

**Министерство образования и науки Российской Федерации**  
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
**АМУРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ**  
**(ФГБОУ ВО «АмГУ»)**

Факультет социальных наук  
Кафедра психологии и педагогики  
Специальность 37.05.01 – Клиническая психология  
Специализация: Клинико-психологическая помощь ребенку и семье

ДОПУСТИТЬ К ЗАЩИТЕ  
Зав. кафедрой

\_\_\_\_\_ Е.А. Иванова  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2017 г.

**ДИПЛОМНАЯ РАБОТА**

на тему: Особенности отношения к болезни подростков, страдающих  
психосоматическим заболеванием

Исполнитель  
студент группы 16608

С.В. Теровец

Руководитель  
доцент, канд.псих.наук

Е.В. Павлова

Нормоконтроль

В.С. Клемес

Рецензент

Е.Б. Романцова

Благовещенск 2017

**Министерство образования и науки Российской Федерации**  
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
**АМУРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ**  
**(ФГБОУ ВО «АмГУ»)**

Факультет социальных наук  
Кафедра психологии и педагогики  
Специальность 37.05.01 – Клиническая психология

УТВЕРЖДАЮ  
Зав. кафедрой  
\_\_\_\_\_ Е.А. Иванова  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_ г.

**ЗАДАНИЕ**

К выпускной квалификационной работе студента **Теровец Софии Валерьевны**

1. Тема выпускной квалификационной работы: **Особенности отношения к болезни подростков, страдающих психосоматическим заболеванием**

(утверждена приказом от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_)

2. Срок сдачи студентом законченной работы (проекта) 01.02.2017 г.

3. Исходные данные к выпускной квалификационной работе: Отношение к болезни изучалось в работах многих ученых: А. Лурия, И.П. Павлова, В.М. Бехтерева, А.Е. Личко, Ф. Александера, А.Н. Леонтьева, В.Н. Мясищева и других зарубежных и отечественных учёных.

4. Содержание выпускной квалификационной работы (перечень подлежащих разработке вопросов):

1) Изучить литературу по проблеме отношения к болезни подростков, страдающих психосоматическим заболеванием;

2) Выявить элементы отношения подростков, страдающих психосоматическим заболеванием, к болезни;

3) Определить специфику отношения к болезни подростков, страдающих психосоматическим заболеванием.

5. Перечень материалов приложения: (наличие чертежей, таблиц, графиков, схем, программных продуктов, иллюстративного материала и т.п.). Результаты исследования представлены в рисунках (13) и таблицах (2).

6. Консультанты по выпускной квалификационной работе (с указанием относящихся к ним разделов) Нет.

7. Дата выдачи задания 01.09.2016 г.

Руководитель выпускной квалификационной работы Павлова Е.В., доцент, к.псх.н.

Задание принял к исполнению «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2016 г. \_\_\_\_\_

(дата)

(подпись студента)

## РЕФЕРАТ

Дипломная работа содержит 72 с., 13 рисунков, 2 таблицы, 5 приложений, 50 источников.

ОТНОШЕНИЕ К БОЛЕЗНИ, ТИПЫ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ, ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, АСТМА, ПОДРОСТКОВЫЙ ВОЗРАСТ

В работе исследованы особенности отношения к болезни подростков с психосоматическим заболеванием.

Цель работы изучение особенностей отношения к болезни подростков с психосоматическим заболеванием.

Основу методологии исследований составляют подходы к изучению отношения к болезни.

На основании выделенных подходов к определению отношения к болезни эмпирически были изучены особенности отношения к болезни подростков с психосоматическим заболеванием.

## СОДЕРЖАНИЕ

Введение	6
1 Теоретические основы изучения отношения к болезни подростков, страдающих психосоматическим заболеванием	9
1.1 Понятие отношения к болезни в психологии	9
1.2 Характеристика астмы как классического психосоматического заболевания	19
1.3 Психологические особенности подростков, страдающих психосоматическим заболеванием	28
2 Исследование особенностей отношения к болезни подростков, страдающих психосоматическим заболеванием	38
2.1 Организация и методы исследования	38
2.2 Анализ и интерпретация данных	43
Заключение	66
Библиографический список	68
Приложение А Методика «Личностный опросник Бехтеревского института»	73
Приложение Б Методика «Цветовой тест отношений» (Эткинд А.М.)	78
Приложение В Методика «Шкала потребности в достижении» (Орлов Ю.М.)	79
Приложение Г Сводные таблицы данных	80
Приложение Д Рекомендации по профилактике психосоматических заболеваний	92

## ВВЕДЕНИЕ

Отношение в психологии выделяется как компонент психического состояния. Отношение представляет собой уровень сознания и самосознания личности. То есть проявляется в саморегуляции, самоконтроле и регуляции поведения.

В концепции А.Н. Леонтьева отношение рассматривается как базисный критерий смыслового развития личности. Согласно концепции В.Н. Мясищева отношение к действительности понимается как сущность личности. Согласно А.А. Бодалеву, отношение личности к окружающему является наиболее показательной характеристикой личности, чем какой-либо другой показатель.

Отношение к болезни в качестве составляющей картины болезни изучалось многими учеными: А. Лурия, И.П. Павлов, В.М. Бехтерев, А.Е. Личко, А.А. Бодалев, А.Н. Леонтьев, В.Н. Мясищев и др. Первым кто предложил термин «отношение к болезни» был Л.Л. Рохлин в 1957 году. Отношение к болезни представляет собой совокупность восприятия и оценки человеком своей болезни, а также связанных с ней переживаний, намерений и дальнейших действий. Следовательно, проблема отношения к болезни всегда будет актуальна, как в теоретическом, так и в практическом смысле.

Вопрос о психосоматической природе заболеваний возник достаточно давно. Уже в Античности идея влияния души на физические процессы, протекающие в теле, была одной из центральных. Эмпирическое изучение взаимосвязи психических явлений и, возникающих на их основе, соматических состояний началось в 17 веке, образуя собой новый самостоятельный раздел медицины.

В начале 19 века немецкий врач С.А. Хайнрот ввел в общепрактическое пользование термин «психосоматика». Этим понятием описывалась целая концепция внутреннего конфликта как ведущей причины соматического заболевания. Несколькими годами позже М. Якоби вводит термин «соматопсихическое», которым подчеркивает, что не только психическое

состояние может стать причиной соматического заболевания, но и соматическое заболевание может вызвать определенное психическое состояние.

В наше время психосоматическое заболевание понимается как нарушение функционирования внутренних органов и систем, возникшее и развивающееся в результате переживаний острой или хронической психологической травмы.

В настоящее время количество подростков с хроническими соматическими заболеваниями непреклонно увеличивается. Данная тенденция становится социально-экономической проблемой во многих странах. Психическое развитие и становление личности тесно связаны с самосознанием, а наиболее явно самосознание проявляется в самооценке, в том, как подросток оценивает себя, свои качества, свои возможности, свои успехи и неудачи. Хроническое соматическое, а также психосоматическое заболевание может оказать негативное влияние на социальную ситуацию развития подростка.

Бронхиальная астма входит в семерку классических психосоматических расстройств, выделенную Ф. Александером. Характерными ситуациями, способствующими возникновению психосоматоза, являются те, которые имеют характер требования в направлении враждебно-агрессивного или нежного и преданного выражения чувств. Изучение бронхиальной астмы как психосоматического расстройства проводилось в работах З. Фрейда, Ф. Александера, И.М. Сеченова, И.П. Павлова, И.М. Бехтерева, Н. Пезешкиана.

Актуальность данной дипломной работы состоит в том, что при изучении отношения к болезни подростков, страдающих психосоматическим заболеванием, можно сформировать подходящую программу психотерапии и психокоррекции.

Цель исследования – изучение особенностей отношения к болезни подростков, страдающих психосоматическим заболеванием.

Объект исследования – отношение к болезни.

Предмет исследования – отношение к болезни подростков, страдающих психосоматическим заболеванием.

Гипотеза исследования – отношение к болезни подростков, страдающих

психосоматическим заболеванием, имеет специфические особенности.

Задачи исследования:

1) Изучить литературу по проблеме отношения к болезни подростков, страдающих психосоматическим заболеванием;

2) Выявить элементы отношения подростков, страдающих психосоматическим заболеванием, к болезни;

3) Определить специфику отношения к болезни подростков, страдающих психосоматическим заболеванием.

Методы исследования: анализ литературы, тестирование, методы математической статистики.

База исследования: Государственное автономное учреждение социального обслуживания Амурской области реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Бардагон».

Выборка: 35 подростков.

# 1 ОСОБЕННОСТИ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ ПОДРОСТКОВ, СТРАДАЮЩИХ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ

## 1.1 Понятие отношение к болезни в психологии

Термин «отношение» охватывает множество самых разнообразных признаков и свойств объектов в их взаимозависимости друг от друга и взаимосвязи. В силу своей природы этот термин приобретает предметно-содержательный характер только в случае его интерпретации применительно к какой-либо определенной системе.

Отношение – взаиморасположение объектов и их свойств. Оно может проявляться между постоянно меняющимися явлениями, объектами, и свойствами, а также в результате выделения стационарного объекта в его связях с другими объектами, явлениями и свойствами [8]. Отношение как психологическая категория характеризуется избирательностью, установкой на оценку (позитивную, негативную, выражающую безразличие), предрасположенностью, готовностью к действию.

Основоположником изучения отношений стал А.Ф. Лазурский. По его мнению отношение является системообразующим фактором структуры личности. Характеризуя личность как сложное целое, он разделил ее проявления на два рода: эндопсихические и экзопсихические. Одна из наиболее четко сформулированных концепций отношений получила свое развитие в исследованиях В.С. Мерлина, который занимался вопросом взаимосвязи отношений личности с мотивами деятельности, а также о роли в формировании индивидуального стиля деятельности [26].

В концепции личностного смысла деятельности, разработанной А.Н. Леонтьевым, отношение к миру и другому человеку, в частности, рассматривается как базисный критерий смыслового развития личности. Как утверждает А.А. Бодалев – «Система отношений человека к окружающему миру и к самому себе является наиболее специфической характеристикой личности, более специфической, чем, например, характер, темперамент,



способности». Таким образом, проблема отношений всегда будет актуальна, как в теоретическом, так и в практическом смысле [19], [4].

По мнению В.Г. Маралова, система отношений в комплексе с жизненными паттернами выражается в зрелости личности, что приводит к активному и адекватному взаимодействию с окружающим миром, и позволяет человеку преодолевать трудности, достигать поставленных целей без нанесения ущерба себе и окружающему миру [22].

В психологической литературе доказано, что отношения:

- являются качественными характеристиками личности;
- определяют характер личностных целей;
- способствуют пониманию выполняемых действий;
- объясняют поведенческие реакции;
- обладают активизирующей, тормозящей и регулирующей функцией деятельности и познания;
- оказывают влияние на всю психическую деятельность, прежде всего связанную с познанием окружающего мира;
- влияют на качественные характеристики деятельности [46].

Согласно концепции отношений В.Н. Мясищева, который являлся учеником А.Ф. Лазурского, при описании психологического отношения, можно выделить три компонента. При этом, необходимо учесть тот факт, что эти компоненты отношения соответствуют выделению трех сфер психического: эмоциональной, когнитивной и мотивационно-поведенческой [27].

Рассмотрим выделенные компоненты отношений более подробно:

1. Когнитивный компонент. Отношения личности являются отношениями ко всей окружающей действительности. При изучении содержания отношений их можно дифференцировать ровно настолько, насколько можно продифференцировать окружающую действительность на отдельные элементы. Каждое отношение, выделяемое при психологическом анализе целостной личности, направлено на какой-либо определенный элемент действительности. Именно в этом смысле можно говорить об отношениях, связанными с

отдельными людьми, объектами, событиями, а также, в свою очередь, с их отдельными качествами, свойствами, сторонами.

2. Мотивационно-поведенческий компонент. Раскрывая психологический смысл этого компонента отношений, В.Н. Мясищев определял его как источник субъективной активности и привлекал для его смыслового раскрытия такие психологические категории как мотив, внимание и воля. Следовательно, отношения могут быть классифицированы на основе характеристик этих психологических понятий. К такого рода классификациям могут относиться подразделения отношений на: инициативные – неинициативные, внимательные – невнимательные, волевые – неволевые, активные – пассивные, зависимые – независимые, конформные – неконформные и пр.

3. Эмоциональный компонент. При психологическом анализе описание каждого отношения включает эмоциональный компонент. Он может быть охарактеризован и классифицирован так, как могут быть охарактеризованы и классифицированы эмоции, чувства. При этом используются те или иные классификации, выбранные в зависимости от целей, стоящих перед исследованием. К наиболее показательным таким классификациям относится деление отношений по общей направленности их эмоционального компонента – на положительные, нейтральные, отрицательные и амбивалентные.

В.Н. Мясищев определяет качество жизни отношением к здоровью как жизненной ценности, осознание которой приходит при появлении болезни. Психологические механизмы влияния болезни на личность должны рассматриваться с позиции системы отношений личности в целом с раскрытием субъективного смысла болезни как события в жизни.

Первым кто предложил термин «отношение к болезни» был Л.Л. Рохлин в 1957 году. Отношение к болезни представляет собой совокупность восприятия и оценки человеком своей болезни, а также связанных с ней переживаниями, намерениями и дальнейшими действиями. По мнению автора, отношение к болезни определяется сознанием болезни, которое в свою очередь включает в себя три компонента: отражение болезни в психике, гнозис болезни, ее

познание; вызванные болезнью изменения психики больного; отношение больного к собственному заболеванию или реакцию личности на болезнь [15].

Отношение к болезни выделяется как элемент психологического анализа целостной системы отношений и поэтому не может рассматриваться изолированно. Кроме того, отношение больного к своему заболеванию является значимым и, следовательно, оказывает влияние и на другие отношения личности. Таким образом, для всестороннего изучения отношения к болезни необходимо рассматривать его в более широком контексте, учитывая также отношения к тем сферам функционирования личности, на которые может влиять как сам факт заболевания, так и отношение к нему индивида.

Для того, чтобы определить, как человек относится к своей болезни, прежде необходимо определиться с терминами «здоровье» и «болезнь». В преамбуле Устава Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) здоровье трактуется как «такое состояние человека, которому свойственно не только отсутствие болезней или физических дефектов, но полное физическое, душевное и социальное благополучие» [39, с. 1]. Что же касается болезни, то она трактуется как нарушение нормальной жизнедеятельности организма, обусловленное функциональными и (или) морфологическими изменениями, наступающими в результате воздействия эндогенных и (или) экзогенных факторов.

В настоящее время сведения о новых медицинских технологиях находятся в свободном доступе для населения, что вызывает повышение требований к уровню своего здоровья. Однако, в ряде случаев, встречаются и такие явления, как симуляция – изображение не существующих соматических или психических расстройств, а также диссимуляция – попытка скрыть признаки болезни; и аггравация – умышленное преувеличение имеющихся физических или психических расстройств. Реальную же болезнь отличают не только изменения функционирования внутренних органов и самочувствия, но и качественные изменения психического состояния. Среди переживаний больных характерно то, что они высказывают тревожные мысли об опасной,

смертельной болезни, несмотря на отрицание врачом такого рода заключения. Это может приводить к развитию ипохондрического состояния. В других случаях тревога больного связана с мыслями о возможности потери трудоспособности, инвалидизации.

