками зовні дуже різних характерологічних типів, і саме цей конфлікт, з точки зору психоаналітиків, матиме вирішальний вплив на схильність до певного захворювання [16].

Так, Александер пише, що характерний емоційний паттерн астматика можна виявити в осіб з абсолютно протилежними особистісними профілями, які захищають себе від страху сепарації за допомогою зовсім різних емоційних механізмів. Тому займатися дослідженням характерних рис астматиків, як і інших психосоматиків, річ невдячна, хоч, мабуть, і в них є певні закономірності, незважаючи на прийнятий постулат: єдиного астматичного профілю не існує. Доцільніше досліджувати все ж таки психодинаміку внутрішніх процесів у хворих на астму. Однак і тут є певні труднощі. Полеміка з приводу того, які саме психодинамічні важелі задіяні при астмі, ускладнена тим, що такі важливі фактори психічного життя астматиків, як тривожність, витіснення ворожих та еротичних імпульсів, надмірна фрустрованість, подавлене прагнення до залежності і турботи, відчуття неповноцінності і провини, притаманні багатьом психосоматозам [24].

Специфічна не стільки наявність якогось конкретного або кількох цих факторів, а та динамічна конфігурація, в якій вони проявляються. Специфічність такого роду подібна до тієї, що зустрічається в стереохімії. Складові різних органічних сполук одні і ті ж, однак вони утворюють багато різних комбінацій з різними якостями. Крім того, специфічний спосіб, в який проявляє себе мотивація.

Так, агресія може проявлятися в фізичному нападі, в забрудненні, плююваннях, словесних образах, деструктивних фантазіях, оригінальному творчому самоздійсненні, актах самоствердження та в інших непрямих способах нападу. Так само, бажання бути об'єктом опіки може проявлятися як бажання бути нагодованим, приголубленим, вдоволенним, отримати похвалу, одобрення, допомогу будь-яким іншим чином. Разом з тим, на формування властивого як

астматикам, так і іншим психосоматикам особистісного типу впливають специфічні саме для них внутрішньосімейні психологічні констеляції, саме вони викристалізують основний конфлікт та допомагають дитині виробити для самозарадності астматичний чи інший панцир.

Крім таких загальних для всіх психосоматичних хворих рис, як стримувана агресивність, витіснена потреба в опіці, оперативне мислення, ригідне Супер-Его, емоційна неграмотність, довербальні форми експресії справжніх переживань, порушення в сексуальній сфері, в особистісній структурі астматиків можна виділити сильне приховане бажання ніжності і відвертості, яку їм дуже важко прийняти і проявити. Вони дуже чутливі до запахів. Неприємні запахи вивільняють, насамперед, предмети, пов'язані з нечистотами і брудом в широкому значенні.

Однак, така гіперчутливість до подібних запахів розповсюджується на «брудну» поведінку інших і, в першу чергу, на власні брудні думки. Звідси також крайня залежність від оцінок оточуючих їх людей. Спостереження виявляють у астматиків реактивні утворення, якими заміщаються агресивні тенденції і бажання близькості.

Також вказується на те, що агресія не стільки витісняється, скільки стримується і скеровується всередину або на сому, коли ж випустити її ніяк і ніде не вдається, хворий видає приступ. Існує зв'язок між вдихом і видихом, з одного боку, і здатністю брати і віддавати — з іншого. У астматиків є схильність до утримання, збереження, неповертання.

Астматики відрізняються надмірною ввічливістю, їм тяжко переступити власну тактовність, вони мотивовані на досягнення, цінують стриманість, скромність і самовладання. Таким чином, мабуть, не зовсім коректно говорити про окремий виразний астматичний профіль особистості, однак, розуміючи типовий внутрішній конфлікт астматиків, можна відслідковувати ті паттерни поведінки, які в кожному конкретному випадку обиратимуться для його опрацювання.

Згідно сучасних уявлень, бронхіальна астма розглядається як хронічне запальне захворювання дихальних шляхів, на фоні якого розвиваються гострі приступи бронхіальної обструкції. Бронхіальна астма у дітей стала не тільки поширеною, але й небезпечною патологією. В останні десятиріччя захворювання значно помолодшало, його діагностують у дітей перших років і навіть перших місяців життя.

Саме в підлітковому віці відбувається загострення алергічних захворювань, до яких ми відносимо і захворювання на бронхіальну астму. Максимальні показники алергічної чутливості спостерігаються у віці 10-11 і 13 років, після 14 років вчені відмічають їх спад. Порушення психоемоційного балансу тісно пов'язане з багатьма факторами внутрішнього та зовнішнього середовища.

Зростання рівня лабільності, тривожності, нервозності у пубертатному віці зумовлено наявністю у дитини хронічного захворювання, підвищеною алергічною чутливістю, а також впливом соціальних факторів, а саме: низькою матеріальною забезпеченістю сім'ї, неправильним типом виховання в сім'ї, стресогенної обстановки. Нераціональне харчування, обмеження рухової активності і часом перебування дитини на свіжому повітрі також є несприятливими факторами в патогенезі бронхіальної астми.

Вивчення психологічних порушень у підлітків з бронхіальною астмою виявляє широкий спектр психопатологічних феноменів неспсихотичного рівню. Ці порушення поліморфні, тісно пов'язані з соматичним станом хворої дитини і більшим ступенем визначаються психотравмуючим впливом. Серед преморбідних особливостей слід відмітити перевагу астенічних, психастенічних, емоційно-лабільних та істеричних рис характеру. Дані особливості надають значний вплив на розвиток і психологічну структуру розладів.

Найбільш поширеними є астенічні реакції в межах невротичних і неврозоподібних розладів, які виявляються скаргами на слабкість, погане самопочуття, підвищену втомлюваність, особливо після фізичного навантаження, розладами настрою, дратівливістю, порушеннями сну, частіше у ви-

гляді труднощів при засинанні. Одночасно виявляються легкі інтелектуально-мнемічні розлади - деяке зниження інтелектуальної продуктивності і пам'яті, труднощі зосередитися і концентрації уваги.

На другому місці йдуть депресивні розлади (короткочасні чи більш тривалі в залежності від форми бронхіальної астми): пригнічений настрій, схильність до сліз, тривожний сон, занепокоєння, тривога, песимістичне ставлення до майбутнього, іпохондричні переживання.

Істеричні реакції проявляються «втечею» у хворобу, фіксацією на різноманітних тілесних відчуттях, демонстративністю поведінки.

Виразність та індивідуальність реакцій корелює з важкістю перебігу захворювання, особистісними рисами, віком початку захворювання. Саме вони визначають характер реагування на психотравмуючий вплив, ними ж визначається індивідуальна значимість факторів, виникнення психогенних реакцій у відповідь на вплив як соматичних, так і психічних подразників.

Клінічні особливості захворювання, необхідність тривалого лікування, періодичні госпіталізації, страх перед ядухою, численні обмеження формують у дитини стан хронічної емоційної напруги, який не тільки погіршує перебіг захворювання, але в багатьох випадках веде до формуванню в дитини психопатій.

Суттєвий психологічний вплив на особистість дитини, хворої на бронхіальну астму, його відношення до своєї хвороби і лікування, на перебіг захворювання надають особливості сімейних відносин. І навпаки, наявність важкої хвороби у дитини накладає відбиток на психологічний клімат в сім'ї. Формується замкнене коло, розірвати яке можуть допомогти різноманітні психотерапевтичні методики.

Висновки до 1 розділу:

Бронхіальна астма у дітей стала не тільки поширеною, але й небезпечною патологією. В останні десятиріччя захворювання значно помолод-

шало, його діагностують у дітей перших років і навіть перших місяців життя.

Саме в підлітковому віці відбувається загострення алергічних захворювань, до яких ми відносимо і захворювання на бронхіальну астму. Максимальні показники алергічної чутливості спостерігаються у віці 10-11 і 13 років, після 14 років вчені відмічають їх спад. Порушення психоемоційного балансу тісно пов'язане з багатьма факторами внутрішнього та зовнішнього середовища. Зростання рівня лабільності, тривожності, нервозності у пубертатному віці зумовлено наявністю у дитини хронічного захворювання, підвищеною алергійною чутливістю, а також впливом соціальних факторів, а саме: низькою матеріальною забезпеченістю сім'ї, неправильним типом виховання в сім'ї, стресогенної обстановки. Нераціональне харчування, обмеження рухової активності і часом перебування дитини на свіжому повітрі також є несприятливими факторами в патогенезі бронхіальної астми.

Вивчення психологічних порушень у підлітків з бронхіальною астмою виявляє широкий спектр психопатологічних феноменів непсихотичного рівню. Ці порушення поліморфні, тісно пов'язані з соматичним станом хворої дитини і більшим ступенем визначаються психотравмуючим впливом. Серед преморбідних особливостей слід відмітити перевагу астенічних, психастенічних, емоційно-лабільних та істеричних рис характеру. Дані особливості надають значний вплив на розвиток і психологічну структуру розладів.

Найбільш поширеними є астенічні реакції в межах невротичних і неврозоподібних розладів, які виявляються скаргами на слабкість, погане самопочуття, підвищену втомлюваність, особливо після фізичного навантаження, розладами настрою, дратівливістю, порушеннями сну, частіше у вигляді труднощів при засинанні. Одночасно виявляються легкі інтелектуально-мнемічні розлади - деяке зниження інтелектуальної продуктивності і пам'яті, труднощі зосередитися і концентрації уваги.

На другому місці йдуть депресивні розлади (короткочасні чи більш тривалі в залежності від форми бронхіальної астми): пригнічений настрій, схильність до сліз, тривожний сон, занепокоєння, тривога, песимістичне ста-

влення до майбутнього, іпохондричні переживання.

Істеричні реакції проявляються „втечею” у хворобу, фіксацією на різноманітних тілесних відчуттях, демонстративністю поведінки.

Виразність та індивідуальність реакцій корелює з важкістю перебігу захворювання, особистісними рисами, віком початку захворювання. Саме вони визначають характер реагування на психотравмуючий вплив, ними ж визначається індивідуальна значимість факторів, виникнення психогенних реакцій у відповідь на вплив як соматичних, так і психічних подразників.

Вищенаведені дані підкреслюють поширеність порушень психосоматичних відношень у підлітків, хворих на бронхіальну астму.

Клінічні особливості захворювання, необхідність тривалого лікування, періодичні госпіталізації, страх перед ядухою, численні обмеження формують у дитини стан хронічної емоційної напруги, який не тільки погіршує перебіг захворювання, але в багатьох випадках веде до формуванню в дитини психопатій.