Л.Л. Рохлин предлагает классификацию вариантов отношения к болезни. Данная классификация указывает зависимость реакции на болезнь от личностных особенностей.

Рассмотрим варианты отношения к болезни по Л.Л. Рохлину:

1. Депрессивно-астенический (астено-депрессивный). Наиболее часто вариант отношения к болезни. Данный тип отношения к болезни характеризуется ослаблением побуждений к деятельности, эмоциональной невыносимости, ощущении общей разбитости, а также беспредметной удрученности и подавленности. Астенизация психики способствует формированию неправильного отношения к болезни, а это, как правило, пагубно влияет на течение болезни и снижает эффект от лечения.

2. Психастенический. Для данного варианта отношения к болезни характерна тревога и страх за будущее. Больные с данным типом отношения к болезни уверены в ее неблагоприятном исходе, полны навязчивых страхов, вопреки реально существующему положению дел и высказываниям врача.

3. Ипохондрический. При данном варианте отношения к болезни наблюдается озабоченность мельчайшими деталями проявления заболевания с изучением соответствующей медицинской литературы, а также самостоятельным толкованием своих «симптомов».

4. Истерический. При таком варианте отношения к болезни внешнее поведение больных характеризуется чрезмерной эмоциональностью, театральностью и сверхтрагичностью. Также для больных с истерическим вариантом отношения к болезни характерен высокий уровень тревоги, напряженности и реактивности.

5. Эйфорически-анозогнозический. Вероятно, данный вариант отношения к болезни самый неблагоприятный. Больной с эйфорически-анозогнозическим

вариантом отношения к болезни игнорирует имеющийся недуг, не выполняет назначений врача, грубо нарушает режим и часто наносит ущерб своему здоровью [2].

Другой отечественный ученый, занимающийся вопросом отношения к болезни – А.Е. Личко. В объединении с Н.Я. Ивановым им были выделены типы реагирования на заболевание на основе оценки влияния трех факторов: природы соматического заболевания; типа личности, в котором важнейшую составную часть определяет тип акцентуации характера; а также отношения к данному заболеванию в референтной для больного группе. Эти типы объединены по блокам [20].

Первый блок включает типы отношения к болезни, при которых социальная адаптация существенно не нарушается, а именно: гармоничный, эргопатический и анозогнозический типы. Во второй и третий блок включаются типы реагирования на болезнь, характеризующиеся наличием психической дезадаптации в связи с заболеванием. Второй блок включает типы реагирования преимущественно с интропсихической направленностью, т. е. это тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический и апатический тип. Третий блок – типы реагирования с интерпсихической направленностью. Включает типы с таким сенсibiliзирoванным отношением к болезни. Это сензитивный, эгоцентрический, паранойяльный и дисфорический.

Рассмотрим характеристики каждого из названных типов отношения к болезни:

1. Гармоничный. Данный тип отношения к болезни наиболее благоприятный. Для представителей данного типа свойственна трезвая оценка своего состояния без склонности преувеличивать его тяжесть, без оснований видеть все в мрачном свете. У них наблюдается стремление во всем активно содействовать успеху лечения. В случае неблагоприятного прогноза в смысле инвалидизации они переключают интересы на те области жизни, которые остаются доступными. При гармоничном типе психического реагирования

важным является реализм в восприятии симптомов и понимании тяжести заболевания.

2. Тревожный. Людям с данным типом отношения к болезни свойственно непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений, неэффективности и даже опасности лечения. Настроение у них, как правило, тревожное, присутствует угнетенность. Тревога проецируется в будущее и вызвана опасениями, что болезнь может надолго и существенно изменить привычный стереотип жизни.

3. Ипохондрический. Больной с таким типом отношения к болезни сосредоточен на субъективных болезненных и других неприятных ощущениях. Для него характерно стремление постоянно рассказывать об этих ощущениях окружающим. Также наблюдается преувеличение действительных и выискивание несуществующих болезней и страданий. Негативную реакцию ипохондрика вызывает недоверие к его жалобам со стороны окружающих, а также их упреки в симуляции и преувеличении тяжести расстройства с целью извлечь из этого выгоду.

4. Меланхолический. Данный тип отношения к болезни характеризуется удрученностью болезнью, неверием в выздоровление, в возможное улучшение, в эффект лечения. Наблюдаются депрессивные высказывания вплоть до суицидальных мыслей, а также неверие в успех лечения даже при благоприятных объективных данных.

5. Апатический. Данный тип отношения встречается редко. Для него характерно полное безразличие к своей судьбе, к исходу болезни и результатам лечения. Наблюдается утрата интереса ко всему, что ранее волновало, а также пассивность в лечении.

6. Неврастенический. Для больных с неврастеническим типом отношения к болезни характерно раздражение, особенно при болях, при неприятных ощущениях, неудачах лечения и неблагоприятных данных обследования. Это раздражение часто изливается на первого попавшегося и завершается нередко раскаянием и слезами. Присутствует повышенная непереносимость болевых

ощущений, нетерпеливость, неспособность ждать облегчения.

7. **Обсессивно-фобический.** Характеристикой данного типа отношения к болезни является тревожная мнительность, прежде всего, касающаяся опасений нереальных, маловероятных осложнений болезни, неудач лечения, а также возможных, но малообоснованных неудач в жизни, работе, семейной ситуации в связи с болезнью. Воображаемые опасности больного волнуют больше, чем реальные. Больные часто прибегают к приметам и ритуалам как защите от тревоги.

8. **Сенситивный.** Таким людям свойственна высокая озабоченность возможным неблагоприятным впечатлением, которое могут произвести на окружающих сведения о болезни. Они боятся стать обузой для близких из-за болезни или неблагоприятного отношения с их стороны в связи с этим. У больных наблюдается склонность к извиняющемуся стилю поведения.

9. **Эгоцентрический.** Для больных с эгоцентрическим типом отношения к болезни очень важно выставлять напоказ близким и окружающим свои страдания и переживания с целью полностью завладеть их вниманием. Такие больные требуют исключительной заботы о себе, разговоры окружающих быстро переводят на себя или на свои страдания.

10. **Эйфорический.** Этот тип отношения к болезни характеризуется необоснованно повышенным настроением, пренебрежением, легкомысленным отношением к болезни и лечению. У больных с эйфорическим типом присутствует желание получать от жизни все, несмотря на болезнь. Они легко нарушают режим, при том, что эти нарушения могут неблагоприятно сказываться на течении болезни.

11. **Анозогностический.** Данный тип отношения к болезни характеризуется активным отбрасыванием мыслей о болезни, о возможных ее последствиях; непризнанием себя больным; отрицанием очевидного в проявлениях болезни, отказом от обследования и лечения.

12. **Эргопатический.** Больные с эргопатическим отношением к болезни ни смотря на тяжесть болезни и страдания стараются продолжать работу. Трудятся

они, как правило, с большим рвением, чем до болезни, работе отдают все время. Они стараются лечиться и подвергаться обследованию так, чтобы это оставляло возможность для продолжения работы.

13. Паранойальный. У больного с паранойальным типом отношения к болезни присутствует уверенность в том, что болезнь является результатом чьего-то злого умысла. Для них характерна подозрительность к лекарствам и процедурам. Такие больные стремятся приписывать возможные осложнения лечения, побочные действия лекарств халатности и даже злему умыслу врачей и персонала.

Как отмечает В.Д. Менделевич, тип реагирования на соматическое заболевание связан, в первую очередь, с оценкой больным его тяжести. Также автор выделяет феномен объективной тяжести болезни и субъективной тяжести болезни. Субъективное отношение к болезни формируется на базе различных факторов, которые можно сгруппировать в социально-конституциональную группу и индивидуально-психологическую. Субъективное отношение к болезни формируется на основании семейного воспитания и, в частности, воспитания отношения к больным, способам переносимости болезней, определение места параметра здоровье – болезнь в иерархии ценностей ребёнка [25].

Характерологические особенности отмечены у больных с различными физическими дефектами и аномалиями органов чувств. Одними из основных психических свойств таких больных являются повышенная ранимость, подозрительность и фиксация на своем дефекте. Они могут часто уединяться, так как в обществе им бывает тяжело. И им кажется, что на них смотрят, жалеют или осуждают. Более спокойно они себя чувствуют в кругу таких же больных. Следует отметить, что постоянная психическая напряженность создает основу для развития невротических реакций и депрессии [13], [14], [2].

Д.А. Шкуренко было подробно рассмотрено влияние различных факторов на формирование отношения к болезни [49].

Были выделены следующие факторы:

1. Возраст. При формировании субъективного отношения к болезни и



становлении определённого типа реагирования на неё возрастные особенности имеют очень большое значение. В детском возрасте на первое место выходит инстинктивная (первосигнальная), эмоциональная сторона болезни и ситуация вокруг неё: боль, страх боли и всего неизвестного, разлука с родителями, ограничение свободы передвижения. Для детей, подростков, юношей наиболее тяжёлыми в психологическом отношении оказываются болезни, которые изменяют внешний вид человека, делают его непривлекательным. Это связано с системой ценностей, расстановкой приоритетов, имеющихся у больного ребенка. Для него наивысшую ценность приобретает удовлетворение собственной внешностью.

2. Пол. Безусловно, оказывает влияние на субъективное отношение к болезни и формирования типа реагирования на заболевание. Корреляцию с полом человека имеют такие характеристики, как переносимость женщинами болевых ощущений, состояний длительной ограниченности движений и обездвиженности. Этот факт может быть объяснён как психофизиологическими особенностями пола, так и психологическими традициями роли женщин и мужчин в определённых обществах и культурах. Мужчины же гораздо хуже, чем женщины эмоционально переносят длительный период ограничения движений и полной обездвиженности.

3. Характер является прижизненным образованием и может трансформироваться в течение всей жизни. Формирование характера происходит в различных по своим особенностям и уровню развития группах (семья, дружеская компания, класс и т.д.). В зависимости от того, какая группа для личности является референтной и какие ценности она поддерживает и культивирует, у человека развиваются соответственные черты характера. Под чертами характера понимают психические свойства человека, определяющие его поведение в типичных обстоятельствах, в том числе выработка того или иного типа реагирования на болезнь.

Таким образом, отношение к болезни является структурным образованием, отражающим когнитивную, эмоциональную и мотивационно-

поведенческую сферу.

## **1.2 Характеристика астмы как классического психосоматического заболевания**

Несмотря на то, что взаимосвязь психического и соматического установлена достаточно давно. Они хоть и являются качественно различными явлениями, но при этом раскрывают одну проблему с разных ракурсов. Изучение взаимосвязи психических явлений и соматических состояний проводилось еще в Античности. Эмпирическое же изучение взаимосвязи психических явлений и, возникающих на их основе, соматических состояний началось в 17 веке, образуя собой новый самостоятельный раздел медицины.

Основоположником психосоматической медицины был немецкий психиатр И. Хайнрот. В 1818 году он ввел термин «психосоматика» в медицинскую практику, подразумевая под этим, что соматические заболевания вызываются душевными расстройствами. В 1822 г. немецкий психиатр М. Якоби ввел понятие «соматопсихическое» как противоположное и в то же время дополняющее по отношению к «психосоматическому».

В общепринятой врачебной лексикон термин «психосоматика» вошел спустя столетие. Термин «психосоматический» окончательно прижился в медицине благодаря венскому психоаналитику М. Дойч в 1953, и с этого времени психосоматическая медицина обозначилась как «прикладной психоанализ в медицине».

Психосоматическое расстройство – нарушение функционирования внутренних органов и систем, возникновение и развитие которых в наибольшей степени связано с нервно-психическими факторами, переживанием острой или хронической психологической травмы, специфическими особенностями эмоционального реагирования личности. Представление о тесной взаимосвязи самочувствия человека с его психическим, прежде всего эмоциональным, состоянием является одним из важнейших в современной медицине и медицинской психологии [49].

В 1950 г. Ф. Александер предложил перечень семи классических психосоматических болезней: эссенциальная гипертония, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, ревматоидный артрит, гипертиреоз (тиреотоксикоз), бронхиальная астма, язвенный колит и нейродермит. Этот список постоянно дополняется, было проведено огромное количество исследований, но безусловная принадлежность этой семерки к психосоматике считается доказанной.

По причине тесной связи между эмоциональным напряжением и дыхательными функциями, можно предположить, что при большинстве заболеваний органов дыхания психологические факторы играют важную роль. Поэтому изучение бронхиальной астмы как классического психосоматического заболевания представляет научный интерес.

Бронхиальная астма – хроническое заболевание, в основе которого лежит аллергическое воспаление бронхов. В клинической практике бронхиальную астму у детей часто не диагностируют, диагноз подменяется понятием «обструктивный синдром», «обструктивный бронхит», «астматический компонент при респираторно-вирусных инфекциях», «рецидивирующий обструктивный бронхит» [29].

Согласно международной классификации болезней бронхиальная астма (J45) имеет аллергическую природу (J45.0), неаллергическую (J45.1), смешанную (J45.8) и неуточненную (J45.9) [24].

С современных позиций бронхиальную астму во всем мире определяют как заболевание, развивающееся на основе хронического аллергического воспаления бронхов, их гиперреактивности и характеризующееся периодически возникающими приступами затрудненного дыхания или удушья в результате распространенной бронхиальной обструкции, обусловленной бронхоконстрикцией, гиперсекрецией слизи, отеком стенки бронхов [17].

Приступ астмы включает в себя спазм бронхов, судорожное сокращение диафрагмы, кашель, отек слизистой дыхательных путей и повышенную секрецию слизи. У больного особенно затруднен выдох, который становится

громким, свистящим, длительным. Он испытывает острую нехватку воздуха, учащенно дышит, задыхается. Наблюдаются цианоз кожных покровов, учащенное сердцебиение, боли в животе [1].

На сегодняшний день бронхиальную астму следует классифицировать по степени тяжести, так как именно это определяет тактику ведения больного. Степень тяжести определяется по следующим показателям: количество ночных симптомов в неделю, количество дневных симптомов в день и в неделю, кратность применения  $\beta_2$ -агонистов короткого действия, выраженность нарушений физической активности и сна, значения пиковой скорости выхода и ее процентное соотношение с должным или наилучшим значением, суточные колебания пиковой скорости выхода, объем проводимой терапии.

Существует пять степеней тяжести течения бронхиальной астмы: легкая интермиттирующая, легкая персистирующая; средней тяжести персистирующая, тяжелая персистирующая, тяжелая персистирующая стероидозависимая. Рассмотрим их подробно.

Бронхиальная астма интермиттирующего течения. Симптомы астмы реже одного раза в неделю; короткие обострения от нескольких часов до нескольких дней. Ночные симптомы два раза в месяц или реже; отсутствие симптомов и нормальная функция легких между обострениями. Пиковая скорость выхода более восьмидесяти процентов от должного и колебания пиковой скорости выхода менее двадцати процентов.

Бронхиальная астма легкого персистирующего течения. Симптомы один раз в неделю или чаще, но реже одного раза в день. Обострения заболевания могут нарушать активность и сон. Ночные симптомы возникают чаще двух раз в месяц. Пиковая скорость выхода более восьмидесяти процентов от должного; колебания пиковой скорости выхода от двадцати до тридцати процентов от должного.

Бронхиальная астма средней тяжести. Ежедневные симптомы. Обострения нарушают активность и сон. Ночные симптомы возникают более одного раза в неделю. Ежедневный прием  $\beta_2$ -агонистов короткого действия.

Пиковая скорость выхода от шестидесяти до восьмидесяти процентов от должного. Колебания пиковой скорости выхода более тридцати процентов.

Бронхиальная астма тяжелого течения. Постоянные симптомы, частые обострения, частые ночные симптомы, физическая активность ограничена проявлениями астмы; пиковая скорость выхода менее шестидесяти процентов от должного; колебания более тридцати процентов. Необходимо отметить, что определение степени тяжести астмы по этим показателям возможно только перед началом лечения. Если больной уже получает необходимую терапию, то ее объем также должен учитываться.

Бронхиальная астма тяжелого течения стероидозависимая. Независимо от клинической картины пациент, получающий длительное лечение системными кортикостероидами, должен быть расценен как страдающий бронхиальной астмой тяжелого течения и отнесен к пятой ступени [44], [11].

Бронхиальная астма как психосоматическое заболевание изучается не только врачами общей практики и пульмонологами, но и психологами. Для рассмотрения бронхиальной астмы как психосоматического заболевания необходимо обратиться к теоретическим концепциям.

В рамках психодинамической концепции, основателем которой является З. Фрейд, психосоматическое расстройство понимается как конверсионная истерия. Под конверсией З. Фрейд понимал превращение психического конфликта в соматический посредством вытеснения из сознания угрожающих или нежелательных содержательных элементов.

Телесные симптомы конверсионной истерии могут включать двигательные, сенсорные или висцеральные феномены. Они соответствуют ложным представлениям о болезни, а не анатомофизиологической реальности. Появление истерических симптомов связано с пробуждением конфликтов, относящихся к периодам психосексуального развития. Основную опасность для истерика представляет желание объекта инцестуозной любви.

Одновременно с моделью конверсии при рассмотрении невроза тревоги З. Фрейд сформулировал вторую концепцию психосоматического возникновения

симптомов. Он обнаружил, что такие органические симптомы как расстройства сердечной деятельности, дыхания, внезапные потливость, сужение сосудов и парестезия, сопровождают тревогу в качестве «эквивалентов приступа тревоги». Психосоматический симптом как эквивалент приступа был отнесен З. Фрейдом к защитному механизму проекции. Основными формами психологической защиты выступают вытеснение, регрессия и идентификация, приводящие к диссоциированной телесной и аффективной симптоматике, которая действует как искаженный заместитель и компромисс по отношению к изначальному детскому сексуальному удовлетворению [18].

Другой представитель психодинамической концепции, Ф. Александер, также рассматривал невроз как первопричину психосоматических расстройств. Если бессознательный конфликт не имеет выхода в соответствующем внешнем проявлении, то возникает эмоциональное напряжение, сопровождающееся устойчивыми изменениями в вегетативной нервной системе, которая реагирует на различные эмоциональные переживания примерно однотипно.

При астме эмоциональное влияние обусловлено нормальными физиологическими реакциями на эмоциональные раздражители. Симптоматика в данном случае несколько гипертрофированна, а в ситуации хронического заболевания организм реагирует на эмоции, лежащие в основе конфликта. Реакция становится гипертрофированной и хронической за счет того, что эмоциональный стимул является бессознательным - сознание человека его не принимает.

Главным психодинамическим фактором является конфликт, заключающийся в слишком сильной неразрешенной зависимости от матери. Вытесняемая зависимость от матери является постоянным свойством, вокруг которого могут формироваться различные типы защит. Все, что содержит в себе угрозу разлучить пациента со своей защищающей матерью или замещающей ее фигурой, может спровоцировать приступ астмы.

У детей, рождение второго ребенка в семье, угрожающего привлечь к себе все внимание матери, часто совпадает с началом астматического

состояния. Большинство матерей астматиков очень чувствительны к проявлениям телесной привлекательности сына и реагируют на них аутизацией и даже неприятием. Сочетание бессознательного обольщения матерью и открытого неприятия - одна из наиболее распространенных моделей в истории болезни у астматиков.

Ребенок, который пока еще реально нуждается в материнской заботе, реагирует на материнское неприятие усилением чувства незащищенности и начинает сильнее цепляться за мать. В других случаях мать астматического ребенка настаивает на том, чтобы их ребенок раньше времени становился независимым. Толкая ребенка к преждевременной независимости, они достигают совершенно противоположного эффекта: у ребенка усиливается чувство незащищенности, и он начинает зависимо цепляться за мать [1].

Одними из первых отечественных ученых, обративших внимание на связь психического фактора с телесными проявлениями, были И.М. Сеченов, И.П. Павлов, И.М. Бехтерев. Русские врачи Н.И. Пирогов, Г.Ф. Ланг, Р.А. Лурия и ряд других крупнейших клиницистов уделяли внимание этой проблеме, рассматривая ее с материалистических позиций. Еще И.М. Сеченов писал о важности влияния самочувствия человека, которое он называл «валовым чувством общего благополучия», на психику человека. Учение И.П. Павлова имело принципиальное значение для понимания соотношений психического и физиологического, а, следовательно, и для решения проблемы влияния психических процессов на физиологические функции организма [8].

По мнению Ю.Ю. Елисеева, бронхиальная астма – гетерогенное заболевание, которое может вызываться разными воздействиями. Влияние различных факторов при этом можно частично или полностью интерпретировать с психосоматической точки зрения.

Бронхиальная астма в плане дыхательного поведения объясняется как заученные ошибочные условные рефлексы. Данные наблюдений Ю.Ю. Елисеева показывают, что типичные астматические приступы могут провоцироваться произвольно или непроизвольно, под влиянием настроения

больного, которое он сам вызывает. Экспериментально воспроизводимые приступы обусловлены, прежде всего, неправильной дыхательной моторикой и бронхиальной гиперактивностью.

Психосоматические факторы также участвуют в патогенезе аллергической бронхиальной астмы и составляют порядка тридцати процентов общей суммы всех факторов. Характерными ситуациями, способствующими заболеванию, являются те, которые имеют характер требования в направлении враждебно-агрессивного или нежного и преданного выражения чувств. Такому проявлению чувств противостоит, однако, защита в форме актуальных ситуационных мотиваций или в виде характерной хронической невротической реакции [12].

Согласно концепции позитивной психотерапии, основателем которой является Н. Пезешкиан, несмотря на все свои различия люди при решении своих проблем прибегают к однотипным формам переработки конфликтов. Ответная реакция на конфликт у любого индивида выражается посредством четырех сфер разрешения конфликтов – тело, деятельность, контакты и фантазии. Какая из форм переработки конфликтов выбирается, зависит от имеющегося опыта, прежде всего, полученного в детстве.

В сфере «тело» на переднем плане стоит «тело – Я – восприятие», – восприятие человеком своего тела. Воспринимаемая в ощущениях информация проходит через цензуру приобретенного масштаба оценки. Отдельные характеристики ощущений могут быть конфликтными в связи с подобного рода переживаниями. При помощи своих ощущений ребенок с самого начала развития устанавливает контакт с окружающим миром. Общая активность контролируется ощущениями.

Поражение того или иного органа у пациента с психосоматическим заболеванием становится понятным при взгляде на концепции, которых он придерживается в отношении к своему телу в целом, отдельным органам и их функциям, а также к болезни и здоровью.

Краеугольным камнем любого конфликта, по мнению Н. Пезешкиана,



являются актуальные способности, представляющие собой первичные и вторичные нормы поведения постоянно фигурирующие в повседневной жизни в различных ситуациях. Приступ удушья сопровождается сильнейшим страхом. Страх задохнуться охватывает всю сущность человека. Этот страх усиливает спастическую реакцию. По содержанию речь идет о требованиях пунктуальности и стремлении быть во всем справедливым [33].

В психотерапевтической практике в рамках позитивного подхода было выявлено, что люди с синдромом нервной гипервентиляции часто происходят из семей, где очень высоко ценились достижения. Одновременно с этим поощрялись сдержанность, скромность и самообладание, как необходимые личностные качества. При более глубоком изучении оказывается, что приступ астмы провоцируется одновременным предъявлением слишком многих требований и при столкновении с несправедливостью. Так как вследствие подавления агрессии он не может открыто конфронтровать с окружением, не может аргументировано высказаться или выругаться, а сдерживается, также особенно следит за мнимыми или действительными реакциями своего окружения.

Пациент с нейрогенным нарушением дыхания обладает особой способностью при помощи дыхания показать окружающим, что он ущемлен, чувствует себя напряженно. Актуальная способность здесь учтивость.

В современной отечественной и зарубежной литературе широко представлены работы, указывающие на большую частоту нервно-психических расстройств и их роль в развитии и течении бронхиальной астмы. При этом основной акцент делался на изучении феноменологии психических состояний, обусловленных конфликтами, а также психотравмирующих обстоятельств.

О нервно-психическом механизме патогенеза бронхиальной астмы говорят в том случае, когда нервно-психические факторы способствуют провокации и фиксации астматических симптомов, тесно вплетаются в патогенез заболевания, приводят к усугублению биологического дефекта. Выделяют четыре варианта нервно-психического механизма патогенеза

бронхиальной астмы:

- невротеноподобный;
- истероподобный;
- психостеноподобный;
- смешанный (шунтовой).

Для каждого варианта свойственны внутри- и межличностные невротические конфликты. Внешние проявления зависят от личностных особенностей пациентов, варианта поведения, которое санкционируется в данной микросоциальной среде и служит целям адаптации пациентов [31].

Начало формирования нервно-психического механизма патогенеза бронхиальной астмы наблюдается и у больных в состоянии предастмы. При сочетании актуализации невротического конфликта и обострения респираторной патологии психоэмоциональное напряжение канализируется по соматическому пути. И хотя на окружающих ещё не производит должного «впечатления» дыхательный дискомфорт, хрипы, надсадный кашель, но уже формируется обстановка повышенного внимания, заботы и исключительности роли больного, столь желаемые инфантильными, зависимыми, но с высоким уровнем притязаний к окружению, истероидами.

Личностные особенности и невротические нарушения, а также неадекватные личностные реакции на заболевание определяют деструктивные формы поведения больных, которые затем трансформируются в поведенческие стереотипы, облегчающие развитие астматических симптомов по нервно-психическому механизму. Так после приступа астмы могут наблюдаться сниженное настроение, капризность, порывистость, раздражительность, повышенная возбудимость, истощаемость, астения, лабильность настроения, слезливость, иногда – истерические расстройства, депрессивные состояния, неврастенические, фобические расстройства, тревожность и т.д. [21].

Бронхиальная астма, являясь хроническим заболеванием, склонным к прогрессированию и протекающим с обострениями, приводит к стойкому

снижению потребностей человека путем ограничения всех составляющих (физических, психических, социальных) нормальной жизни. Известно, что клинические особенности заболевания, необходимость длительного лечения, периодические госпитализации, страх перед удушьем формируют у больного с бронхиальной астмой состояние хронического эмоционального перенапряжения, тревожности, которое не только ухудшает клиническое течение основного заболевания, но и создает серьезные препятствия для лечения и реабилитации, формируя негативное отношение к терапии [3].

Психические расстройства при бронхиальной астме наблюдаются часто. Они выступают в виде реактивных личностных образований в связи с переживанием болезни, невротоподобных расстройств, аномального развития личности. Это усложняет клиническую картину и привносит в нее черты ипохондричности, болезненную тревогу и опасения, вызывает отрицательные установки по отношению к лечению, порождает недоверие к врачу и проводимой терапии [43].

Таким образом, бронхиальная астма как психосоматическое заболевание может возникать на основе нерешенной связи, на конфликте амбивалентности и на личностных особенностях. Приступы астмы могут провоцироваться произвольно или непроизвольно, под влиянием настроения больного, которое он сам вызывает, а также в зависимости от наличия осознанных целей использования астмы как средства манипуляции близкими людьми.

### **1.3 Психологические особенности подростков, страдающих психосоматическими заболеваниями**

В психологии нет единого подхода к пониманию подросткового возраста, как нет и единой возрастной периодизации. Границы подросткового возраста в современной литературе определяются неоднозначно. Рассмотрим некоторые подходы к определению подросткового возраста.

У Э. Эриксона подростковый возраст (отрочество) не отделяется от юношеского и занимает возраст 12-18 лет. Это период, характеризующийся самым глубоким жизненным кризисом, на котором эго-идентичность

(личностная индивидуальность) стоит против ролевого смешения (спутанности идентичности). Эго-идентичность понимается в двух измерениях – временном и ситуативно-ролевом. Во временном измерении идентичность обеспечивает преемственность прошлого, настоящего и будущего. В ситуативно-ролевом – составляет центральное образование, удерживающее в единстве многие ситуации и роли, в которых выступает человек. Кризис идентичности, который в норме должен завершиться формированием идентичности, требует от человека переосмысления своих связей с окружающими и своего места в социальном мире.

Л.С. Выготский предлагает рассматривать подростковый возраст с точки зрения интересов, которые являются целостными динамическими тенденциями, определяющими структуру направленности реакций. Например, особенности поведения подростков (падение школьной успеваемости, ухудшение отношений с родителями др.) можно объяснить коренной перестройкой всей системы интересов в этом возрасте. В соответствии с этим автор делит подростковый возраст на две фазы: негативную (фазу влечений) и позитивную (фазу интересов). Первая фаза связывается со свертыванием и отмиранием прежде установившейся системы интересов и с процессами вызревания и появления первых органических влечений. Симптомы первой фазы подросткового возраста отличаются крайней вариативностью, ситуационной зависимостью, неоднородностью и сложностью поведения. Вторая фаза характеризуется вызреванием нового ядра интересов. Л.С. Выготский рассматривал подростковый возраст как в норме стабильный, несмотря на то, что реально он может протекать весьма бурно. Временем, отделяющим подростковый возраст от младшего школьного и юношеского, Л.С. Выготский считал кризисы 13 и 17 лет, соответственно [6].

Д.Б. Эльконин, основываясь на критерии смен ведущих форм деятельности, называет подростковым возрастом период 11-17 лет, но подразделяет его на два этапа: средний школьный возраст (11-15 лет), когда ведущей деятельностью является общение, и старший школьный возраст (15-17

лет), когда ведущей становится учебно-профессиональная деятельность [50].

Л.И. Божович также считает, что подростковый возраст состоит из двух фаз: 12-15 лет и 15-17 лет. Однако наряду с термином «подростковый возраст» автор употребляет термин «подростковый кризис» как синоним первого, что говорит о том, что Л.И. Божович рассматривает весь подростковый возраст как критический. Отличием кризиса подросткового возраста от других кризисов является его длительность и острота из-за значительной выраженности депривации потребностей подростка. Причем источником депривации потребностей в подростковом возрасте являются не только внешние запреты, как было на предыдущих этапах развития, но и внутренние запреты, то есть ограничения, накладываемые самим подростком на себя. Эти ограничения не являются внешним конфликтом между желаемым и разрешенным, они есть внутренние противоречия, которые составляют суть подросткового возраста. Это превращает понятие «кризис» из негативного явления, тормозящего развитие, в позитивное, то есть обуславливающее развитие и являющееся внутренним переходом [46].