Суттєвий психологічний вплив на особистість дитини, хворої на бронхіальну астму, його відношення до своєї хвороби і лікування, на перебіг захворювання надають особливості сімейних відносин. І навпаки, наявність важкої хвороби у дитини накладає відбиток на психологічний клімат в сім'ї. Формується замкнене коло, розірвати яке можуть допомогти різноманітні психотерапевтичні методики.

РОЗДІЛ 2.

МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПІДЛІТКІВ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ.

2.1. Підлітковий вік як передумова загострення бронхіальної астми.

В підлітковому віці відбуваються зміни на анатомічному, фізіологічному і біохімічному рівнях. Особливе значення ці вікові зміни мають для формування нервової та імунної систем. Вікова нестабільність імунної системи визначає і дуже поширені алергійні захворювання підлітків, з самими різними проявами.

Поширеною є думка, що підліток, який страждає на бронхіальну астму – це підліток, який «виростає» з астми [7]. У більшості хворих дітей до моменту досягнення дорослого віку симптоми бронхіальної астми повністю зникають або виявляються значно рідше. Існують дані про те, що у 2/3 дітей астма в підлітковому віці змінює свій перебіг. Іноді симптоми захворювання виникають знову, але вже в зрілому віці. Останнім часом з'явилися дані про те, що захворювання у 40-70% пацієнтів, які стали дорослими, продовжується, часто набуваючи важкого перебігу. Більш того, випадки приступів бронхіальної астми, які загрожували життю, описуються саме у підлітків [10].

Клініцистами відмічено, що бронхіальна астма у підлітків супроводжується досить виразними реакціями з боку нервової системи. Алергійний вплив перебудовує у дітей реактивність організму, сприяючи появі високої чутливості центральної нервової системи. Нейрогенні механізми визначають індивідуальний перебіг захворювань внутрішніх органів, приймають участь на всіх етапах розвитку соматичних форм патології. З іншого боку, захворювання внутрішніх органів, особливо серця і легень, змінюють гомеостаз і супроводжуються нервово-психічними розладами.

Особливістю підліткового віку є незрілість центральної нервової системи, яка здійснює координаційну і інтегративну роль сумісної діяльності вегетативно-нервової системи і емоційної сфери, що обумовлює фізіологічну нестабільність вегетативних і емоційних функцій у дітей. Цьому сприяє перебудова обмінних, гормональних процесів і регуляції кровообігу в період росту організму [13].

Вікові закономірності розвитку особистості викликають у підлітка почуття невпевненості, невизначеності, незадоволеності собою та своїми соціальними зв'язками. Фактор захворювання особистості може перетворитися у серйозну психологічну проблему самотності.

Низька самооцінка, негативне само сприйняття, страх відторгнення, непорозуміння, сором'язливість, недостатній розвиток комунікативних звичок може бути наслідком батьківських позицій у родині, що впливає на становлення підлітка, життєву, соціальну та інші рольові позиції особистості в різні моменти його життя.

Батьківські позиції відносно дитини з бронхіальною астмою пов'язані із соціальним очікуванням, яке висувається суспільством в якості норм батьківської поведінки.

В родинях, де ростуть діти з бронхіальною астмою, часто виникає гіперопіка, що формує маніпулятивну стратегію поведінки, почуття самотності. Маніпулятивність формується з раннього дитинства, коли батьки втягуються в систему: дитина - хвора, слабка; батьки – рятівники у будь-якій ситуації.

Коли дитина підростає і батьки вимагають відповідальності в різних життєвих ситуаціях, підліток продовжує втягувати своїх рідних, однолітків, друзів в ту ж саму ситуацію, за тими ж самими правилами. Якщо хтось відмовляється, починається маніпулювання «я не вмію, не зможу, мені буде погано, я не повинен цього робити» [32].

Дослідження виявляють затримку статевого дозрівання і відхилення у розвитку особистості майже у всіх дітей з бронхіальною астмою. Частіше

вони набувають інфантильно-істероїдних рис: егоцентризм, несамостійність, бажання уваги, піклування про них, вразливість, збудженість та примхливість. Такий патохарактерологічний розвиток порушує адаптацію підлітків до оточуючого середовища, особливо при спілкуванні з однолітками.

Поряд з проявами підвищеної тривожності і внутрішньої невпевненості, яка обмежує життєву активність, і притаманний здоровим дітям потяг до спілкування, ці порушення нерідко посилюють батьки, які штучно ізолюють їх від однолітків, ставлячи в положення „хворої дитини”.

Підліток, хворий на бронхіальну астму, постійно живе у жорсткій системі обмежень, створеній батьками і лікарями. Існують обмеження у виборі майбутньої професії. Ці та інші заборони, постійне нагадування про хворобу, необхідність дотримуватися режиму нерідко викликають реакції протесту підлітків. Особливо образливі для них зауваження однолітків про їх слабкість.

Хворі діти намагаються реабілітувати себе самі. Частіше це «втеча в хворобу», особливо вдома, коли незначне покашлювання дитини не тільки хвилює, але й нервує батьків. Іноді це відбувається у лікарні, і деякі діти, щоб отримати більше уваги персоналу, мимоволі викликають у себе напади. Рідше як психологічний захист виявляється заперечення хвороби. Діти ухиляються від розмов про свої проблеми, заявляють що вони не пам'ятають або не бажають пригадувати.

Але, незважаючи на те, що діти вважають себе абсолютно здоровими, тема хвороби так чи інше звучить при спілкуванні з ними. Так, наприклад, обговорюючи майбутній похід, вони нагадують взяти з собою ліки, цікавляться чи є поблизу населений пункт з лікарнею тощо. Тобто повного витіснення не відбувається. Компенсаторно вони намагаються добре вчитися, полюбляють демонструвати свої інтелектуальні здібності, музикальність, рисунки, колекції. Але в реальному житті підлітки з бронхіальною астмою намагаються зайняти пасивну позицію. Постійне усвідомлення своєї відмін-

ності від здорових однолітків посилює невротизацію і дезадаптацію підлітків з бронхіальною астмою.

Таким чином, підлітковий вік є фактором ризику розвитку і погіршення перебігу бронхіальної астми, оскільки є дані, що майже половина дітей (49,0%), які поступають у стаціонар – діти цієї вікової групи [8].

Безпосередніми причинами виникнення захворювання у дітей підліткового віку, крім прямого чи непрямого впливу причинно-значимих алергенів, частіше всього є психоемоційні перевантаження в родині і школі і різноманітні психотравмуючі ситуації (сварки з батьками, відчуження з боку однолітків тощо).

Неблагополуччя у родинній сфері є найважливішим причинним фактором у підлітків з бронхіальною астмою, причому цей фактор не тільки сприяє захворюванню астмою, але у ряді випадків значно обтяжує її перебіг, перешкоджає ефективному лікуванню.

Ці та інші порушення в цій сфері відмічають майже 60,0% хворих підлітків. Серед найбільш значимих для цих дітей сімейних психологічних проблем, що впливають на перебіг бронхіальної астми і частоту нападів ядухи, відзначаються: порушення нормального спілкування в родині після появи перших симптомів хвороби, сварки з батьками, погані відносини між ними чи розірвання шлюбу, алкоголізм у родині, важкі травми, хвороби чи смерть близьких. Це свідчить про глибину патологічного впливу сімейних проблем на перебіг астми в підлітковому віці і про необхідність проведення тривалої сімейної психотерапії на амбулаторному етапі лікування за участю як батьків хворого, так і самої хворої дитини.

Часто сучасні підлітки, хворі на бронхіальну астму, перебувають в умовах хронічної психотравмуючої ситуації, яка обумовлена важкими переживаннями із-за труднощів взаємовідносин з однолітками, відсутністю одного з батьків, відсутністю постійної роботи у батьків, послаблення уваги або грубого відношення рідних, конфлікти з вчителями. Все це у поєднанні з

низьким матеріальним станом, труднощами і неможливістю відповідності вимогам і умовам в школі, що змінилися в сучасному суспільстві, створює передумови відсутності впевненості в собі і формує пускову ситуацію для розвитку захворювання.

Значну роль в порушенні психоемоційного статусу у підлітків, хворих на бронхіальну астму відіграють депресивні реакції. Депресія, яка звичайно виступає як фактор адаптації, тобто має пристосувальну спрямованість, набуває зворотної значимості і веде до тимчасових зривів адаптаційних механізмів, порушення функцій органів і систем, які виражаються у вегетосудинних або вісцero-судинних проявах і розцінюється як соматизована (прихована) депресія.

За даними дослідників чверть дітей, хворих на бронхіальну астму мають неглибоку депресію з наявністю таких симптомів, як відчуття печалю або тривоги, безрадісності і незадоволення, дратівливості; для них характерні песимістична оцінка перспективи і утруднення в прийнятті рішень. 10% дітей мають більш важкий ступінь соматогенної депресії, який характеризується пригніченим і безпорадним станом. Підлітки стають при цьому пасивними і бездіяльними. Власну особистість, теперішню ситуацію і майбутнє вони бачать у дуже не вигідному світі, часто говорять про страх смерті. Наявність важкого ступеню депресії у дітей вчені не виявляють [3].

Звертає на себе увагу значна питома вага серед дітей, хворих на бронхіальну астму, підлітків з акцентуаціями характеру. Акцентуйовані особистості – це люди, психологічні особливості яких можуть виходити за рамки звичайного та можуть розглядатися як своєрідна обдарованість. Але ж подібного роду загостреність індивідуальних рис в несприятливих умовах здатна знизити адаптивні можливості і бути підґрунтям для внутрішньо- та міжособистісних конфліктів, трансформуватися в психопатологічні риси.

У переважної більшості підлітків, хворих на бронхіальну астму, спостерігаються істероїдні риси характеру: демонстративність у висловлюван-

нях, інтонаціях і поведінці, егоцентризм; вони дуже емоційні і надзвичайно вразливі. Така емоційна лабільність погіршує перебіг хвороби у дітей цієї вікової групи. Виражена нестійкість психоемоційної сфери, яка характерна для підліткового віку, сприяє закріпленню відчуття страху і повторюванню приступів бронхіальної астми, навіть коли вплив провокуючих чинників був нетривалим.

Як вже наголошувалось, в формуванні бронхіальної астми, а також в її підтримці значне місце займає порушення функцій нервової системи. Мають значення конституційні особливості мозку, які сприяють проявам різних функціональних розладів. З іншого боку, у найспокійнішої і врівноваженої дитини під впливом частих, тривалих і важких приступів, як правило, в кінці кінців виникають порушення діяльності нервової системи.