А.Е. Личко соединил выделенные им показатели созревания с концепцией Д.Б. Эльконина о смене ведущих форм деятельности. Это позволило принять 12-17 лет как подростковый возраст и подразделить его на следующие фазы: предподростковая (предпубертатная) – 10-11 лет, младшая подростковая (первая пубертатная) – 12-13 лет, средняя подростковая (вторая пубертатная) – 14-15 лет, старшая подростковая (третья пубертатная) – 16-17 лет и послеподростковая (постпубертатная) – 18-19 лет [20].

В современной психологии под подростковым возрастом понимается период онтогенеза от 10-11 до 15 лет, соответствующий началу перехода от детства к юности. Характеризуется периодом бурного и неравномерного роста и развития организма, интенсивным ростом тела и совершенствованием мускульного аппарата. Нервная система подростка еще не всегда способна выдержать сильные или длительно действующие раздражители и под их воздействием часто приходит в состояние торможения или сильного

возбуждения [37].

Открывается подростковый возраст кризисом, по которому часто весь период именуют критическим, переломным. Кризис связан с многочисленными качественными сдвигами в развитии, часто носящими характер коренной ломки прежних особенностей, интересов и отношений ребенка. Эти сдвиги происходят в сравнительно короткий срок, что производит впечатление неожиданного скачка, срыва. Перемены в психическом развитии нередко сопровождаются появлением у самого подростка значительных субъективных трудностей разного порядка и трудностям в его воспитании и общении с ним. В это время подросток не поддается дисциплинарным воздействиям взрослых, становится непослушным, дерзким, упрямым, грубым. Для него типичны демонстративные протестные реакции, негативизм, строптивость. Он становится скрытным, замкнутым, недоверчивым.

Важным видом деятельности в подростковом возрасте является учебная деятельность. Но, как упоминает Д.И. Фельдштейн, учебная деятельность выступает как одна из форм общественно полезной деятельности. Таким образом, ведущим типом деятельности у подростков становится развернутая общественно полезная деятельность в различных ее видах, таких как, учебная, трудовая, общественно-организационная [40].

Одним из важнейших моментов в развитии личности подростка является развитие самосознания, самооценки; у подростков возникает интерес к себе, к своим личностным качествам, потребность сравнить себя с другими, оценить себя, разобраться в своих чувствах и переживаниях. На этой основе порой возникают конфликты, порождаемые противоречиями между уровнем притязаний подростка и его объективным положением в коллективе.

Важным новообразованием подросткового возраста является формирование чувства взрослости «как субъективного переживания» готовности подростка быть полноправным членом коллектива взрослых, выражающегося в стремлении к самостоятельности, желании показать свою «взрослость», добиваться уважения старших. Процесс формирования

новообразований растянут во времени и может происходить неравномерно, из-за чего в подростке одновременно существуют и детское и взрослое. В его социальной ситуации развития наличествуют 2 тенденции:

1) тормозящая развитие взрослости (занятость школьной учебой, отсутствие других постоянных и социально значимых обязанностей, материальная зависимость и родительская опека и т.п.);

2) овзросляющая (акселерация, субъективное ощущение взрослости) [10], [41].

Социальная ситуация развития в подростковом возрасте представляет собой переход от детства к самостоятельной и ответственной взрослой жизни. Уже по-иному строятся отношения со взрослыми и сверстниками, претерпевают изменения уровень познавательных интересов, интеллект и способности. Духовная и физическая жизнь перемещается из дома во внешний мир, отношения со сверстниками строятся на более серьезном уровне. Важным аспектом является развитие чувства товарищества, наличие потребности в дружеском общении, сознательное отношение к дружбе, желание строить устойчивые и продолжительные дружеские отношения.

Так как объективная социальная ситуация развития ребёнка определяет его психическое развитие и психическое здоровье не автоматически, а только будучи преломленной в субъективных переживаниях подростка, необходимо акцентировать внимание на том, как сам ребёнок воспринимает свое положение в обществе, какие факторы субъективно переживаются им как дисфункциональные.

И.А. Симоненко при изучении психологических особенностей семейной системы у подростков, страдающих психосоматическими заболеваниями было установлено, что подростки с психосоматическими расстройствами испытывают более выраженное чувство тревоги и нервно-психического напряжения в семье сравнительно с соматически здоровыми подростками. Такие параметры, как чувство вины в семье и интегральный показатель семейной тревоги, статистически достоверно выше в группе подростков с

заболеваниями сердечнососудистой системы сравнительно с группой подростков с заболеваниями желудочно-кишечного тракта. Важным является то, что обе группы подростков с психосоматическими заболеваниями субъективно воспринимают свою семейную систему как постоянный источник тревоги и напряжения [35].

И.Г. Малкина-Пых выделяет личностные черты подростков, способствующие к развитию и фиксации дыхательных нарушений по нервно-психическому механизму. К ним относятся: низкий уровень фрустрационной толерантности, склонность к блокированию эмоциональных переживаний, хрупкость и незрелость психологической защиты, неадекватное представление о себе, увеличение коммуникативной значимости «языка тела» и низкий уровень сознавания, вследствие нарушения способности к словесному выражению чувств. Личностные особенности и невротические нарушения, а также неадекватные личностные реакции на заболевание определяют деструктивные формы поведения больных, которые затем трансформируются в поведенческие стереотипы, облегчающие развитие астматических симптомов по нервно-психическому механизму [38].

Подростки с бронхиальной астмой склонны контролировать поведенческие проявления эмоциональных реакций, причём данный контроль обусловлен большей нормативностью поведения, конформностью, зависимостью от мнения окружающих, чем у здоровых сверстников.

По сравнению со здоровыми сверстниками больные бронхиальной астмой испытывают больше ограничений в выполнении определенных физических нагрузок, выполняют меньше повседневной работы, чем им хотелось бы, несмотря на то, что это требует от них дополнительных усилий. Несмотря на длительную ремиссию, большинство из них оценивают свое здоровье как «посредственное» и «плохое». Из-за своего эмоционального и физического состояния подростки с астмой менее социально активны, реже общаются с друзьями.

Подростки с бронхиальной астмой отличаются от своих здоровых



сверстников качественными особенностями эмоционального реагирования на трудные жизненные ситуации. Эмоции интеллектуально контролируются, их внешнее выражение тормозится или блокируется. Такой паттерн поведения у больных проявляется их большей приверженностью социальным нормам, зависимостью от чужого мнения, неуверенностью в себе. Этим определяются аспонтанность поведения, осторожность, скованность, эмоциональная сдержанность. В субъективном переживании – это чувство повышенной ответственности, от которой хотелось бы избавиться. Также для подростков с бронхиальной астмой характерен более высокий уровень агрессивности и сниженный фон настроения. Это может свидетельствовать о защитной реакции подростка на окружающий мир в условиях болезни.

Согласно исследованиям Ш.К. Шахова, подростки, страдающие бронхиальной астмой, характеризуются существенно более низкими, чем у их здоровых сверстников, значениями самопринятия и интернальности. В то же время подростки с бронхиальной астмой отличаются повышенным уровнем склонности к доминированию. Удовлетворенность жизнью в целом подростков с бронхиальной астмой находится на границе среднего и низкого уровней, в то время как уровень общей школьной тревожности является повышенным. Повышенный страх самовыражения подростков с бронхиальной астмой. Страх привлечь к себе внимание у подростков с астмой имеет в своих «корнях» опасение, что окружающие будут воспринимать их как несколько «неполноценных» субъектов общества [48].

Согласно М.Ю. Фоменко при бронхиальной астме наблюдается повышенная деструктивная агрессия, которая понимается как реактивное переформирование изначально конструктивной агрессии вследствие особых неблагоприятных условий в первичной группе, родительской семье, другими словами, деструктивность представляет собой определенную деформацию нормальной способности к деятельному, активному взаимодействию с окружающим миром, людьми и предметами.

Я-функция агрессии связана, прежде всего, с враждебным, отвергаемым

отношением. Такое предположение основывается на понимании первичного конфликта с матерью, как основного представителя первичной группы. Впоследствии это проявляется деструкцией, направленной против себя (своих целей, планов и т.д.) или окружающего, такие тенденции могут быть связаны с развитием психосоматического расстройства, а также с типом отношения к болезни, ведущей копинг-стратегией.

Само сочетание деструктивной и конструктивной агрессии хорошо иллюстрирует этот конфликт: стремление к контакту, просьба, первичный плач с целью завладения материнским вниманием подавляется, вследствие тех или иных особенностей материнской идентичности, ее несформированности. Стремление к контакту, развивало Я-функцию агрессии в конструктивном русле, но подавление его – «подавленный плач» скорее способствует развитию деструктивного начала агрессии, направленной как на себя (психосоматическое заболевание, аутоагрессия), так и на других (дистанцирование).

Дефицитарный страх / тревога понимается как значительное недоразвитие Я-функции тревоги. Обычно это проявляется в полной невозможности сосуществования с тревогой, т.е. в полной непереносимости переживаний, сопряженных с психическим отражением опасности. При формировании такой дисфункции особое значение имеет время возникновения травматического опыта, связанного с первичной группой. Ограниченные возможности «почувствовать страх» интрапсихически проявляются в ощущениях усталости, скуки и душевной пустоты [42].

Известно, что длительные хронические заболевания вызывают задержку эмоционального развития, эмоциональную незрелость. Хроническая физическая и психическая астения тормозит развитие активных форм деятельности, способствует формированию таких черт личности, как робость, боязливость, неуверенность в себе. Эти же свойства обуславливают и создание для больного ребенка режима ограничений и запретов. Условия гиперопеки формируют искусственную инфантилизацию. Как считают клинические психологи, среди личностных особенностей подростков с бронхиальной астмой

доминируют неустойчивость, эмоциональная лабильность, истероидность, эгоцентризм, снижение способности к ролевому взаимодействию. Страх удушья формирует тревожность, чувство отверженности, подкрепляемые переживаниями своего отличия от сверстников.

В.И. Горемыкин и А.А. Протопопов доказывают, что у подростков с бронхиальной астмой имеет место сниженная самооценка, повышенная тревожность и психастеничность, более выражены истероидно-демонстративные черты, всегда есть нарушения внутрисемейных отношений. Также на повышенную тревожность подростков, страдающих бронхиальной астмой указывают исследования Э.Л. Чупак [47].

Е.А. Горская выявила, что дети и подростки, больные бронхиальной астмой, отличаются большей приверженностью к социальным нормам, повышенной ответственностью, зависимостью от чужого мнения, осторожностью, обедненным репертуаром проявления чувств и отсутствием спонтанности. Автор отмечает многообразие индивидуально-психологических проявлений и невозможность их унификации, связывая это с несформированностью личностных структур, однако говорит о том, что у подростков, страдающих бронхиальной астмой, прослеживаются нарушения эмоционального характера [7].

Согласно исследованиям А.Ю. Нагорновой подростки, страдающие бронхиальной астмой, имеют особые, ярко выраженные черты характера, которые принято называть акцентуациями. Проявляются такие черты как интроверсия, замкнутость, ригидность, угрюмость. У этих детей ярко выражен дистимичный тип акцентуации, некоторые характеризуются повышенной возбудимостью, гиперактивностью, склонностью к демонстративному поведению с целью привлечь внимание, т.е. относятся к гипертимным акцентуантам [28].

По мнению К. Леонгарда, акцентуация характера подростков зависит от степени тяжести болезни: у подростков с легким течением астмы преобладают гипертимные черты (стремление к социализации) и перепады настроения; у

подростков со среднетяжелым течением чаще выявляется экзальтированность и демонстративность; а при тяжелой бронхиальной астме диагностируется замкнутость и возбудимость. Психопатологические изменения чаще наблюдаются у подростков с тяжелой астмой, существенно ограничивающей жизнедеятельность ребенка, его социальное развитие. Отягощают течение заболевания неспособность подростка самостоятельно справляться с кризисными ситуациями, обслуживать себя, длительные депрессии как следствие семейных конфликтов, отсутствие эмоциональной близости с родителями [21].

Таким образом, подростки, страдающие бронхиальной астмой, характеризуются контролем поведенческих и эмоциональных реакций, повышенной ответственностью, зависимостью от чужого мнения, повышенной тревожностью, возбудимостью, склонностью к демонстративному поведению. Для подростков с бронхиальной астмой характерно наличие дистимичного и гипертимного типа акцентуации характера.

Теоретическое изучение бронхиальной астмы как психосоматического заболевания привело к следующим выводам. Бронхиальная астма является классическим психосоматическим заболеванием, начало развития которого наблюдается преимущественно в подростковом возрасте. Бронхиальная астма, как любое хроническое заболевание, оказывает негативное влияние на социальную ситуацию развития подростка. Отношение к болезни является структурным образованием, отражающим когнитивную, эмоциональную и мотивационно-поведенческую сферу.

## 2 ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ ПОДРОСТКОВ, СТРАДАЮЩИХ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ

### 2.1 Организация и методы исследования

В первой главе было рассмотрено понятие «отношение к болезни», выяснены особенности отношения к болезни в подростковом возрасте. На основе полученных теоретических данных было спланировано исследование, направленное на изучение структурных элементов отношения к болезни подростков, страдающих бронхиальной астмой.

Цель исследования – изучение особенностей отношения к болезни подростков, страдающих психосоматическим заболеванием.

Гипотеза исследования – отношение к болезни подростков, страдающих психосоматическим заболеванием, имеет специфические особенности.

Задачи исследования:

- 1) диагностировать компоненты отношения к болезни подростков, страдающих бронхиальной астмой;
- 2) диагностировать компоненты отношения к болезни подростков с неврологическими нарушениями;
- 3) определить специфику отношения к болезни подростков, страдающих бронхиальной астмой.

Так как целью исследования является изучение особенностей отношения к болезни подростков, страдающих бронхиальной астмой, тип исследования – сравнительное.

Для подтверждения гипотезы было организовано и проведено изучение каждого структурного элемента отношения к болезни у подростков, проходящих лечение в Государственном автономном учреждении социального обслуживания Амурской области реабилитационном центре для детей и подростков с ограниченными возможностями «Бардагон».

Выборка формировалась посредством стратометрического отбора – из генеральной совокупности было выделено две группы подростков с разными

заболеваниями. Первая группа – подростки, страдающие бронхиальной астмой (15 человек), вторая группа – подростки с неврологическими нарушениями (20 человек). Возраст от 12 до 16 лет.

Этапы проведения исследования:

1. Подготовительный. Данный этап подразумевает определение цели, предмета, объекта и выборочной совокупности исследования; формулирование гипотезы исследования; выбор базы исследования; отбор эмпирических методик, способствующих детальному изучению предмета исследования.

2. Оперативно-процедурный. Представляет собой непосредственное воздействие на предмет исследования в виде диагностирования. Главная задача данного этапа – сбор эмпирических данных о предмете исследования.

3. Резюльтирующий. Представляет собой обработку, анализ, обобщение полученных данных.

При выборе методик, направленных на изучение компонентов отношения к болезни, в основу исследования была положена концепция отношений В.Н. Мясищева. В.Н. Мясищев выделил три компонента отношений: когнитивный, эмоциональный и мотивационно-поведенческий. Эти три компонента распространяются на все виды отношений, в том числе на отношение к болезни. Таким образом, на каждый выделенный компонент отношения к болезни была подобрана соответствующая методика изучения.

Методика «Личностный опросник Бехтеревского института» разработана с целью диагностики типов отношения к болезни и других связанных с ней личностных отношений у больных хроническими соматическими заболеваниями. Составлена при участии сотрудников института им. В.М. Бехтерева – И.Г. Беспалько, Л.И. Вассермана, И.Н. Гильяшевой, Б.В. Ковалева, Т.М. Мишиной, Т.Л. Федоровой и др., под редакцией А.Е. Личко.

Применение данной методики направлено на изучение когнитивного компонента. Диагностируется сложившийся под влиянием болезни паттерн отношений к самой болезни, к ее лечению, врачам и медперсоналу, родным и близким, окружающим, учебе, одиночеству и будущему, а также к своим

вита́льным функциям (самочувствие, настроение, сон, аппетит).

С помощью ЛОБИ могут быть диагностированы следующие типы отношений к болезни, выделенные А.Е. Личко и И.Я. Ивановым:

1. Гармоничный (Г). Для данного типа отношения к болезни характерна трезвая оценка своего состояния без склонности преувеличивать его тяжесть и без оснований видеть все в мрачном свете, но и без недооценки тяжести болезни; стремление во всем активно содействовать успеху лечения.

2. Тревожный (Т). Данный тип отношения к болезни характеризуется непрерывным беспокойством и мнительностью в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений, неэффективности и даже опасности лечения. Постоянно ведется поиск новых способов лечения, «авторитетов».

3. Ипохондрический (И). Больные с ипохондрическим типом отношения к болезни сосредоточены на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях. Они стремятся постоянно рассказывать о своих ощущениях окружающим.

4. Меланхолический (М). Для больных с меланхолическим типом отношения к болезни характерна удрученность болезнью, неверие в выздоровление, в возможное улучшение, в эффект лечения. Имеются активные депрессивные высказывания вплоть до суицидных мыслей.

5. Апатический (А). Данный тип отношения к болезни отличает полное безразличие к своей судьбе, к исходу болезни, к результатам лечения. Пассивное подчинение процедурам и лечению при настойчивом побуждении со стороны медицинского персонала или родственников.

6. Неврастенический (Н). Для данного типа отношения к болезни характерно поведение по типу «раздражительной слабости»; вспышки раздражения, особенно при болях, при неприятных ощущениях, при неудачах лечения, неблагоприятных данных обследования.

7. Обсессивно-фобический (О). Этот тип отношения к болезни отличает тревожная мнительность, прежде всего, касающаяся опасений не реальных, а маловероятных осложнений болезни, неудач лечения, а также возможных

неудач в жизни, работе, семейной ситуации в связи с болезнью.

8. Сенситивный. Таким людям свойственна высокая озабоченность возможным неблагоприятным впечатлением, которое могут произвести на окружающих сведения о болезни. Они боятся стать обузой для близких из-за болезни или неблагоприятного отношения с их стороны в связи с этим. У больных наблюдается склонность к извиняющемуся стилю поведения.

9. Эгоцентрический. Для больных с эгоцентрическим типом отношения к болезни очень важно выставлять напоказ близким и окружающим свои страдания и переживания с целью полностью завладеть их вниманием. Такие больные требуют исключительной заботы о себе, разговоры окружающих быстро переводят на себя или на свои страдания.

10. Эйфорический. Этот тип отношения к болезни характеризуется необоснованно повышенным настроением, пренебрежением, легкомысленным отношением к болезни и лечению. У больных с эйфорическим типом присутствует желание получать от жизни все, несмотря на болезнь. Они легко нарушают режим, при том, что эти нарушения могут неблагоприятно сказываться на течении болезни.

11. Анозогнозический. Данный тип отношения к болезни характеризуется активным отбрасыванием мыслей о болезни, о возможных ее последствиях; непризнанием себя больным; отрицанием очевидного в проявлениях болезни, отказом от обследования и лечения.

12. Эргопатический. Больные с эргопатическим отношением к болезни ни смотря на тяжесть болезни и страдания стараются продолжать работу. Трудятся они, как правило, с большим рвением, чем до болезни, работе отдают все время. Они стараются лечиться и подвергаться обследованию так, чтобы это оставляло возможность для продолжения работы.

13. Паранойяльный. У больного с паранойяльным типом отношения к болезни присутствует уверенность в том, что болезнь является результатом чьего-то злого умысла. Для них характерна подозрительность к лекарствам и процедурам. Такие больные стремятся приписывать возможные осложнения



лечения, побочные действия лекарств халатности и даже злему умыслу врачей и персонала.

Методика «Цветовой тест отношений» – невербальный диагностический метод исследования эмоциональных компонентов отношений. Используется для изучения эмоционального компонента отношения к болезни. ЦТО, как метод изучения отношений, применим в работе с детьми, начиная с 3-4-летнего возраста.

Методической основой данного теста является цветоассоциативный эксперимент. Идея и процедуры эксперимента были разработаны А.М. Эткингом в 1984. Он исходит из предположения о том, что существенные характеристики невербальных компонентов отношений к значимым другим и к самому себе отражаются в цветовых ассоциациях к ним.

Согласно цели данного исследования, были определены следующие категории, помогающие подробнее изучить эмоциональное отношение к психосоматическому заболеванию:

1. Мое тело – данная категория направлена на установление эмоционального отношения к собственному телу у подростков.

2. Мое здоровье – данная категория направлена на изучение эмоционального отношения к своему здоровью у подростков.

3. Моя болезнь – данная категория направлена на изучение эмоционального отношения к болезни у подростков. Учитывая психосоматическую природу бронхиальной астмы, результаты по данной категории представляют наибольший интерес.

4. Я в лечебном учреждении – данная категория направлена на изучение эмоционального отношения к нахождению в реабилитационном центре у подростков. Так как исследование проходило на базе Государственного автономного учреждения социального обслуживания Амурской области реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Бардагон».

Методика «Шкала оценки потребности в достижении» разработана М.Ю.

Орловым в 1978 году. Предназначена для изучения мотивации достижения. Используется для изучения мотивационного компонента. Опросник можно использовать для исследования влияния потребности в достижениях на эффективность деятельности.

Исходный перечень пунктов составлялся таким образом, что в них косвенно отражались индивидуальные особенности человека, ориентированного на достижения. После этого пункты отбирались по значениям критериальной валидности и согласованности с суммарным баллом. Шкала эта состоит из 22 суждений, на которые возможны 2 варианта ответов – «да» или «нет». Уровень мотивации достижения можно оценить как низкий (1-3 стенов), средний (4-7 стенов) и высокий (8-10 стенов). Данная методика была выбрана в силу того, что мотивация достижения у лиц, страдающих бронхиальной астмой, искажена. Болезнь для них является неосознаваемым, но действенным способом получения любви и заботы.

В данной работе использовался  $\phi^*$  критерий углового преобразования Фишера. Критерий Фишера предназначен для сопоставления двух выборок по частоте встречаемости интересующего эффекта. Критерий оценивает достоверность различий между процентными долями двух выборок, в которых зарегистрирован интересующий эффект.

Суть углового преобразования Фишера состоит в переводе процентных долей в величины центрального угла, который измеряется в радианах. Большей процентной доле будет соответствовать больший угол, а меньшей доле – меньший угол, но соотношения здесь не линейные:

$$\phi = 2 * \arcsin\sqrt{P} \quad (1)$$

где  $P$  – процентная доля, выраженная в долях единицы.

При  $n_1, n_2 \geq 5$  возможны любые сопоставления.

## **2.2 Анализ и интерпретация результатов исследования**

По результатам проведения методики ЛОБИ были получены следующие данные, характеризующие каждую нозологическую группу (рисунок 1).

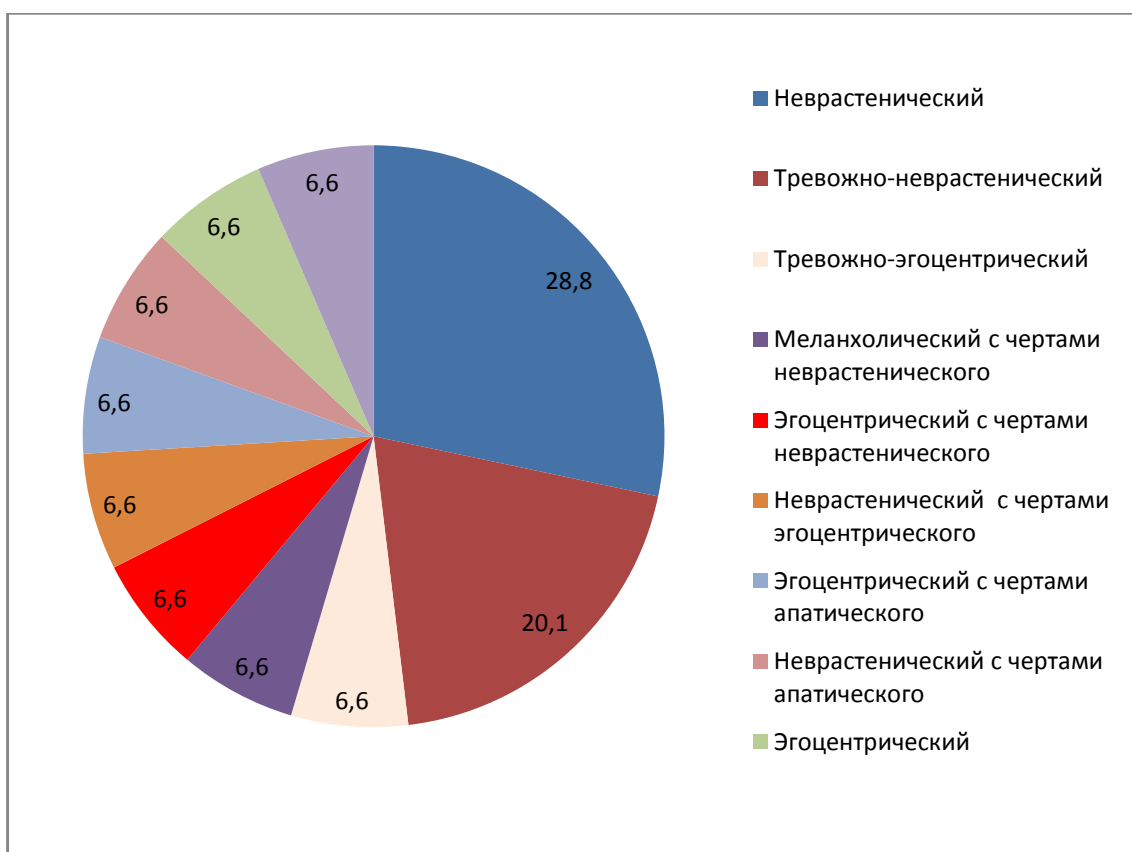


Рисунок 1 – Распределение подростков с бронхиальной астмой в зависимости от типа отношения к болезни

В группе подростков с бронхиальной астмой преобладает у 28,8 % из общего числа тип – неврастенический. Для данного типа отношения к болезни характерна повышенная утомляемость и раздражительность. Вспышки раздражения выявляются особенно при болях, при неприятных ощущениях, при неудачах лечения, неблагоприятных данных обследования. Наблюдаются расстройства сна, головные боли, снижение настроения, непереносимость болевых ощущений, нетерпеливость.

Тип тревожно-неврастенический преобладает у 20,1 % из общего числа подростков с бронхиальной астмой. Данный тип характеризуется непрерывным беспокойством и мнительностью в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений, неэффективности и даже опасности лечения. Подростки заняты поиск новых способов лечения, дополнительной информации о болезни, вероятных осложнениях, методах лечения. Неврастеническую составляющую данного типа отношения к болезни определяют раздражение, усиливающееся при неприятных ощущениях, при

неудачах лечения.

Тип тревожно-эгоцентрический преобладает у 6,6 % из общего числа подростков с бронхиальной астмой. Данный тип характеризуется постоянным беспокойством в отношении болезни. Но для эгоцентрической составляющей данного типа свойственно выставление напоказ близким и окружающим своих страданий и переживаний.

Тип меланхолический с чертами неврастенического преобладает у 6,6 % из общего числа подростков с бронхиальной астмой. Подростки с этим типом отношения к болезни характеризуются подавленностью, депрессивными высказываниями, замкнутостью. Неврастеническая составляющая данного типа отношения к болезни проявляется в нарушении режима сна и бодрствования, отсутствии аппетита, вялостью, вспышками раздражительности.

Тип эгоцентрический с чертами неврастенического преобладает у 6,6 % из общего числа подростков с бронхиальной астмой. Подобный тип отношения к болезни характеризуется выставлением напоказ близким и окружающим своих страданий и переживаний. Неврастения в данном случае может выражаться в эмоциональной лабильности, а также сниженной самооценке.

Тип неврастенический с чертами эгоцентрического преобладает у 6,6 % из общего числа подростков с бронхиальной астмой. Для данного типа характерно доминирование неврастенических составляющих отношения к болезни. Они могут выражаться очаговым раздражением, часто наблюдающимся при болевых и иных неприятных ощущениях. Эгоцентрическая составляющая выявленного типа отношения к болезни выражается в стремлении полностью завладеть вниманием близких, выставя напоказ свои страдания и переживания.

Тип эгоцентрический с чертами апатического преобладает у 6,6 % из общего числа подростков с бронхиальной астмой. Данный тип характеризуется требованием исключительной заботы о себе. Подростки с данным типом отношения к болезни в других людях, также требующих внимания и заботы, видят только «конкурентов» и относятся к ним неприязненно. При этом

наблюдается пассивное подчинение процедурам и лечению как проявление апатического компонента выявленного типа отношения к болезни.

Тип неврастенический с чертами апатического доминирует у 6,6 % из общего числа подростков с бронхиальной астмой. Данный тип характеризуется снижением аппетита, расстройством сна, повышении утомляемости, непереносимостью болевых ощущений. Апатический компонент выявленного типа отношения к болезни выражается пассивным следованием предписаний врача, соблюдению режима.

Тип эгоцентрический встречается у 6,6 % общего числа подростков с бронхиальной астмой. Данный тип отношения к болезни характеризуется уходом в болезнь. Эти подростки получают удовольствие от выставления напоказ близким своих страданий. Они требуют исключительной заботы о себе. У них наблюдается постоянное желание показать свое особое положение, свою исключительность в отношении болезни.

Тип апатический преобладает у 6,6 % из общего числа подростков с бронхиальной астмой. Подобный тип отношения к болезни характеризуется полным безразличием к своей судьбе, пассивным подчинением процедурам и лечению, утратой интереса ко всему ранее интересующему.