Страх, який з'явився під час приступу, змінюється пригніченим станом. Діти стають замкнутими, дратівливими, у них відбувається швидка зміна настрою. Вони не можуть грати у футбол і займатися іншими видами спорту, їм завжди щось шкідливо. У підлітка з'являється страх смерті, сором за свою хворобу перед однолітками, особливо перед представниками іншої статі; неприємна для них необхідність ін'єкцій, прийому медикаментів.

Домінуючим типом акцентуації серед хворих дітей є астено-депресивний тип, який характеризується вираженими депресивними тенденціями: пригнобленим, подавленим настроєм, страхом смерті, песимістичним ставленням до прогнозу захворювання. Для підлітків даного типу характерні нестійка, неадекватна самооцінка, виражена потреба в самовизначенні, нестійкість адаптації і зниження контролю над емоційною сферою.

За даними дослідників, ті чи інші психологічні відхилення та ступінь їхньої виразності залежить від особистісних особливостей характеру хворих дітей, тяжкості та тривалості перебігу захворювання і соціального оточення (сім'я, однолітки, викладачі). Серед особистісних рис у підлітків, хворих на бронхіальну астму, до початку захворювання найчастіше відзначається під-

вищена вразливість, полохливість, тривожність, численні страхи та фобії, схильність до немотивованих змін настрою тощо. Майже у 97,0% дітей спостерігається найтісніший емоційний зв'язок з батьками і повна залежність від них у будь-яких життєвих ситуаціях [18].

У більшості дітей переважає виховання «оранжерейного» типу: їх оберегають від труднощів, обмежують їх самостійність, фіксують на хворобі. Діти негативно сприймають нагадування про їх хворобу і пов'язаних з нею обмеженнях. Вони не можуть повністю прийняти режим здорових дітей і не бажають бути відвернутими однолітками. Виникає внутрішній конфлікт між домашнім «оранжерейним» вихованням, недостатньою самостійністю, товариськістю, відсутністю впевненості в собі, внутрішньою тривожністю і необхідністю активної позиції серед однолітків. Цей конфлікт з віком не зменшується й є більш вираженим у хлопців. В них відмічається недостатня маскулинність, деяка інфантильність та істероїдність.

Найбільш розповсюдженим психологічним типом серед хворих бронхіальну астму підлітків є інтервертований тип, частота якого також зростає з посиленням важкості перебігу хвороби. Такі діти орієнтовані на внутрішній світ, невпевнені в собі, песимістичні, у них виявляється низька самооцінка, підвищений рівень тривожності, самотність.

Відношення до хвороби інтегрує всі психологічні категорії, в рамках яких формується «внутрішня картина хвороби» у підлітка.

Різні типи відношення умовно групуються у три блока.

Перший блок: гармонійний, ергопатичний і аногностичний типи – характеризується меншою виразністю соціальної дезадаптації підлітка у зв'язку із захворюванням.

Другий блок: тривожний, іпохондричний, неврастенічний, меланхолічний і апатичний типи – відрізняється інтрапсихічною спрямованістю.

Третій блок: сенситивний, егоцентричний, паранойяльний і дистрофічний типи – характеризується інтерпсихічною спрямованістю.

Перший блок типів реагування на хворобу характеризується адекватною оцінкою свого стану, без схильності перевищувати його важкість і без підстав бачити все в чорному кольорі, але й без недооцінки важкості хвороби, з бажанням активно сприяти лікуванню.

Підлітки з другим типом реагування відчують постійну тривогу з приводу несприятливого перебігу хвороби, будь-яких ускладнень. Як наслідок – тривожний настрій, пригніченість. Хворі шукають нові способи лікування, нових лікарів, які здаються їм більш авторитетними.

Діти з сенситивним типом реагування (третій блок) надмірно стурбовані можливим негативним враженням, яке може справити на оточуючих відомості щодо їх хвороби. Вони занепокоєні, що друзі почнуть уникати їх, вважати неповноцінними, побоюються стати тягарем для близьких з-за хвороби.

У дівчат переважають типи відношення до хвороби, які відносяться до першого блоку, у хлопців виявляється більша кількість типів реагування на хворобу, які входять до другого і третього блоку [54].

Але багато дітей прагнуть приховати ці емоційні переживання. Особливості психіки зумовлюються захворюванням і водночас поважчають його перебіг. Спроби підлітка приховувати перед оточуючими свою хворобу не тільки погіршують її перебіг, а й стають джерелом додаткових психогенних переживань. Психічною травмою для дитини може стати самий факт установлення лякаючого діагнозу, необхідність використання інгалятора, особливо в громадських місцях, транспорті, недостатня ефективність терапії. Все це формує у підлітка певний песимізм відносно перспектив свого стану. Захворювання впливає як на фізичний стан індивідуума, так і на психологію його поведінки, емоційні реакції, часто змінюють його роль та місце у соціальному житті [4].

Міжособові стосунки відіграють значну роль у психоемоційному стані підлітків, хворих на бронхіальну астму. Замкненість, іпохондрія, депресія

дозволяють хворій дитині пристосуватися до хвороби. Водночас, ця пристосувальна спрямованість веде до короткочасного або більш тривалого зриву адаптаційних механізмів, які поглиблюються при зростанні тяжкості захворювання. Тому важливе значення в процесі реабілітації хворого має перебудова міжособових стосунків у найближчому значимому оточенні підлітка. Психотерапевтична корекція при бронхіальній астмі повинна бути спрямована на як на відновлення міжособових родинних зв'язків так і на зміну відношення до захворювання, на формування навичок саморегуляції з метою зниження психоемоційного напруженості.

2.2. Процедура дослідження психологічних особливостей підлітків, хворих на бронхіальну астму.

З метою вивчення психологічних особливостей підлітків, хворих на бронхіальну астму, були підібрані адекватні методики і створена батарея методів, яка включає спостереження, бесіди (індивідуальні й групові), анкети, тестові опитувальники для вивчення прояву тривожності, емоційної нестабільності та нейротизму, визначення типів акцентуацій.

В психологічних дослідженнях існують різноманітні методи та підходи. Медична психологія має свою специфіку, переважно використовуються : метод інтерв'ю, особистісні тести, самоописові тести.

Метод інтерв'ю - це бесіда, у якій експериментатор за певним планом намагається отримати інформацію про ті питання, які він вивчає. Інтерв'ю, як самостійний метод, використовується рідко. На ранніх стадіях дослідження воно вимагає визначити змінні, а крім того використовується для контролю даних, отриманих за допомогою інших методів. Інтерв'ю буває стандартизоване (готові сформульовані питання) і нестандартизоване (дає можливість стандартизації смислу питання, тобто змінюючи форму питання, наближається до звичайної бесіди). Стандартизоване інтерв'ю застосовують для великої

кількості досліджуваних. Вважається, що воно є більш достовірним.

Особистісні тести. Найбільш важливою якістю особистісних методик є їх спрямованість на виявлення поведінки, типової для даного індивіда. В той час, коли тести успішності, або тести здібностей вимагають від досліджуваного продемонструвати максимальне виконання, знайти краще рішення, або якнайшвидше виконати завдання, то в особистісних тестах такі вимоги, як правило, не висуваються, а увага досліджуваного звертається на ту обставину, що в даному завданні немає “правильних“ і неправильних” відповідей, головне, що від нього вимагається - це дати правдиве викладення фактів, точно виконати інструкцію.

Іншою суттєвою особливістю даних тестів є те, що їх дійсне призначення, як правило, приховується, маскується від досліджуваного. Коли б дійсна мета методики була відома досліджуваним, вони б свідомо, або підсвідомо могли б “покращити” свої особистісні якості відповідно до моральних вимог і тим самим спотворили б дійсний стан речей.

Самоописові тести у використанні мають деякі недоліки:

- на відміну від поведінкових тестів, у яких оцінки досліджуваного виставляються за результатами виконання одного і того ж стандартного завдання, в самоописових тестах оцінки фактично базуються не на однакових ситуаціях (оскільки в життєвому досвіді досліджуваного мали місце найрізноманітніші ситуації, обставини, переживання тощо).

- інформація, яка отримується за допомогою самоописових тестів, ґрунтується на результатах мимовільного самостереження досліджуваного і багато в чому зумовлюється індивідуальними особливостями його інтелектуальних здібностей, зокрема, рівнем розвитку самосвідомості, спостережливості, здібностей тощо.

- відповіді досліджуваних багато в чому залежать від уміння розібратись у змісті поставлених питань. Цей фактор має велике значення при тестуванні дітей, оскільки багато з тих понять, про що йде мова в тесті, у різ-

них досліджуваних часто виявляються не на однакових рівнях сформованості.

- можливо суттєві перекручення результатів тестування внаслідок навмисної фальсифікації досліджуваними своїх відомостей.

Не зважаючи на відмічені недоліки, самоописові тести широко використовуються як з дослідною, так і практичною метою. Це пояснюється, насамперед, відносною простотою їх використання, оскільки вони належать до так званих бланкових методик, вимагають, як правило, або підкреслювання однієї або кількох готових відповідей, або рангування представлених суджень і, отже, можуть бути використані для обстеження великого контингенту досліджуваних.

Спостереження є одним з основних методів дослідження особистості підлітків. Воно відноситься до методу пізнання дійсності на основі безпосереднього сприймання, завдяки чому можна отримати багату інформацію про досліджуваного. За типом спостереження поділяються на:

- щоденникові записи, які ведуться вибірково, лімітовано, фіксуючи нові прояви у поведінці людини;

- метод опису зразків поведінки. Здійснюється вибірковий запис окремих моментів, найбільш типових для дитини, найбільш суттєвих для дослідження;

- метод відбору короточасних зразків - фіксує увагу експериментатора на вибірових аспектах поведінки досліджуваного за короткий проміжок часу;

- метод однопрофільної характеристики - складається план вивчення інтегральних подій, поведінкових проявів однією даної категорії, наприклад, факт спілкування і т. ін.

Метод спостереження має великі можливості, але, на жаль його потенціал часто використовується явно недостатньо. По суті всі тестові опитувальники, про які мова піде нижче, також базуються на процедурі спостереження

чи, точніше, на його окремому різновиді – самоспостереженні.

Недоліком спостереження є те, що для одержання за його допомогою необхідної достовірної інформації потрібно багато часу. Ще одним недоліком спостереження часто називають неможливість за його допомогою чітко структурувати та формалізувати інформацію. Насправді це нетак, якщо користуватись конкретними методиками, які базуються на методі спостереження.

При виборі тестових методик дослідження підлітків були враховані наступні принципи:

- відносна простота використаних методик;
- швидкість їх проведення;
- повнота досліджуваного явища;
- взаємне доповнення використаних методик;

В нашому дослідженні для діагностики підлітків, хворих на бронхіальну астму ми використовували наступні методики: опитувальник Г. Айзенка, опитувальник тривожності Спілбергера - Ханіна, модифікований опитувальник для ідентифікації типів акцентуацій характеру у підлітків О.Є. Лічко.

Тест - опитувальник EPI (Г.Айзенка).

Г.Айзенк, проаналізувавши матеріали, досліджування хворих, страждаючих невротизмом, дійшов до висновку, що сукупність рис людини можна представити за допомогою двох головних факторів: екстраверсії, інтроверсії і нейротизму.

Якщо показники екстро- інтровертированості являється достатньо стабільною характеристикою особистості пацієнта і має значення лише для вибору тактики поведінки психолога в процесі спілкування з ним, то показник рівня нейротизма корелює з виразністю його психоемоційної напруги і допомагає об'єктивувати ефективність психотерапії.

Ми використали тест Айзенка для вивчення рівня емоційної лабільності та нейротизму. Він складається з 60 питань.

Ми використовували реєстраційні бланки звичайного зразка для прове-

дення процедури тестування. Тестування проводилось частково індивідуально, а частково для групи підлітків. Така особливість проведення процедури дослідження пояснюється відсутності умов і приміщення, придатного для одночасного тестування великої групи підлітків.

Шкала реактивної і особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна.

Тест Спілбергера –Ханіна для вивчення тривожності застосовувався нами для вивчення особистісної тривожності наших досліджуваних і також є складовою батареї методик, підібраних нами для вирішення завдань нашого дослідження. Опитувальник являє собою досить надійний її інформативний інструмент для вимірювання тривоги, як індивідуальних властивостей особистості і як стан в який - небудь визначиний момент в минулому, теперішньому, майбутньому.

Під особистісною тривожністю розуміють відносно стійку індивідуальну характеристику, риси яка дає уявлення про схильність сприймати достатньо широке коло ситуацій, як погрожуючі і реагувати на ці ситуації появою стану тривожности різного рівня. Високий показник особистісної тривожності дає увлення про високу ймовірність появи тривожності у суб'єкта в ситуаціях, де мова йде про оцінку його компетентності, підготовленості і які він сприймає погрожуючі. Ця група зазвичай вимагає підвищеної уваги з боку психотерапевта [6]/

Шкала Спілбергера - Ханіна містить в собі 40 питань, в тому числі із 20 питань, характеризуючих особистісну тривожність (опитувач).

В залежності від задач дослідження кожний із опитувальників може застосовуватись самостійно або разом. В останньому випадку реактивна тривожність вимірюється першою.

Опитування може проводитись індивідуально, або в групах без визначення часу.

Для зниження вірогідності утворення установки на позитивні або негативні питання в кожному із опитувальників включено приблизно однакове

число міркувань, характеризуючих високу і низьку ступень тривожності.

Обстежуваному пропонується відповісти на питання зазначивши, як він себе почуває в данному випадку(реактивна тривожність питання 1-20) і як він себе почуває звичайно(особистісна тривожність, питання 21-40). Ми в нашому дослідженні використовували шкалу, що вимірює особистісну тривожність.

Модифікований патохарактерологічний діагностичний опитувальник О. Є. Лічко.

В нашому дослідженні з метою вивчення типів акцентуацій у підлітків використовувався патохарактерологічний діагностичний опитувальник О. Є. Лічко. Особливості застосування цієї методики зумовлені тим, що немає адаптованого варіанта тесту на українській мові. З огляду на це для підлітків, які погано розуміють російську мову, необхідно було перекладати окремі слова і уточнювати, як вони зрозуміли зміст питання.

Деякі діти з експериментальної групи швидко втомлювались і доводилось проводити тестування поетапно. В той же час ми зупинили свій вибір на цьому опитувальнику, а не на опитувальнику Леонгарда –Шмішека, в котрому 88 питань і він начебто більше підходить для тестування астенізованих підлітків. Наш вибір визначався тим, що тест Леонгарда більше орієнтований на шкільну практику.

В текст опитувальника включені 142 діагностичних питання [33].

Діагностично значущими рахуються тільки відповіді «так», що дозволяють провести обстеження в один прийом.

Важливою перевагою МПДО являється те, що значна частина оброблених результатів опитувальника проводиться самими випробуваними: підрахунок балів на бланках відповідей виділення шкал з найбільшою сумою балів. Процедура обстеження спрощена наскільки. підлітки, спираючись на керівництво опитувальника можуть здійснювати самотестування в процесі індивідуальної консультації в кабінеті психолога. Зрозуміло, що на

обов'язком психолога залишаться роз'яснення одержаних результатів, бесіда по цих результатах, тобто особисто психологічне консультування. В середньому час обстеження однієї людини складає 30-35 хвилин. Тест зручний для роботи в групі..

Мінімальні діагностичні числа (МДЧ):

гіпертимний тип - 10;

циклоїдний тип - 8;

лабільний тип - 9;

астено - невротичний тип-8;

сенситивний тип - 8;

тривожно-педантичний тип - 9;

інтровертизований тип - 9;

збуджений тип - 9;

демонстративний тип - 9;

нестійкий тип - 10;

Була відібрана група дітей, що хворіють на бронхіальну астму не менше як два-три роки і мали вік 13-15 років. У підлітковому віці відбувається загострення хвороби. Саме в цей час погіршується психоемоційний баланс, який пов'язаний з багатьма факторами внутрішнього та зовнішнього середовища. Це зумовило нашу увагу до цієї вікової групи.

Зважаючи на необхідність дотримуватись принципу добровільності участі в тестуванні під час нашого дослідженнями відібрали дітей що виявили бажання в співпраці з психологом. Під час проведення групової бесіди з підлітками з метою їх інформування щодо тестування, ми відібрали групу зацікавлених можливістю пізнати свої індивідуально- психологічні особливості підлітків. Ці діти сформували експериментальну групу, в складі цієї групи переважали хлопчики. Слід зазначити, що навіть за результатами попередньої бесіди, ми виявили стурбованість дітей своїм здоров'ям та пода-

льшими життєвими перспективами.

Контрольну групу склали підлітки, що не мали жодного хронічного діагнозу не знаходились на диспансерному обліку та рідко хворіли на нежить та респіраторні захворювання тощо. Вони є учнями середньої загальноосвітньої школи.

Висновки до другого розділу

Основні риси психологічного стану підлітків при легкому перебігу захворювання: хвилювання за стан свого фізичного здоров'я, недостатня здатність контролювати емоції, схильність до самостереження. При середньому ступені захворювання: тривога, афективна ригідність, помилковість та неправильна інтерпретація ситуації, звуження соціальних інтересів. При тяжкому ступені перебігу астми: тривожно фобічні риси, афективна ригідність, соціальна дезадаптація.

Відмічають акцентуації характеру у підлітків з бронхіальною астмою. Серед варіантів особистості превалюють чіткі риси загальмованості, чутливості, інтровертированості, пасивно-захистних реакцій в стресогенних ситуаціях.

Дослідження проводилось у декілька етапів:

На першому етапі проводилося спостереження, бесіди (групові й індивідуальні) ознайомчого характеру з метою створення атмосфери довіри й відвертості, а також проведено анкетування.

На другому етапі запропонували досліджуваним підліткам тестові опитувальники з метою виявлення їхніх особистісних якостей, зокрема проявів особистісної тривожності, емоційної вразливості та особливостей стосунків з найближчим оточенням.

РОЗДІЛ 3.

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПІДЛІТКІВ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ.

3.1. Аналіз результатів дослідження психологічних особливостей підлітків.

Для вивчення особливостей емоційної сфери та особистості підлітків, хворих на бронхіальну астму ми провели дослідження за допомогою опитувальників. Ми використали опитувальник особистісної тривожності Ч. Спілбергера для визначення рівня особистісної тривожності, опитувальник Г. Айзенка для визначення рівня нейротизму, та модифікований патохарактерологічний опитувальник Е. Лічко для визначення акцентуацій.

У дослідженні брали участь підлітки віком від 13 до 15 років. Ми виокремили дві групи контрольну та експериментальну. У контрольну групу входили підлітки, що не мали жодного хронічного діагнозу, не знаходились на диспансерному обліку та рідко хворіли на нежить та респіраторні захворювання.

Експериментальну групу складали підлітки з діагнозом «бронхіальна астма». Чисельність експериментальної групи склала 42 особи, чисельність контрольної групи 28 осіб.

Статистичний аналіз результатів проводився за допомогою багатofункціонального критерія ф Фішера, який дозволив порівняти експериментальну групу-підлітків, хворих на астму та контрольну групу-здорових підлітків. Результати дослідження були оформлені у вигляді таблиць та рисунків, що дають змогу висвітлити розподіл підлітків з різними психологічними особливостями у контрольній та експериментальній групах та порівняти здорових підлітків та їх однолітків, хворих на бронхіальну астму.

Діагностика тривожності

За результатами дослідження в експериментальній групі учасників були отримані наступні данні:

- чисельність підлітків з високим рівнем особистісної тривожності складає 25 осіб;
- чисельність підлітків із середнім рівнем особистісної тривожності – 14;
- кількість учасників експериментальної групи з низьким рівнем особистісної тривожності складає 3 особи.

Для наочності ми побудували кругову діаграму, що показує розподіл часток підлітків за рівнем тривожності у експериментальній групі. Як видно з рис.3.1 доля високотривожних учнів значно більша за долю низькотривожних учнів .



Рис.3.1. Рівень особистісної тривожності учасників експериментальної групи

В контрольній групі учасників були отримані наступні данні:

- чисельність підлітків з високим рівнем особистісної тривожності

складає 7 осіб;

- чисельність підлітків із середнім рівнем особистісної тривожності – 13;
- кількість учасників контрольної групи з низьким рівнем особистісної тривожності складає 8 осіб.

Результати дослідження ми занесли у таблицю.

Розподіл часток підлітків за рівнем тривожності у контрольній групі ілюструє кругова діаграма. Як видно з рис.2 доля високотривожних учнів, незначно більша за долю низькотривожних учнів.



Рис.3.2. Рівень особистісної тривожності у контрольній групі

Порівняння результатів дослідження проводилось нами за допомогою таблиці, в якій ми відмітили чисельність та вираженість у відсотках підлітків з різним рівнем особистісної тривожності.

Як ми бачимо з таблиці у обох групах за показниками майже не відрізняються частки підлітків із середнім рівнем особистісної тривоги.

Підлітки з високим та низькими рівнями особистісної тривожності мають суттєву різницю, яку треба перевіряти статистичними методами.