Таким образом, доминирующие типы отношения к болезни – неврастенический и тревожно-неврастенический. Это может быть объяснено тем, что бронхиальная астма, являясь хроническим заболеванием, склонным к прогрессированию и протекающим с обострениями, приводит к ограничению всех составляющих нормальной жизни. Необходимость длительного лечения, периодические госпитализации, страх перед удушьем формируют у подростка, страдающего бронхиальной астмой состояние хронического эмоционального перенапряжения, тревожности, которое не только ухудшает клиническое течение бронхиальной астмы, но и способствует формированию негативного отношения к терапевтическим и реабилитационным действиям.

В группе подростков с бронхиальной астмой не были выявлены следующие типы отношения к болезни: гармоничный, ипохондрический,

обсессивно-фобический, сенситивный, эйфорический, анозогнозический, эргопатический, паранояльный. Возможно, данные типы не имеют своей выраженности в данной группе по причине того, что бронхиальная астма является классическим психосоматическим заболеванием, имеющим соматическую предрасположенность.

В группе подростков с неврологическими нарушениями были получены следующие результаты (рисунок 2).

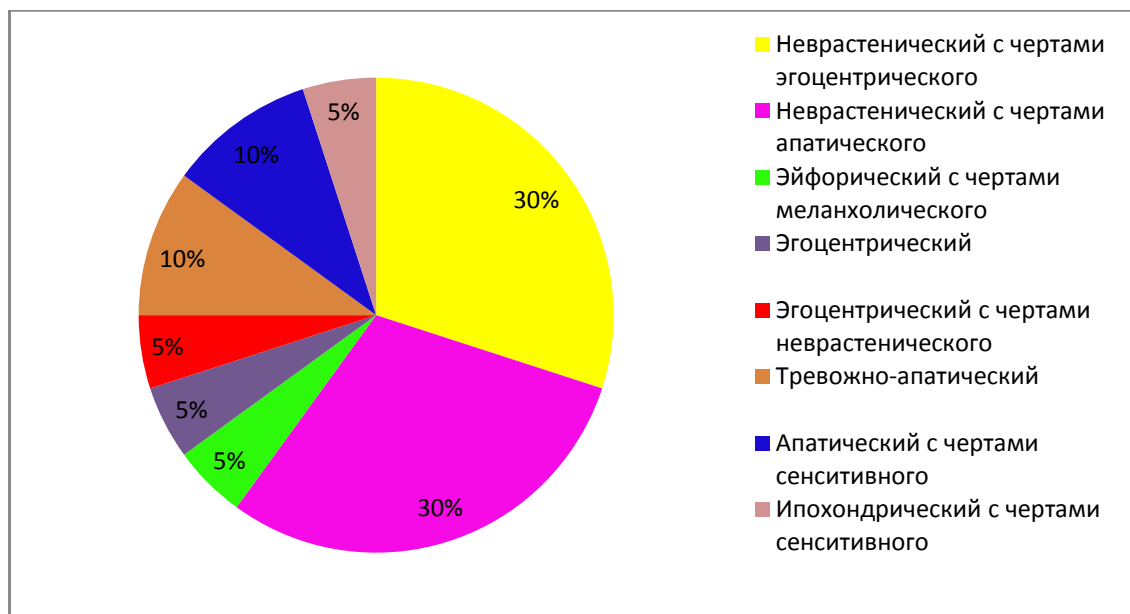


Рисунок 2 – Распределение подростков с неврологическими нарушениями в зависимости от типа отношения к болезни

В данной группе наиболее часто встречающийся тип отношения к болезни – неврастенический с чертами апатического составляет 30 % из общего числа подростков с неврологическими нарушениями. Данный тип характеризуется вспышками раздражения, особенно при болях, при неудачах лечения, неблагоприятных данных обследования, нетерпеливостью.

Тип неврастенический с чертами эгоцентрического преобладает у 30 % из общего числа подростков с неврологическими нарушениями. Данный тип характеризуется раздражительностью, присущей неврастении, а также подростки с данным типом отношения к болезни требуют заботы о себе со стороны медицинского персонала и близких людей.

Тип отношения к болезни тревожно-апатический, встречается у 10 % из

общего числа испытуемых данной группы. Подобный тип отношения к болезни характеризуется непрерывным беспокойством и мнительностью в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений, неэффективности и даже опасности лечения. У подростков с этим типом отношения к болезни преобладает тревожное настроение и угнетенность. Черты апатического типа проявляются пассивным поведением, отсутствием мотивации на дальнейшее лечение.

Тип апатический с чертами сенситивного преобладает у 10 % из общего числа подростков с неврологическими нарушениями. Данный тип характеризуется пассивным отношением к процедурам и лечению. Сенситивный компонент выявленного типа отношения к болезни проявляется в озабоченности возможным неблагоприятным впечатлением, которое могут произвести на окружающих сведения о болезни. Подростки с данным типом отношения к болезни боятся стать обузой для близких из-за болезни.

Тип ипохондрико-сенситивный доминирует у 5 % из общего числа подростков с неврологическими нарушениями. Данный тип характеризуется сосредоточением на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях, стремлением рассказывать о своих ощущениях окружающим. Сенситивный компонент выявленного типа отношения к болезни проявляется в низкой самооценке, робости и застенчивости.

Тип эйфорический с чертами меланхолического преобладает у 5 % из общего числа подростков с неврологическими нарушениями. Подростки с данным типом отношения к болезни характеризуются повышенным настроением, легкомысленным отношением к лечению. Они стараются получить от жизни все, несмотря на болезнь. Меланхоличность в данном случае выражается стремлением играть в интеллектуальные игры, читать, анализировать всю окружающую реальность.

Эгоцентрический тип доминирует у 5 % испытуемых. Данный тип характеризуется выставлением напоказ близким и окружающим своих страданий и переживаний с целью полностью завладеть их вниманием. Эти

подростки желают показать свое особое положение, свою исключительность в отношении болезни.

Тип эгоцентрический с чертами неврастенического встречается у 5 % из общего числа подростков с неврологическими нарушениями. Для подростков с таким типом отношения к болезни характерно нежелание и неспособность принять другую точку зрения, отличающуюся от своей, также свойственна сосредоточенность исключительно на собственных переживаниях, мыслях и интересах. Неврастенический компонент выявленного типа отношения к болезни выражается в раздражении, особенно при навязывании подростку другого мнения по поводу болезни, лечения.

Таким образом, было выявлено, что для группы подростков с бронхиальной астмой и группы подростков с неврологическими нарушениями доминирующим является неврастенический тип отношения к болезни. В группе подростков с бронхиальной астмой выявлен также тревожно-неврастенический тип отношения к болезни, характеризующийся непрерывным беспокойством и мнительностью в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений, неэффективности и даже опасности лечения. Подростки заняты поиском новых способов лечения, дополнительной информации о болезни, вероятных осложнениях, методах лечения. Неврастеническую составляющую данного типа отношения к болезни определяют раздражение, усиливающееся при неприятных ощущениях, при неудачах лечения.

Для группы подростков с неврологическими нарушениями наиболее характерными являются неврастенический с чертами апатического и неврастенический с чертами эгоцентрического типы отношения к болезни. Данный тип отношения к болезни характеризуется раздражительностью, присущей неврастениции, а также требованием заботы о себе со стороны медицинского персонала и близких людей.

По результатам методики ЦТО были получены следующие результаты:

По данным раскладки по предпочтению можно выделить процентное распределение отношения к каждой отдельной категории в группе подростков с



бронхиальной астмой и в группе подростков с неврологическими нарушениями.

По категории «мое тело» были получены следующие результаты, которые отображены на рисунке 3.

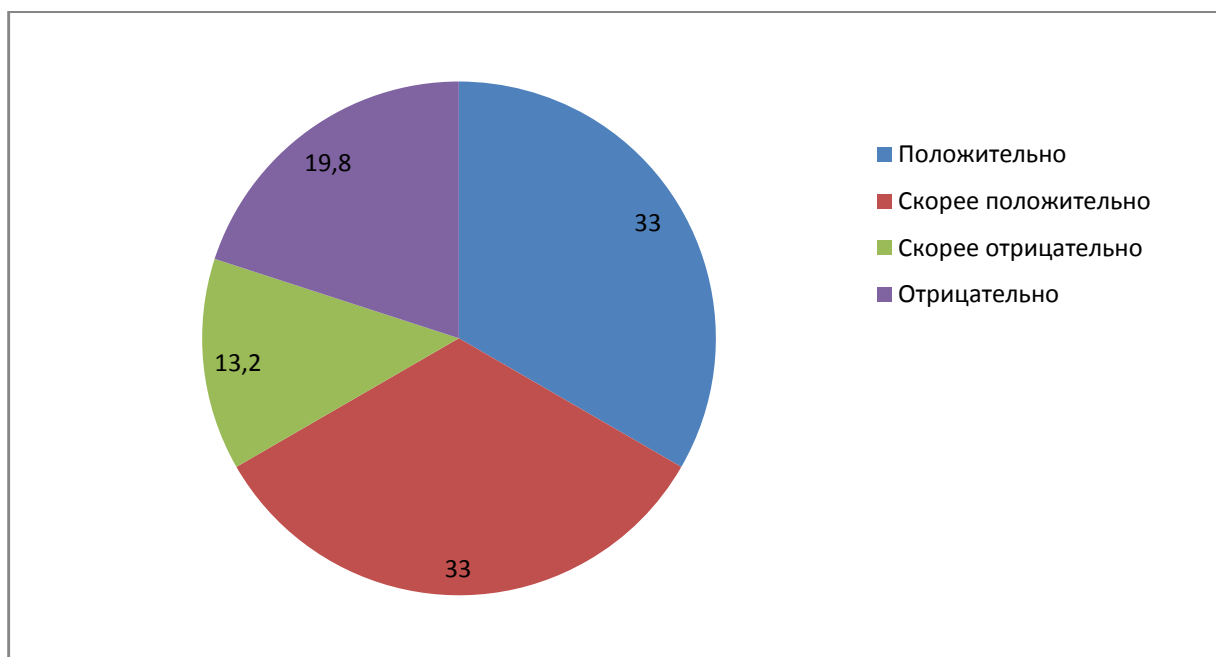


Рисунок 3 – Процентное распределение по категории «мое тело» в группе подростков с бронхиальной астмой

Положительно оценивают свое тело 33 % подростков; скорее положительно оценивают свое тело 33 % подростков; скорее отрицательно оценивают свое тело – 13,2 % подростков; отрицательно – 19,8 % подростков. Таким образом, почти у трети подростков наблюдается эмоциональное принятие своего тела таким, какое оно есть. Наблюдаются внимательно отношение к физическим сигналам, и забота о своем теле. Почти у 20 % подростков выявлено отрицательное отношение к своему телу, что может свидетельствовать об эмоциональном непринятии собственного тела, неспособности уловить симптомы на начальной стадии их проявления. Возможны проявления аутоагрессии в виде сознательного причинения вреда себе, специально создаваемых травмирующих ситуаций, а также в форме виктимного поведения.

Первой в раскладке по предпочтению категорию «мое тело» выбрали 26,6 % подростков с бронхиальной астмой, в том числе при выборе цвета 6,6 % отдали предпочтение синему, 13,2 % – зеленому, 6,6 % – черному. Это

свидетельствует о том, что 13,2 % подростков с бронхиальной астмой сопротивляются изменениям в своем теле, будь они связаны с возрастными изменениями или с ситуацией приступа бронхиальной астмы. 6,6 % подростков с бронхиальной астмой чувствительны к различным изменениям, происходящими с телом; а другие 6,6 % считают свое тело непривлекательным, относятся к нему с враждебностью и неприятием.

Второй в раскладке по предпочтению категорию «мое тело» выбрали 6,6 % подростков с бронхиальной астмой, указанный цвет – фиолетовый. Это означает, что у данного числа респондентов присутствует безответственное отношение к своему телу.

Третьей в раскладке по предпочтению категорию «мое тело» выбрали 19,8 % подростков с бронхиальной астмой. В том числе 6,6 % отметили данную категорию синим цветом, что свидетельствует о чувствительности к изменениям в теле; 6,6 % отдали предпочтение черному цвету, что указывает на эмоциональное неприятие собственного тела; 6,6 % указали серый цвет как подходящий для данной категории, что говорит о неуверенности в собственном теле.

Четвертой в раскладке по предпочтению категорию «мое тело» выбрали 13,2 %. В данных случаях был выбран желтый цвет, что указывает на безответственное отношение к собственному телу, а также открытость и общительность.

Пятой в раскладке по предпочтению категорию «мое тело» выбрали 6,6 %, указанный цвет – синий. Это свидетельствует о добросовестном отношении к собственному телу со стороны подростков с бронхиальной астмой.

Шестой в раскладке по предпочтению категорию «мое тело» выбрали 6,6 %, указанный цвет – коричневый. Это говорит об эмоциональной зависимости от физических проявлений со стороны своего тела. Седьмой в раскладке по предпочтению категорию «мое тело» выбрали 6,6 %, указанный цвет – фиолетовый. Это свидетельствует о безответственном отношении к собственному телу, неумению распознавать незначительные отклонения от

нормального состояния.

Восьмой в раскладке по предпочтению категорию «мое тело» выбрали 13,2 % подростков с бронхиальной астмой. В том числе 6,6 % отдали предпочтение желтому цвету, что указывает на безответственное отношение и неприятие собственного тела; 6,6 % указали красный цвет как подходящий для данной категории, это свидетельствует о неприятии нынешнего состояния своего тела и, как следствие, стремление к выздоровлению.

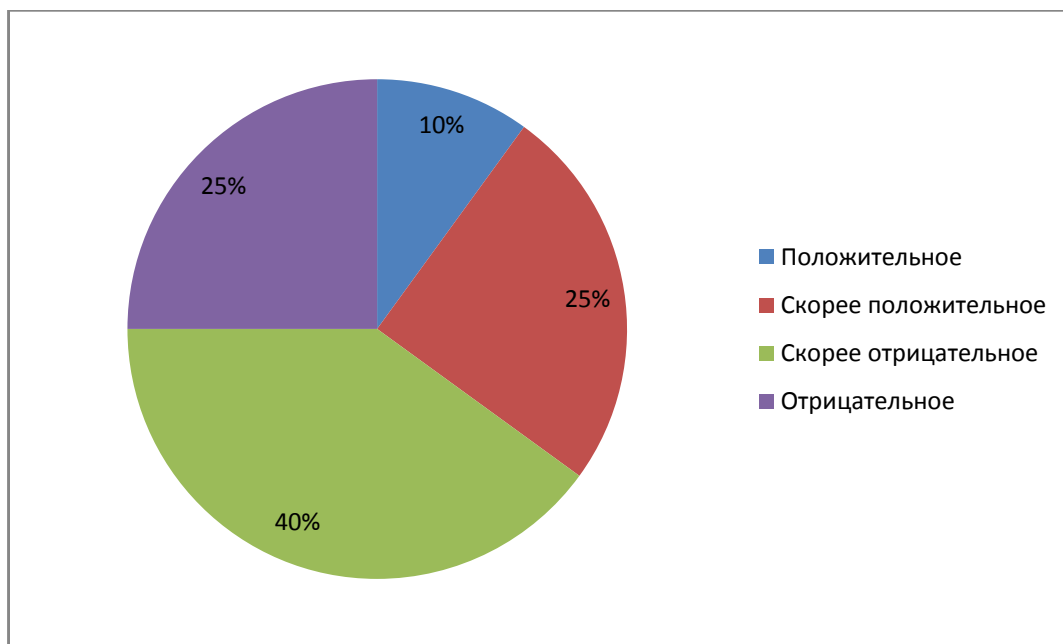


Рисунок 4 – Процентное распределение по категории «мое тело» в группе подростков с неврологическими нарушениями

Скорее положительно оценивают свое тело 25 %; положительно – 10 %; скорее отрицательно – 40 %; отрицательно – 25 % (рисунок 4). Таким образом, больше чем у половины подростков с неврологическими нарушениями наблюдается эмоциональное неприятие своего тела таким, какое оно есть. Наблюдаются невнимательное отношение к физическим сигналам и отсутствие заботы о своем теле, неспособности уловить симптомы на начальной стадии их проявления. Возможны проявления аутоагрессии в виде сознательного причинения вреда себе, специально создаваемых травмирующих ситуаций, а также в форме виктимного поведения.