Таблиця 3.1

Результати дослідження особистісної тривожності підлітків за опитувальником Ч. Спілбергера.

Група	Σ	високий рівень		середній рівень		низький рівень	
		ос.	відсотки	ос.	відсотки	ос.	відсотки
Експериментальна	42	25	64,2%	14	33,3%	3	7,1%
Контрольна	28	7	25%	13	46,4%	8	28,5%

За результатами таблиці ми побудували порівняльну діаграму, що наочно показує різницю у розподілі часток підлітків з різним рівнем особистісної тривожності у експериментальній групі та контрольній групі.

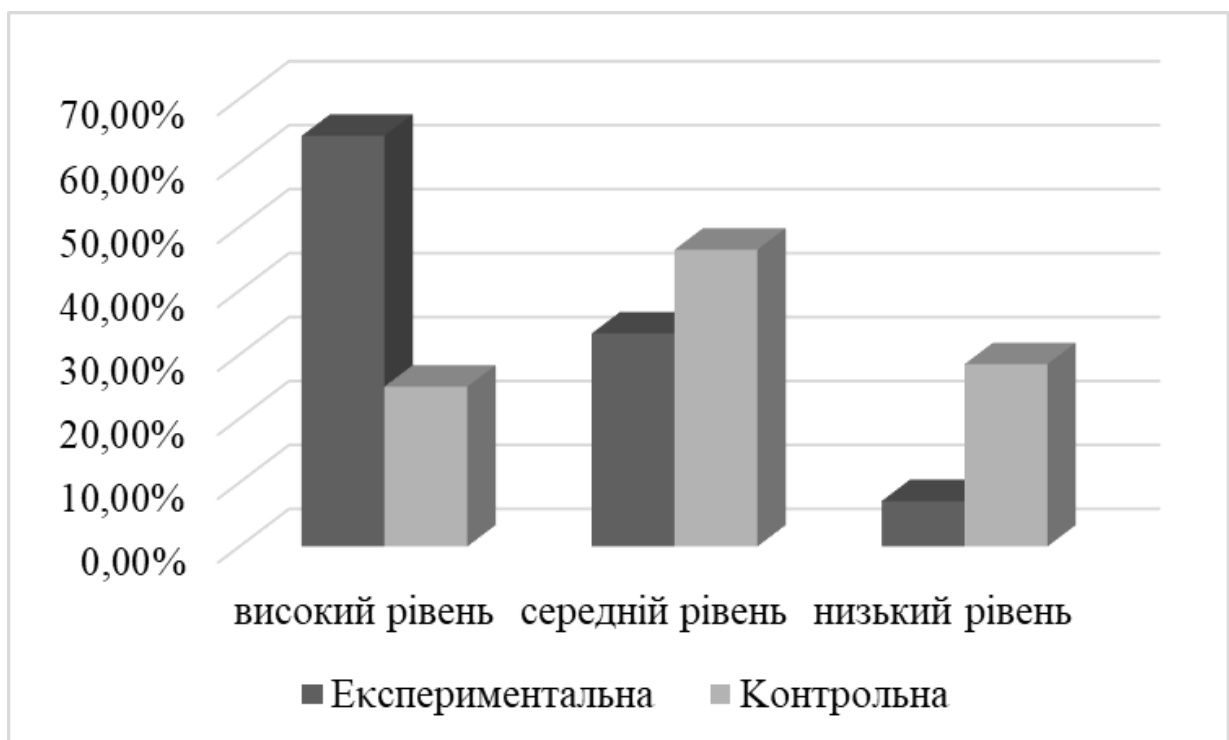


Рис. 3.3. Порівняльна діаграма рівня особистісної тривожності у контрольній та експериментальних групах

Частка високотривожних підлітків у експериментальній групі значно

переважає частку високотривожних підлітків у контрольній групі, і навпаки частка досліджуваних з низьким рівнем особистісної тривоги, у групі, підлітків хворих на астму поступається долі низькотривожних досліджуваних, у групі здорових підлітків.

Таким чином можна зробити висновок, що дійсно існує знайдений нами зв'язок між високим рівнем особистісної тривоги та захворюванням на астму, це показав подальший статистичний аналіз результатів дослідження.

Таблиця 3.2.

Показники особистісної та ситуативної тривожності у підлітків за тестом Спілбергера-Ханіна

Показник	Підлітки з астмою (n=42)	Контрольна група (n=28)
1	2	3
Ситуативна тривожність		
Середнє значення (M±m)	45.8±2.3	36.4±1.9
Медіана (Me)	46.0	35.5
Мінімум	32	25
Максимум	62	48
Рівні ситуативної тривожності (%)		
Низький (<30 балів)	7.1%	21.4%
Помірний (31-45 балів)	42.9%	64.3%
Високий (>46 балів)	50.0%	14.3%
Особистісна тривожність		
Середнє значення (M±m)	48.2±2.1	38.7±1.8
Медіана (Me)	49.0	38.0
Мінімум	34	28
Максимум	65	51

1	2	3
Рівні особистісної тривожності (%)		
Низький (<30 балів)	4.8%	17.9%
Помірний (31-45 балів)	38.1%	67.9%
Високий (>46 балів)	57.1%	14.2%

Примітки:

$M \pm m$ - середнє значення \pm стандартна помилка середнього

p-value розраховано за допомогою t-критерію Стьюдента для незалежних вибірок

Відсоткові показники округлено до десятих

Для статистичного аналізу результатів дослідження нами був застосований багатофункціональний критерій ϕ^* Фішера.

Підрахуємо емпіричне значення ϕ^* за формулою:

$$\phi^* = (\phi^*1 - \phi^*2) \sqrt{\frac{n1 \times n2}{n1 + n2}}$$

де: - ϕ^*1 кут, відповідний більшій відсотковій частці; ϕ^*2 - кут, відповідний меншій відсотковій частці; $n1$ - кількість спостережень у експериментальній вибірці, дорівнює 42; $n2$ - кількість спостережень у контрольній вибірці, дорівнює 28. ϕ^* дорівнює 2,07. Визначаємо точний рівень значимості отриманого ϕ^* емп за таблицею рівнів статистичної значимості критерія Фішера.

Значення ϕ^* емп 2,07 відповідає рівню статистичної значимості $p=0,019$.

На основі, статистичного аналізу ми зробили висновок, що в експериментальній групі підлітків, хворих на бронхіальну астму, кількість осіб з високим рівнем особистісної тривожності, значно відрізняється від кількості осіб з високим рівнем особистісної тривожності в контрольній групі здорових підлітків.

Для уточнення результатів дослідження особистісної тривожності ми опитали батьків про батьківські спостереження проявів тривожності у підліт-

ків. Опитування проводилось на основі стверджень опитувальника особистісної тривожності Ч. Спілберга, який по суті є самозвітом підлітків.

Результати опитування батьків ми порівняли з результатами опитування підлітків.

Таблиця 3.3

Рівень особистісної тривожності підлітків за результатами опитування батьків

Низький рівень тривожності	Середній рівень тривожності	Високий рівень тривожності
5 (11,9%)	15 (35,7%)	22 (52,4%)

Після того як ми отримали результати опитування батьків, нас цікавило чи є кореляція між спостереженнями батьків та результатами, що отримані за допомогою опитувальника особистісної тривожності Ч.Спілберга. Знайдемо кореляцію між результатами опитування батьків та підлітків за допомогою коефіцієнту кореляції Спірмена. Метод рангової кореляції Спірмена дозволяє визначити силу та напрямок кореляційного зв'язку між двома ознаками.

Підрахуємо коефіцієнт рангової кореляції Спірмена за формулою:

$$r_s = 1 - 6 Sd^2 / N(N^2 - 1)$$

де d - різниця між рангами за двома змінними для кожного учасника тренінгу, N кількість учасників.

Коефіцієнт кореляції дорівнює $r_s=0,7193$, за таблицею критичних значень r_s , при $N=17$, визначаємо статистичну значимість. Оскільки r_s більше 0,01 ми зробили висновок, що розроблений нами опитувальник для батьків можна застосовувати для визначення особистісної тривожності підлітків.

3.2. Визначення нейродинамічних характеристик підлітків

Для визначення рівня нейротизму та інтроверсії ми скористалися тестом темперамента Г. Айзенка, який провели в тих самих групах: експериментальній та контрольній. В експериментальну групу входило 42 підлітка, хворих на бронхіальну астму, контрольну групу, чисельністю 28 осіб склали здорові підлітки.

В експериментальній групі учасників були отримані наступні данні:

- чисельність підлітків з дуже високим рівнем нейротизму складає 16 осіб;
- високим рівнем нейротизму складає 15 осіб;
 - чисельність підлітків із середнім рівнем нейротизму- 8;
 - кількість учасників експериментальної групи з низьким рівнем нейротизму складає 3 особи.

Цей розподіл наочно демонструє діаграма рис.3.4. Як, видно з рисунку у контрольній групі переважає доля підлітків з дуже високим та високим рівнем нейротизму.

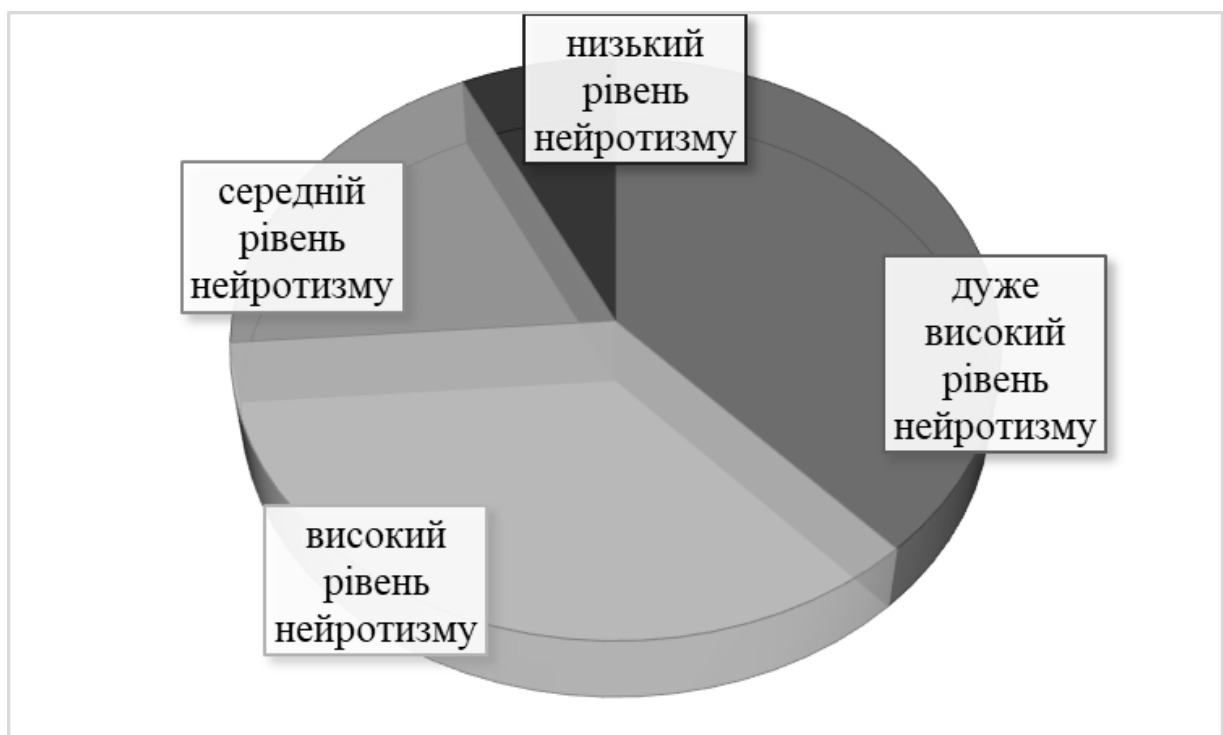


Рис.3. 4 Рівень нейротизму у експериментальній групі

В контрольній групі учасників були отримані наступні данні:

- чисельність підлітків з дуже високим рівнем нейротизму складає 5 осіб,
- високим рівнем нейротизму складає 5 осіб,
- чисельність підлітків із середнім рівнем нейротизму- 13,
- кількість учасників контрольної групи з низьким рівнем нейротизма складає 4 осіб.

Розподіл часток підлітків з різним рівнем нейротизму у конторольній групі ілюструє побудована діаграма. Як, видно, з рис.3.5, у контрольній групі переважає доля підлітків з середнім рівнем нейротизму.



Рис. 3.5. Рівень нейротизму у контрольній групі

Результати дослідження ми занесли у таблицю.

Як видно з таблиці частка підлітків з дуже високим рівнем нейротизму у експериментальній групі переважає частку підлітків з дуже високим рівнем

нейротизму у контрольній групі. Так само, у експериментальній групі доля осіб з високим рівнем нейротизму переважає відповідну долю у контрольній групі.

Таблиця 3.3

Результати дослідження нейротизму, за опитувальником Г. Айзенка

Група	Σ	дуже високий рівень нейротизму	високий рівень нейротизму	середній рівень нейротизму	низький рівень нейротизму
Експериментальна	42	16 (38,09%)	15 (35,7%)	8 (19%)	3 (7,1%)
Контрольна	28	5 (17,8 %)	5 (17,8 %)	13 (46,4%)	4 (1,4%)

За даними таблиці ми склали діаграми, що наочно демонструють розподіл досліджуваних за рівнем нейротизму у експериментальній та контрольній групах.

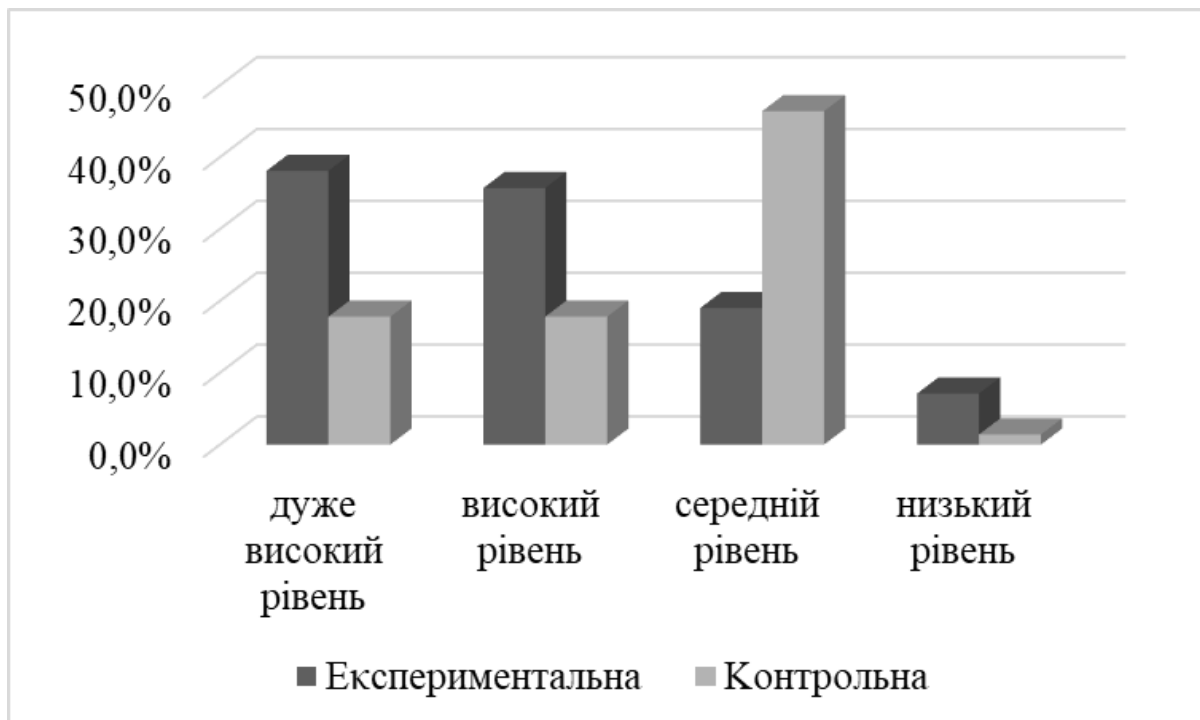


Рис.3.6. Рівень нейротизму у контрольній та експериментальній групах

Як, видно, з рис.3.6 у групі підлітків, хворих на бронхіальну астму кількість підлітків з високим та дуже високим рівнем нейротизму переважає

кількість підлітків з відповідним рівнем у групі здорових. Це дозволяє зробити нам припущення про те, що захворювання на бронхіальну астму певним чином пов'язано з підвищенням рівня нейротизму.

Таблиця 3.4.

Показники нейротизму та екстраверсії у підлітків за тестом Айзенка

Показник	Підлітки з астмою (n=42)	Контрольна група (n=28)
Нейротизм		
Середнє значення (M±m)	16.8±1.2	12.3±1.1
Медіана (Me)	17.0	12.0
Мінімум	8	5
Максимум	24	19
Рівні нейротизму (%)		
Низький (0-7 балів)	4.8%	17.9%
Середній (8-14 балів)	33.3%	60.7%
Високий (15-19 балів)	45.2%	17.9%
Дуже високий (20-24 бали)	16.7%	3.5%
Екстраверсія		
Середнє значення (M±m)	11.2±1.3	14.8±1.2
Медіана (Me)	11.0	15.0
Мінімум	5	8
Максимум	18	21
Рівні екстраверсії (%)		
Інтроверсія (0-7 балів)	21.4%	7.1%
Амбіверсія (8-15 балів)	61.9%	53.6%
Екстраверсія (16-19 балів)	16.7%	32.1%
Яскрава екстраверсія (20-24 бали)	0%	7.2%

Примітки: M±m - середнє значення ± стандартна помилка середнього
p-value розраховано за допомогою t-критерію Ст'юдента для незалежних вибірок.

Подальший статистичний аналіз результатів дослідження показав, чи можна зробити висновок, що дійсно, високий рівнем нейротизму властивий підліткам, хворим на астму. Ми застосували алгоритм розрахунку критерія ϕ^* Фішера для аналізу результатів дослідження нейротизму підлітків, хворих на астму та здорових підлітків.

Емпіричне значення ϕ^* за формулою:

$$\phi^* = (\phi^{*1} - \phi^{*2}) \sqrt{\frac{n1 \times n2}{n1 + n2}}$$

де: - ϕ^{*1} кут, відповідний більшій відсотковій частці; ϕ^{*2} - кут, відповідний меншій відсотковій частці; $n1$ - кількість спостережень у експериментальній вибірці, дорівнює 42; $n2$ - кількість спостережень у контрольній вибірці, дорівнює 28.

Емпіричне значення ϕ^* дорівнює 1,956. Визначаємо точний рівень значимості отриманого ϕ^* емп за таблицею рівнів статистичної значимості критерія Фішера. Значення ϕ^* емп 1,956 відповідає рівню статистичної значимості $p=0,02$.

В експериментальній групі підлітків, хворих на бронхіальну астму, кількість учасників з дуже високим рівнем нейротизму переважає кількість учасників з дуже високим рівнем нейротизму в контрольній групі здорових підлітків.

Ми визначили чи переважає кількість підлітків з високим рівнем нейротизму у експериментальній групі кількість підлітків з високим рівнем нейротизму у контрольній групі, підраховавши емпіричне значення ϕ^* за формулою:

$$\phi^* = (\phi^{*1} - \phi^{*2}) \sqrt{\frac{n1 \times n2}{n1 + n2}}$$

де: - ϕ^{*1} кут = 1,281, відповідний більшій відсотковій частці; ϕ^{*2} = 0,8701 - кут, відповідний меншій відсотковій частці; $n1$ - кількість спостережень у експериментальній вибірці, дорівнює 42; $n2$ - кількість спостережень у контрольній вибірці, дорівнює 28.

Емпіричне значення ϕ^* дорівнює 1,956. Визначаємо точний рівень значимості отриманого ϕ^* емп за таблицею рівнів статистичної значимості критерія Фішера. Значення ϕ^* емп 1,68 відповідає рівню статистичної значимості $p=0,046$.

В експериментальній групі підлітків, хворих на бронхіальну астму, кількість учасників з високим рівнем нейротизму переважає кількість учасників з високим рівнем нейротизму в контрольній групі здорових підлітків.

Результати досліджень нейротизму та особистісної тривожності дає нам підґрунтя для висновків щодо дослідження особливостей емоційної сфери підлітків, хворих на бронхіальну астму.

Оскільки кількість підлітків з високим рівнем особистісної тривожності у експериментальній групі переважає кількість підлітків з високим рівнем особистісної тривожності у контрольній групі ми можемо зробити висновок, що підліткам хворих на бронхіальну астму властивий високий рівень особистісної тривожності.

Оскільки кількість підлітків з дуже високим рівнем нейротизму у експериментальній групі переважає кількість підлітків з дуже високим рівнем нейротизму у контрольній групі та кількість підлітків з високим рівнем нейротизму у експериментальній групі переважає кількість підлітків з високим рівнем нейротизму у контрольній групі, ми можемо зробити висновок, що підвищений рівень нейротизму характерний для підлітків хворих на бронхіальну астму.

3.3. Виявлення індивідуально-типологічних особливостей підлітків (акцентуації).

Для виявлення індивідуально-типологічних особливостей підлітків з захворюванням на астму ми діагностували акцентуації характеру. Виявлення типів акцентуації проводилось за допомогою Модифікованого Патохарак-

терологічного опитувальника О. Є.. Лічко. У дослідженні взяли участь 40 підлітків, хворих на бронхіальну астму, що брали участь у дослідженні емоційних особливостей.

За результатами дослідження більшість складають підлітки з тривожним та астено-невротичним типом акцентуації.

Таблиця 3.5

Розподіл акцентуацій в експериментальній групі

№	Тип акцентуації	Кількість	Доля у %
1	Тривожно-педантичний	11	27,5
2	Астено-невротичний	10	25
3	Сенситивний	6	15
4	Лабільний	5	12,5
5	Демонстративний	4	10
6	Гіпертимний	2	5
7	Інтровертований	1	2,5
8	Нестійкий	1	2,5
	Загальна кількість учасників	40	100

На основі даних таблиці ми побудували діаграму, що дає нам наочне представлення розподілу кількості підлітків за типом акцентуації. Як видно з рис.3.7 найбільш поширеними типами акцентуації в цій групі тривожно-педантичний та астеноневротичний тип акцентуації.

Основними рисами виявлених нами типів акцентуації є емоційна вразливість, неадекватність емоційних проявів, емоційна нестабільність, проблеми у налагодженні стосунків з іншими підлітками, несформованість вміння рефлексії, самоаналізу.



Рис.3.7. Розподіл підлітків за типом акцентуації (у %).

Діагностика акцентуованих рис особистості носить якісний характер, тому ми не порівнювали підлітків, які хворіють на астму з групою здорових підлітків. Але в подальших дослідженнях можна порівняти розподіл акцентуованих рис особистості в групах відносно здорових підлітків.

Висновки до 3 розділу:

З метою реалізації третього завдання нами було здійснено емпіричне дослідження психологічних особливостей підлітків хворих на бронхіальну астму.

Було проведено опитування та тестування 42 підлітків хворих на бронхіальну астму та їх батьків, а також 28 відносно здорових підлітків.

При виборі тестових методик дослідження підлітків хворих на бронхіальну астму були враховані наступні принципи:

- відносна простота використаних методик;
- швидкість їх проведення;

- повнота досліджуваного явища;
- взаємне доповнення використаних методик;

За допомогою опитувальника особистісної тривожності Ч. Спілбергера ми визначили рівень особистісної тривожності у підлітків. Частка високотривожних підлітків у експериментальній групі значно переважає частку високотривожних підлітків у контрольній групі. Доведена достовірність різниці на рівні статистичної значимості $p=0,019$.

Опитування батьків щодо спостережень проявів тривожності у підлітків виявило кореляцію з результатами опитування підлітків. Коефіцієнту кореляції склав $r_s=0,7193$ на рівні $p<0,01$. Це дозволяє використовувати опитувальник для батьків в подальшій роботі.

Тестування рівня нейротизму за тестом темперамента Г. Айзенка показала, що частка підлітків, хворих на бронхіальну астму з високим і дуже високим рівнем нейротизму переважає кількість здорових підлітків з таким же рівнем нейротизму. Доведена достовірність різниці на рівні статистичної значимості $p=0,02$.

Для виявлення акцентуації характеру підлітків з захворюванням на астму ми застосували Модифікований Патохарактерологічний опитувальник Є. Лічко Основними рисами виявлених нами типів акцентуацій є емоційна вразливість, неадекватність емоційних проявів, емоційна нестабільність, проблеми у налагодженні стосунків з іншими підлітками.

ВИСНОВКИ

Для реалізації завдань дипломної роботи в першому розділі ми дослідили ступінь розробленості проблеми психологічної складової протікання бронхіальної астми.

Підлітковий вік є передумовою загострення алергічних захворювань, в тому числі і бронхіальною астмою. Вивчення психологічних порушень у підлітків з бронхіальною астмою виявляє широкий спектр психопатологічних феноменів непсихологічного рівню.

Основними рисами психологічного стану підлітків при легкому перебігу захворювання є: хвилювання за стан свого фізичного здоров'я, недостатня здатність контролювати емоції, схильність до самостереження. При середньому ступені захворювання з'являється: тривога, афективна ригідність, помилковість та неправильна інтерпретація ситуації, звуження соціальних інтересів. При тяжкому ступені перебігу астми хворим властиві: тривожно фобічні риси, афективна ригідність та соціальна дезадаптація. Властиві особливості акцентуації характеру у підлітків з бронхіальною астмою.

За другим завданням ми визначили процедуру та методи дослідження. Дослідження проводилося з 42 підлітками хворими на бронхіальну астму. Для вивчення особливостей емоційної сфери та особистості підлітків, хворих на бронхіальну астму, ми провели дослідження за допомогою тестових методик. При виборі тестових методик дослідження підлітків були враховані наступні принципи:

- відносна простота використаних методик;
- швидкість їх проведення;

- повнота досліджуваного явища;
- взаємне доповнення використаних методик;

В нашому дослідженні для діагностики підлітків, хворих на бронхіальну астму ми використовували наступні методики: опитувальник Г. Айзенка, опитувальник тривожності Спілбергера - Ханіна, модифікований опитувальник для ідентифікації типів акцентуацій характеру у підлітків О.Є. Лічко.

З метою реалізації третього завдання в другому розділі нами було здійснено емпіричне дослідження психологічних особливостей підлітків хворих на бронхіальну астму, їх відношення до своєї хвороби.

У дослідженні брали участь підлітки віком від 13 до 15 років. Експериментальну групу складала 42 підлітка з діагнозом бронхіальна астма. У контрольну групу входили підлітки, що не мали жодного хронічного діагнозу, чисельність контрольної групи 28.

На основі, статистичного аналізу ми зробили висновок, що в експериментальній групі підлітків, хворих на бронхіальну астму кількість осіб з високим рівнем особистісної тривожності, значно відрізняється від кількості осіб з високим рівнем особистісної тривожності в контрольній групі здорових підлітків. Опитування батьків підтвердила наше припущення..

Визначення рівня нейротизму показало, що кількість учасників з високим і дуже високим рівнем нейротизму серед підлітків, хворих на бронхіальну астму переважає кількість здорових підлітків.

Для виявлення індивідуально-типологічних особливостей підлітків з захворювання на астму ми діагностували акцентуації характеру. Найбільш поширеними типами акцентуації в цій групі є тривожно – педантичні та астено-невротичний тип акцентуації. Основними рисами виявлених нами типів

акцентуації є емоційна вразливість, неадекватність емоційних проявів, нестабільність, проблеми у налагодженні стосунків з іншими підлітками, несформованість вміння рефлексії, самоаналізу.

Таким чином, ми можемо зробити висновок, що підлітки хворі на бронхіальну астму відрізняються від здорових однолітків певними психологічними особливостями. У нашому дослідженні ми констатували високий рівень особистої тривожності та нейротизму, що свідчить про емоційну вразливість підлітків.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Антипкін Ю. Г. Чумаченко Н. Г., Уманец Т. Р., Лапшин В. Ф. Аналіз захворюваності та поширеності бронхіальної астми в дітей різних вікових груп по регіонах України. *Перинатологія і педиатрія*. 2016. Т. 1, № 65. С. 95-99.
2. Бедлінський О. І. Проблема періодизації підліткового віку в сучасному суспільстві. *Практична психологія та соціальна робота*. 2011. № 2. С. 49-54.
3. Беш Л.В. Бронхіальна астма у дітей пубертатного віку: особливості патогенезу, перебігу і лікування: Автореф. дис...докт. мед. наук: 14.01.27 /АМН України. Ін-т фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г.Яновського. К., 1999. 34 с.
4. Беш Л.В. Прогноз і особливості вікової трансформації бронхіальної астми у дітей / Л.В. Беш, І.З. Мушак. *Укр. пульмонолог. ж.* 2007. № 4. С. 56-59.
5. Біостатистика: [за ред. проф. В.Ф. Москаленка]. К.: Книга плюс, 2009. 184 с.
6. Богомолів АЄ, Зайков СВ, Гуменюк ГЛ. Всесвітній день боротьби з астмою: чудовий привід активізувати зусилля. *Астма та алергія*. 2019;2:5–9.
7. Богуцька Н. К. Клініко-психологічні фактори ризику госпіталізації до відділення інтенсивної терапії хворих на бронхіальну астму дітей шкільного віку. *Астма та алергія*. 2010. № 1-2. С. 83-84.
8. Бурбела Е. І. Психопатологічна компонента бронхообструктивного синдрому (огляд літератури). *Перинатологія і педиатрія*. 2013. № 3. С. 33-35.
9. Бурлачук Л. Б. Основи психотерапії / Л. Б. Бурлачук, Н. А. Грабская, А. С. Кочарян. К. : Ника-Центр; М. : Алетея, 1999. 232 с.
10. Буряк В. М. Роль вегетативної нервової системи в генезі atopічної форми бронхіальної астми в дитячому віці / В. М. Буряк, Р. Ф. Махмутов, П. О. Бессараб. *Буковин. мед. вісн.* 2011. Т. 15, № 4 (60). С. 169—172.

11. Вікова та педагогічна психологія: Навчальний посібник / О.В. Скрипченко, Л.В. Долинська, З.В. Огороднічук та ін. : [2-ге вид.]. К. : Каравела, 2009. 400 с.
12. Волосовець О. П. Гіперреактивність бронхів у дітей: етіологія, патогенез, клініка, діагностика, лікування (огляд літератури). *Здоров'є ребенка*. 2007. Т. 5, № 8. С. 132—135.
13. Волосовець О. П. та ін. Бронхіальна астма в дітей України: медико-екологічні паралелі захворюваності та поширеності. *Медичні перспективи*. 2020. Т. 25, № 3. С. 184-191.
14. Гашинова К.Ю., Ботвінікова Л.А. Залежність рівня хвилювання від стану вегетативної нервової системи у хворих на хронічні обструктивні захворювання легень. *Медичні перспективи*. 1997. №3. С.54-55.
15. Гондуленко Н.О. Основні психологічні характеристики хворих та інвалідів внаслідок бронхіальної астми. *Медичні перспективи*. 2002. Т.7, №1. С.124-127.
16. Горяча Т. С. До питання про підходи до проблеми психосоматичної єдності особистості . *Наука і освіта*. 2009. 4. С. 12-16.
17. Горшков О.В. Психоемоційні та психосоціальні порушення у дітей, хворих на бронхіальну астму. *Одеський медичний журнал*. 2001. №5. С.52-54.
18. Гриценко Л.І. Формування навичок здорового способу життя у дітей та підлітків. *Практична психологія та соціальна робота*. 2002. № 5. С. 53–59.
19. Грицюк І. М. Психосоматичні прояви психологічних порушень у дітей, що пережили психотравмуючу ситуацію. *Наука і освіта*, 2-3, 2016. 121-124.
20. Гуменюк Г. Л., Ігнат'єва В. І., Опімах С. Г. Актуальні питання бронхіальної астми 2021: всесвітній день боротьби з астмою та вплив пандемії COVID-19. 2021. 2. 21-26.
21. Гуменюк ГЛ, Зайков СВ, Опімах СГ. Всесвітній день боротьби з астмою та всесвітній тиждень алергії 2020: завдання зберегти життя. *Астма та Алергія*. 2020;2:27–34.