По категории «мое здоровье» были получены следующие результаты, отображенные на рисунке 5.

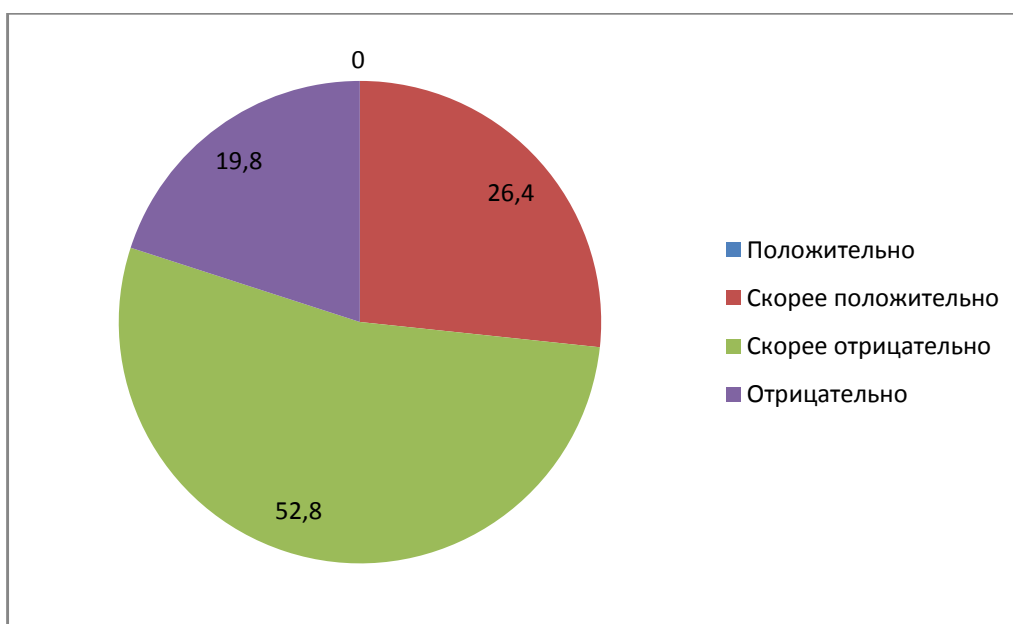


Рисунок 5 – Процентное распределение по категории «мое здоровье» в группе подростков с бронхиальной астмой

Скорее положительно оценивают свое здоровье 26,4 %; скорее отрицательно – 52,8 %; отрицательно – 19,8 %. Таким образом, больше половины группы детей с бронхиальной астмой скорее отрицательно относятся к своему здоровью, что может выражаться в субъективной не значимости своего здоровья, а также в не осознанности его ценности для реализации своих жизненных задач. Отрицательное отношение к своему здоровью может проявляться в том, что ребенок не следует предписаниям врача, не соблюдает режим. Положительно свое здоровье никто из подростков с бронхиальной астмой не оценивает, что может быть связано с пониманием серьезности заболевания.

Первой и второй в раскладке по предпочтению категория «мое здоровье» не была выбрана. Третьей в раскладке по предпочтению категорию «мое здоровье» выбрали 13,2 % подростков с бронхиальной астмой. В том числе 6,6% отметили данную категорию синим цветом, что свидетельствует о чувствительности к изменениям в состоянии здоровья; 6,6 % отдали предпочтение серому цвету, что указывает на неудовлетворенность своим здоровьем.

Четвертой в раскладке по предпочтению категорию «мое здоровье»

выбрали 13,2 %. В том числе 6,6 % отметили данную категорию зеленым цветом, что указывает на устоявшийся эмоциональный паттерн в отношении своего здоровья; в том числе 6,6 % отдали предпочтение серому цвету, что говорит об эмоциональном неприятии своего здоровья.

Пятой в раскладке по предпочтению категорию «мое здоровье» выбрали 39,8 %. Из них 13,2 % указали красный цвет, это свидетельствует о решительности в вопросах, касающихся здоровья; в том числе 19,8 % выбрали серый цвет, что говорит об эмоциональном дистанцировании в вопросах, касающихся своего здоровья; а 6,6 % выбрали фиолетовый цвет, что указывает на стремление к интуитивному пониманию состояния собственного здоровья.

Шестой в раскладке по предпочтению категорию «мое здоровье» выбрали 13,2 %. в том числе 6,6 % указали синий цвет, это говорит добросовестном отношении к своему здоровью; 6,6 % выбрали черный цвет, что указывает на эмоциональное неприятие своего здоровья.

Седьмой в раскладке по предпочтению категорию «мое здоровье» выбрали 19,8 %. В том числе 13,2 % выбрали черный цвет, что указывает на недобросовестное отношение к своему здоровью, а также на эмоциональное неприятие; 6,6 % выбрали серый цвет, что свидетельствует в пользу пассивности в вопросах, касающихся своего здоровья.

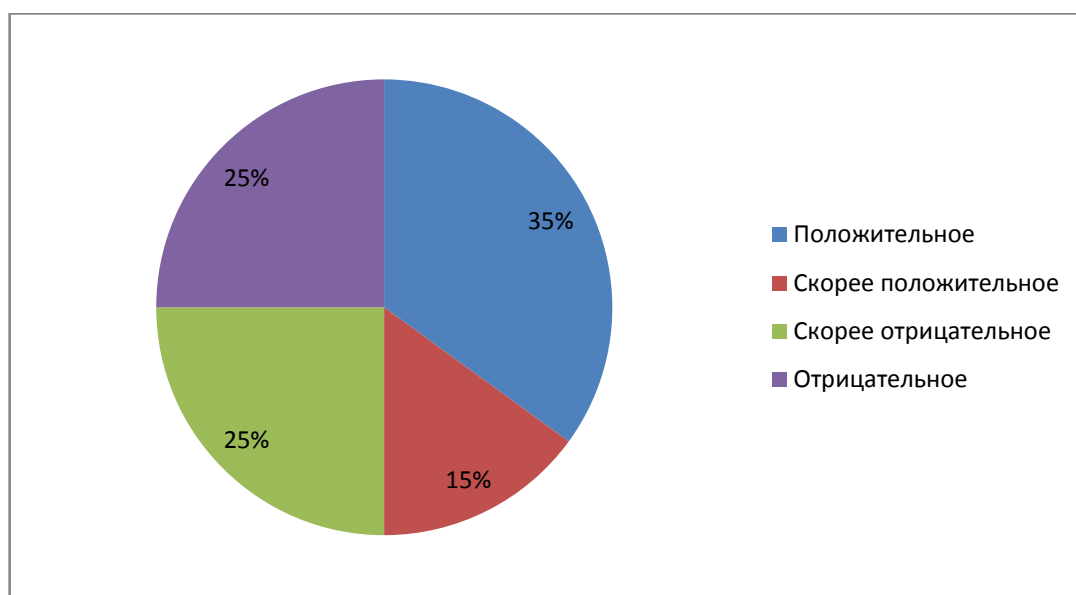


Рисунок 6 – Процентное распределение по категории «мое здоровье» в группе подростков с неврологическим нарушениями

Положительно оценивают свое здоровье – 35 % подростков с неврологическими нарушениями; Скорее положительно оценивают свое здоровье 15 %; скорее отрицательно – 25 %; отрицательно – 25 % (рисунок 6).

Таким образом, больше половины группы детей с неврологическими нарушениями скорее отрицательно и отрицательно относятся к своему здоровью, что может выражаться в субъективной не значимости своего здоровья, а также в не осознанности его ценности для реализации своих жизненных задач. Положительное отношение к своему здоровью может быть объяснено эгоцентрическим типом отношения к болезни.

По категории «моя болезнь» были получены следующие данные, представленные ниже (рисунок 7).

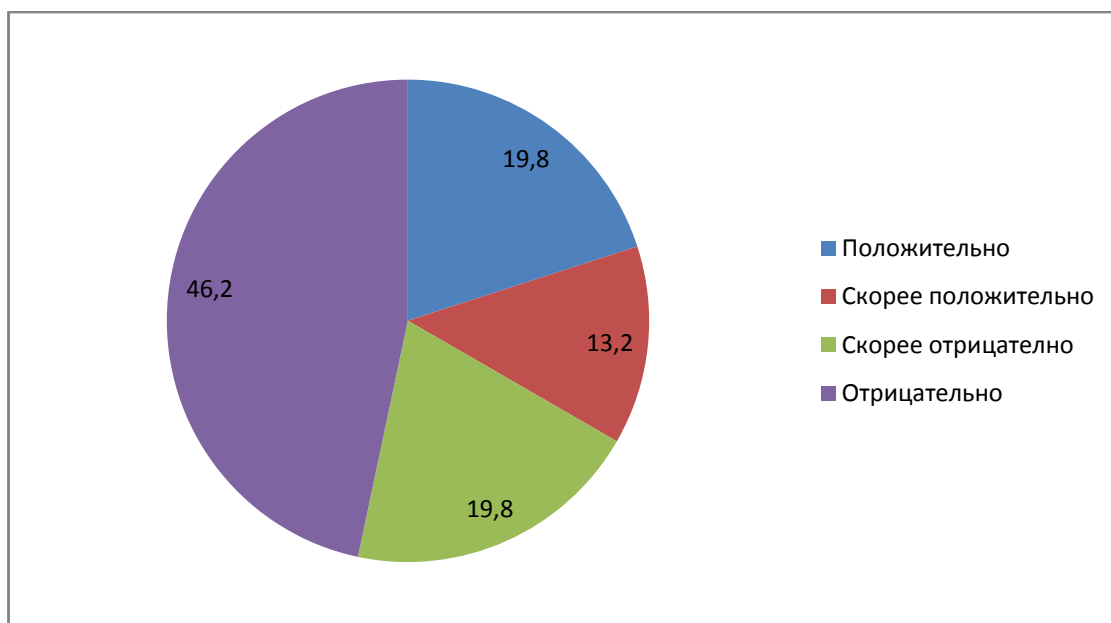


Рисунок 7 – Процентное распределение по категории «моя болезнь» в группе подростков с бронхиальной астмой

Положительное отношение к болезни встречается у 19,8 % подростков с бронхиальной астмой; скорее положительно оценивают свою болезнь – 13,2 % подростков с бронхиальной астмой; скорее отрицательно оценивают свою болезнь – 19,8 % подростков с бронхиальной астмой; отрицательно оценивают свою болезнь – 46,2 % подростков с бронхиальной астмой.

Таким образом, почти половина группы детей с бронхиальной астмой отрицательно относится к своей болезни, то есть не хотят о ней говорить или

идти на прием к врачу. Отрицательное отношение к болезни может выражаться в диссимуляции – утаивание симптомов болезни. Положительное отношение к болезни может проявляться в аггравации – преувеличении симптомов, субъективных жалоб, а также их личностного смысла.

Также, положительное отношение к болезни подростков с бронхиальной астмой может объясняться тем, что подростки уже определили для себя значимость данного заболевания и используют его в своих целях, регулируя тем самым свое состояние.

Первой в раскладке по предпочтению категорию «моя болезнь» выбрали 13,2 % подростков с бронхиальной астмой. В том числе при выборе цвета 6,6 % отдали предпочтение синему цвету, что свидетельствует о чувствительном переживании своей болезни, а также о ее доминирующем положении для респондентов; 6,6 % выбрали зеленый цвет, что указывает на болезнь как цель для респондентов.

Второй в раскладке по предпочтению категорию «моя болезнь» выбрали 6,6 % подростков с бронхиальной астмой, указанный цвет – синий. Это означает, что у данного числа респондентов присутствует эмоциональное принятие своей болезни.

Третьей в раскладке по предпочтению категорию «моя болезнь» выбрали 13,2 % подростков с бронхиальной астмой. В том числе 6,6 % отметили данную категорию коричневым цветом, что свидетельствует об эмоциональной зависимости от болезни; 6,6 % отдали предпочтение фиолетовому цвету, что указывает на безответственное отношение к факту болезни.

Пятой в раскладке по предпочтению категорию «моя болезнь» выбрали 13,2 %. в том числе 6,6 % указали коричневый цвет, что свидетельствует о том, что болезнь для данных респондентов уже не занимает главенствующую роль, она принимается как факт; 6,6 % указали красный цвет, что говорит о напряженном отношении к болезни.

Шестой в раскладке по предпочтению категорию «моя болезнь» выбрали 6,6 %, указанный цвет – желтый. Это говорит об эмоциональной

безответственности по отношению к факту болезни.

Седьмой в раскладке по предпочтению категорию «моя болезнь» выбрали 33 %. В том числе 26,4% указали фиолетовый цвет, это свидетельствует о безответственном отношении к собственной болезни, неумению распознавать отклонения от нормального состояния; 6,6 % выбрали коричневый цвет, что указывает на зависимое отношение к болезни.

Восьмой в раскладке по предпочтению категорию «моя болезнь» выбрали 13,2 % подростков с бронхиальной астмой. Из них 6,6 % отдали предпочтение красному цвету, что указывает на раздражительное отношение к болезни; 6,6 % выбрали зеленый цвет как подходящий для данной категории, это свидетельствует о сопротивлении болезни как явлению собственной жизни.