22. Дорошенко М.М., Зубрицький О.С. Особливості психологічних типів в осіб з психосоматичними та психічними розладами. *Український медичний часопис*. №2. С.140-144.
23. Ковальчук М.П. Епідеміологічні дослідження бронхіальної астми у дітей. *Педіатрія, акушерство та гінекологія*. 1998. №2. С.48-50.
24. Коломоєць М.Ю., Павлюкович Н.Д., Ходоровський В.М., Ткач Є.П. Теорії та концепції психосоматичних захворювань. *Буковинський медичний вісник*. 2008. Т. 12. 1. 141-144.
25. Константинович Т. В. Оцінка параметрів якості життя хворих на бронхіальну астму середнього ступеня тяжкості з урахуванням емоційно психічного стану пацієнтів. *Астма та алергія*. 2010. № 1-2. С. 92—93.
26. Константинович-Чічірельо Т.В. Показники якості життя хворих на бронхіальну астму за супутніх психоемоційних станів. *Український пульмонологічний журнал*. 2003. №4. С.24-27.
27. Корольчук М.С., Осьодло В.І. Психодіагностика: Навч. посібн. К.: Ельга: Ніка-Центр, 2010. 400 с .
28. Кузікова С. Б. Теорія і практика вікової психокорекції : навч. посіб. / С. Б. Кузікова. Суми : ВТД «Університетская книга», 2008. 384 с.
29. Кузьма М. І. Основи психодіагностики пізнавального розвитку учнів молодших класів: Метод. Посібн. Ужгород, 2014. 75 с.
30. Ласица О.І., Охотнікова О.М. Бронхіальна астма у дітей: проблеми і перспективи діагностики та лікування. *Нова медицина*. 2003. №1. С.44-49.
31. Ласица О.І., Охотнікова О.М., Куратова О.М. Сучасні аспекти бронхіальної астми дитячого віку. *Астма та алергія*. 2002. №1. С.44-49.
32. Ласиця О. Л. Алергологія дитячого віку / Т. С. Ласиця, С. М. Недельська Київ : Книга Плюс, 2004. 368 с.
33. Лемак Н. В., Петрище В. Ю. Психологу для роботи: психодіагностичні методики. Ужгород. 2011.
34. Недельська С. М. Сфера міжособових внутрішньо сімейних стосунків

дітей, хворих на бронхіальну астму. *Перинатол. та педіатрія*. 2003. —№ 4. С. 59—62.

35. Недельська С.М. Міжособові порушення та їх діагностика при захворюванні бронхіальною астмою у дітей. *Український медичний альманах*. 2002. Т.5, №5. С.94-97.

36. Порівняльний фармако-економічний аналіз лікування бронхіальної астми середнього ступеня тяжкості з урахуванням супутнього соматопсихічного стану хворих / Т. В. Константинович, Ю. М. Мостовой, Г. В. Демчук, Л. В. Блажевська. *Астма та алергія*. 2010. № 1—2. С. 93—93.

37. Психологічні зміни у хворих на хронічний бронхіт і в осіб з передбронхітом /Л.В. Чопей, М.І. Товт Коршинська, С.О. Рудакова, М.О. Корабельщикова. *Науковий вісник Ужгородського університету*. Сер.Медицина. 2001. Вип.13. С.123 125.

38. Психологія розвитку особистості у підлітковому та ранньому юнацькому віці. Навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів / [Н.О. Гончарова та ін.] ; за ред. К.В. Седих. Полтава : Астроя, 2018. 342 с.

39. Психосоматичний стан дітей і підлітків, хворих на бронхіальну астму / Т. Л. Процюк, Н. М. Суркова, Л. Д. Коцур [та ін.]. *Буковин. мед. вісн.* 2011. Т. 15, № 4 (60). С. 199—203.

40. Савчук О.С. Психологічні особливості внутрішньоособистісних конфліктів в підлітковому віці: кваліфікаційна робота бакалавра ... бакалавр: 053 «Психологія» / Університет митної справи та фінансів. Дніпро, 2024. 55 с.

41. Сердюк А. М. Стусь В. П., Сердюк А. М. Екологія довкілля та безпека життєдіяльності населення у промислових регіонах України. Дніпропетровськ: Пороги, 2011. 486 с.

42. Терлецька Л. Г. Шкільна психодіагностика [Текст]. - К. : Редакції загально педагогічних газет, 2003. 117 с.

43. Токарева Н. М. Сучасний підліток у системі психолого-педагогічного супроводу : монографія / Н. М. Токарева, А. В. Шамне, Н. М. Макаренко.

Кривий Ріг, 2014 312 с.

44. Туріщева Л. В. Настільна книга шкільного психолога. Х.: Основа. 2008. 134-136.
45. Фройд З. Структура інстинктів і суспільство: Філософське дослідження вчення Зигмунда Фройда (авт. Герберт Маркузе), Наук. Праця, 2010. 265 с.
46. Харченко Д. М. Психосоматичні розлади. Теорії, методи діагностики, результати досліджень : навчальний посібник. К. : Видавничий Дім «Слово», 2015. 280 с.
47. Хаустова О. О. Метаболічний синдром Х (психосоматичний аспект). К. : Медкнига, 2009. 125 с.
48. Хохліна О. Корекційно-розвивальна робота в системі загальної освіти. *Дефектологія*. 2010. № 2. 34 – 46.
49. Чабан О. С. Психосоматична медицина (аспекти діагностики та лікування) : [посібн.] / О. С. Чабан, О. О. Хаустова. К. : ДСГ Лтд., 2004. 96 с.
50. Червинська О. М. Психосоматика. психосоматичні розлади. психосоматичний підхід. *Український науково-медичний молодіжний журнал*. 2013. № 2. С. 70-72.
51. Чуєва І. О. Передумови загострення бронхіальної астми у підлітків // *Проблеми сучасної психології* : зб. наук. пр. КПНУ імені Івана Огієнка, Інституту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України. 2011. Вип. 14. С. 832—843.
52. Шевченко Н. О. Особистість молодшого школяра. – К.: Главник, 2008. 28 с.
53. Шахова, О.О. Клінічно-анамнестичні особливості перебігу бронхіальної астми у підлітків: результати багаторічного динамічного моніторингу. *Буковинський медичний вісник*. 2017. Т. 21. № 1 (81). 182-190.
54. Agusti A, Torres F, Faner R. Early treatment with inhaled budesonide to prevent clinical deterioration in patients with COVID-19. *The Lancet Respiratory Medicine*. 2021.

55. Beasley R, Hills T, Kearns N. Asthma and COVID-19: Preconceptions about Predisposition. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 2021;203(7):799–801.
56. Boulet L.Ph. Clinically Relevant Outcome Measures for New Therapies of Asthma Using Pharmaceutical and Biologic Agents / L.Ph. Boulet, P. Chanez // *Allergy Clin. Immunol.* – 2015. – Vol. 15 (3). – P. 213-219.
57. Bousquet J, Jutel M, Akdis CA, Klimek L, Pfaar O, et al. ARIA-EAACI statement on asthma and COVID-19 (June 2, 2020). *Allergy*. 2021;76:689–697.
58. Brown P. Effective treatment for mental illness are not being used, WHO says. *BMJ*. — 2001. — Vol. 323. — P. 769.
59. Eger K, Bel EH. Asthma and COVID-19: do we finally have answers? *Eur Respir J*. 2021;57(3):2004451.
60. Ferastraoaru D, Hudes G, Jerschow E, Jariwala S, Karagic M, et al. Eosinophilia in Asthma Patients Is Protective Against Severe COVID-19 Illness. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice*. 2021;9(3):1152–1162.
61. Futrakul S. Risk factors of bronchial hyperresponsiveness in children with wheezing associated respiratory infection / S. Futrakul, J. Decrojanawong, N. Prapphal. *Pediatric pulmonology*. — 2005. — Vol. 40, № 1. — P. 81—87.
62. Grootendorst D. C. Mechanism of Bronchial Hyperreactivity in Asthma and Chronic Obstructive Pulmonary Disease / D. C. Grootendorst, K. F. Rabe // *Proceedings of the American*. 2007. Vol. 357, № 15. P. 1515—1523.
63. Green I, Merzon E, Vinker S, Golan-Cohen A, Magen E. COVID-19 Susceptibility in Bronchial Asthma. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice*. 2021;9(2):684–692.
64. Hasan SS, Capstick T, Zaidi STR, Kow CS, Merchant HA. Use of corticosteroids in asthma and COPD patients with or without COVID-19. *Respiratory Medicine*. 2020;170:106045.
65. Izquierdo JL, Almonacid C, González Y, Del Rio-Bermudez C, Ancochea J,

- et al. The impact of COVID-19 on patients with asthma. *Eur Respir J*. 2021;57(3):2003142.
66. Martinez FD. Asthma in the Time of COVID-19. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 2021;203(7):785–786.
67. Sunjaya AP, Allida SM, Di Tanna GL, Jenkins C. Asthma and risk of infection, hospitalization, ICU admission and mortality from COVID-19: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Asthma*. 2021.
68. Terry PD, Heidel RE, Dhand R. Asthma in adult patients with COVID-19: prevalence and risk of severe disease. *Am J Respir Crit Care Med*. 2021;203:893–905.
69. World Asthma Day 2021. Available from: <https://ginasthma.org/wad/> (last accessed 31.05.2021).
70. World Asthma Day 2021. Understanding asthma: What are your misconceptions? Available from: <https://www.novartis.com/news/world-asthma-day-2021> (last accessed 01.06.2021).