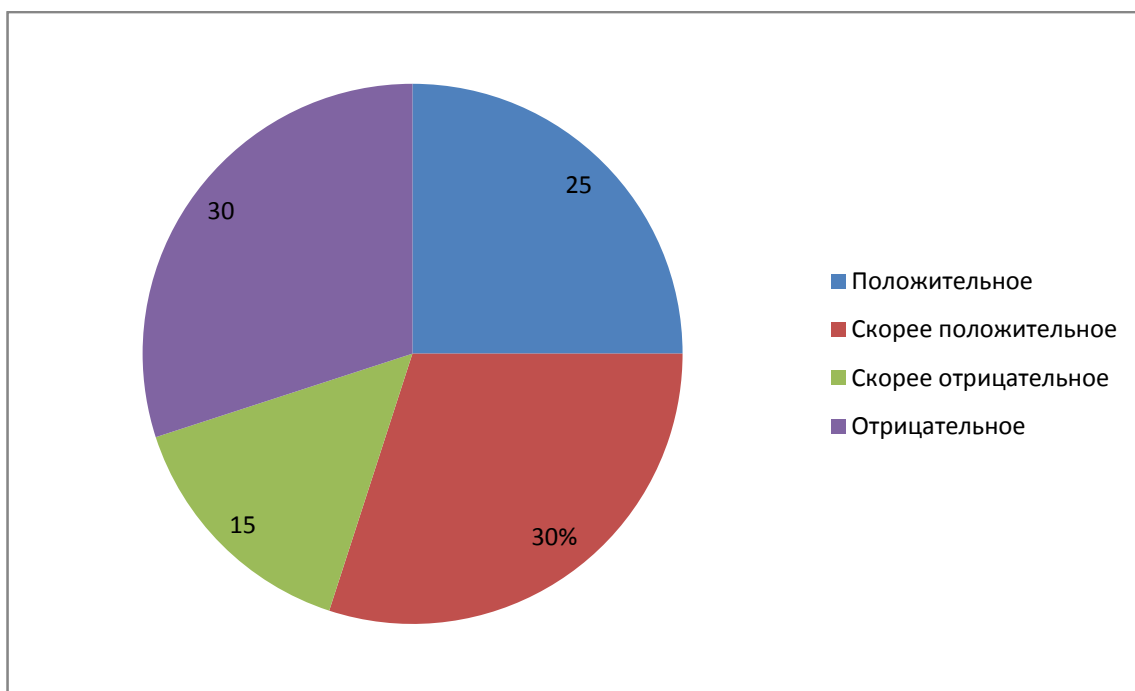


Рисунок 8 – Процентное распределение по категории «моя болезнь» в группе подростков с неврологическими нарушениями

Положительно оценивают свою болезнь – 25 % подростков с неврологическими нарушениями; скорее положительно оценивают свою болезнь 30 % подростков с неврологическими нарушениями; скорее отрицательно оценивают свою болезнь – 15 % подростков с неврологическими нарушениями; отрицательно оценивают свою болезнь – 30 % подростков с неврологическими нарушениями (рисунок 8).



Таким образом, треть группы детей с неврологическими нарушениями отрицательно относится к своей болезни, то есть не хотят о ней говорить. Отрицательное отношение к болезни может выражаться в диссимуляции – утаивание симптомов болезни.

По категории «я в лечебном учреждении» были получены следующие данные (рисунок 9).

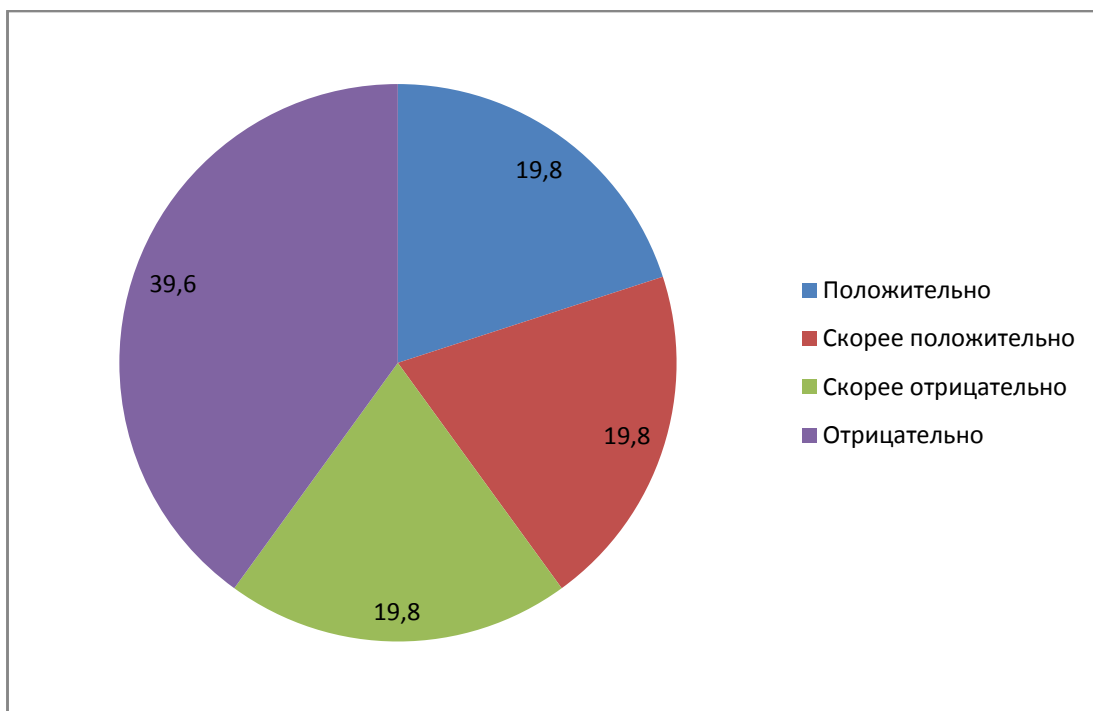


Рисунок 9 – Процентное распределение по категории «я в лечебном учреждении» в группе подростков с бронхиальной астмой

Скорее положительно оценивают свое нахождение в лечебном учреждении 19,8 %; положительно – 19,8 %; скорее отрицательно – 19,8 %; отрицательно – 39,6 %. Таким образом, большая часть группы детей с бронхиальной астмой отрицательно относятся к нахождению в лечебном учреждении, это может быть объяснено тем, что ребенок из-за стационарного лечения пропускает школу, не может в полной мере осуществлять свои социальные функции, а также разлукой с родными.

Первой в раскладке по предпочтению категорию «я в лечебном учреждении» выбрали 6,6 % подростков с бронхиальной астмой. Указанный цвет – красный, что говорит о решительности, дружелюбию и общительности, связанных с пребыванием в лечебном учреждении.

Второй в раскладке по предпочтению категорию «я в лечебном учреждении» выбрали 13,2 % подростков с бронхиальной астмой, указанный цвет – черный. Это означает, что у данного числа респондентов нахождение в лечебном учреждении вызывает замкнутость и враждебность.

Третьей в раскладке по предпочтению категорию «я в лечебном учреждении» выбрали 6,6 % подростков с бронхиальной астмой. Выбранный цвет – желтый, что говорит об энергичности и открытости, связанной с пребыванием в лечебном учреждении.

Четвертой в раскладке по предпочтению категорию «я в лечебном учреждении» выбрали 13,2 %. В том числе 6,6 % выбрали синий цвет, что говорит об эмоциональном принятии факта стационарной реабилитации; 6,6 % выбрали зеленый цвет, что указывает на самостоятельность, связанную с фактом пребывания в лечебном учреждении.

Пятой в раскладке по предпочтению категорию «я в лечебном учреждении» выбрали 6,6 %, указанный цвет – серый. Это свидетельствует о пассивности в период нахождения в лечебном учреждении.

Шестой в раскладке по предпочтению категорию «я в лечебном учреждении» выбрали 13,2 %. В данных случаях был указан черный цвет. Это говорит об эмоциональном непринятии факта нахождения в лечебном учреждении.

Седьмой в раскладке по предпочтению категорию «я в лечебном учреждении» выбрали 13,2 %. В том числе 6,6 % указали черный цвет, это свидетельствует о непринятии факта нахождения в лечебном учреждении; 6,6 % выбрали желтый цвет, что указывает на раскованность и оптимизм, связанные с фактом нахождения в лечебном учреждении.

Восьмой в раскладке по предпочтению категорию «я в лечебном учреждении» выбрали 26,4 % подростков с бронхиальной астмой. В том числе 6,6 % отдали предпочтение желтому цвету, что указывает на безответственное отношение и непринятие факта нахождения в лечебном учреждении; 6,6 % указали фиолетовый цвет как подходящий для данной категории, это

свидетельствует о нежелательной самостоятельности, связанной с пребыванием в лечебном учреждении; 6,6 % указали коричневый цвет как подходящий для данной категории, что говорит о расслабленном положении, вызванном нахождением в лечебном учреждении; 6,6 % выбрали синий цвет, что указывает на спокойное и скорее пассивное отношение к пребыванию в лечебном учреждении.

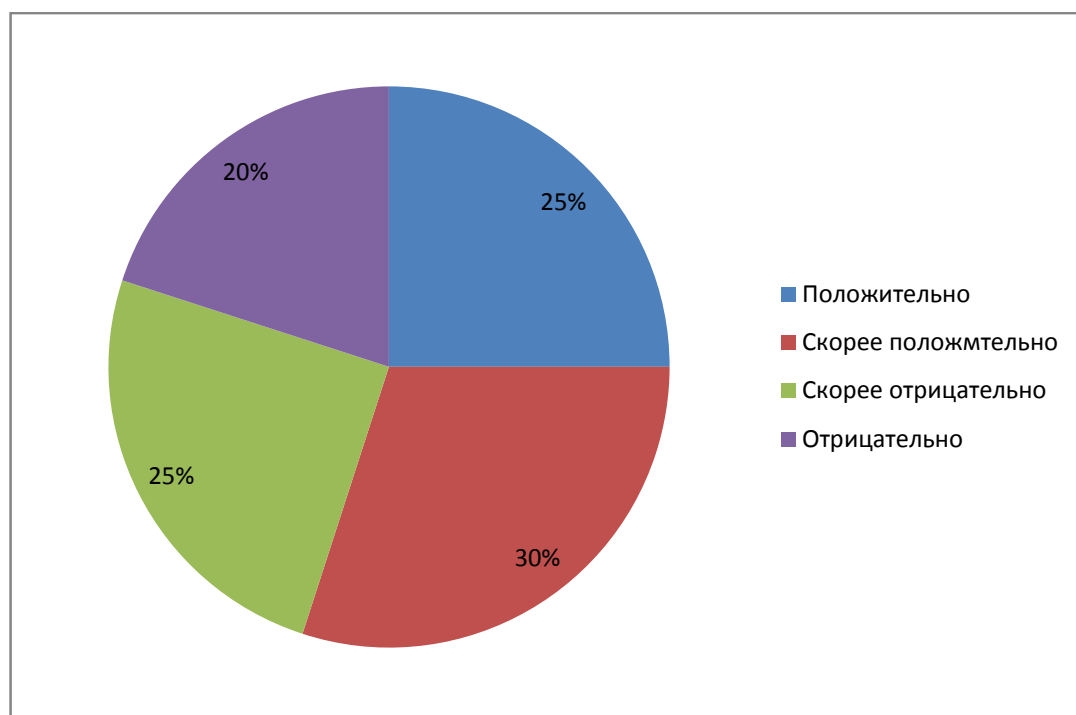


Рисунок 10 – Процентное распределение по категории «мое здоровье» в группе подростков с неврологическими нарушениями

Скорее положительно оценивают свое нахождение в лечебном учреждении 30 % подростков с неврологическими нарушениями; положительно – 25 %; скорее отрицательно – 25 %; отрицательно – 20 %.

Таким образом, большая часть группы детей с неврологическими нарушениями положительно и скорее положительно относятся к нахождению в лечебном учреждении, это может быть объяснено тем, что ребенок осознает значимость лечения, соблюдения режима, возможность получить квалифицированную помощь.

Для выявления значимости различий в отношении к описанным категориям подростков с бронхиальной астмой и неврологическими нарушениями использовался  $\varphi^*$  критерий Фишера.

При расчетах учитывалось, что при  $p \leq 0,05$   $\varphi^*_{кр.} = 1,64$  (таблица 1).

Таблица 1 – Показатели уровня  $\varphi^*_{(эмпр)}$  в сравниваемых группах подростков с бронхиальной астмой и подростков с неврологическими нарушениями

Группа	Мое тело	Мое здоровье	Моя болезнь	Я в лечебном учреждении
Положительно	1,179	-	0,351	0,351
Скорее положительно	0,536	0,852	1,206	0,679
Скорее отрицательно	<b>1,821</b>	<b>1,727</b>	0,386	0,351
Отрицательно	0,351	0,351	1,013	1,296

Как видно из таблицы 1, статистически значимые различия были получены по категориям «мое тело» и «мое здоровье» в рамках рассмотрения «скорее отрицательного отношения». Было выявлено, что в группе подростков с бронхиальной астмой значительно меньше подростков оценивают свое тело «скорее отрицательно», чем в группе подростков с неврологическими нарушениями. В то же время в этой группе, по сравнению с группой подростков с неврологическими нарушениями, значительно больше подростков, которые «скорее отрицательно» оценивают свое здоровье.

По результатам проведения методики «Шкала потребности в достижении» М.Ю. Орлова были получены следующие результаты, характеризующие каждую нозологическую группу.

На рисунке 11 представлены средние значения по результатам данной методики. В группе детей с бронхиальной астмой средний показатель – 5,6 балла; в группе детей с неврологическими нарушениями – 5,6 балла. Это соответствует среднему уровню потребности в достижении, что характеризуется отсутствием выраженного стремления к достижению. Подростки осознают ситуацию, что позволяет им управлять своей мотивацией.

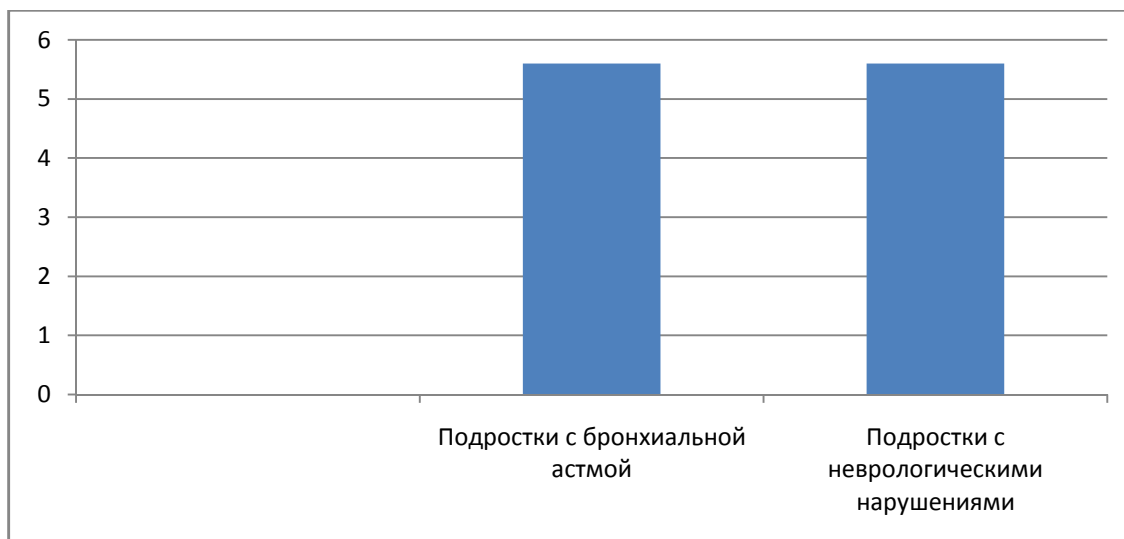


Рисунок 11 – Средние показатели по методике «Шкала оценки потребности в достижении»

Затем был сделан анализ внутригруппового процентного распределение мотивации достижения (рисунок 12).

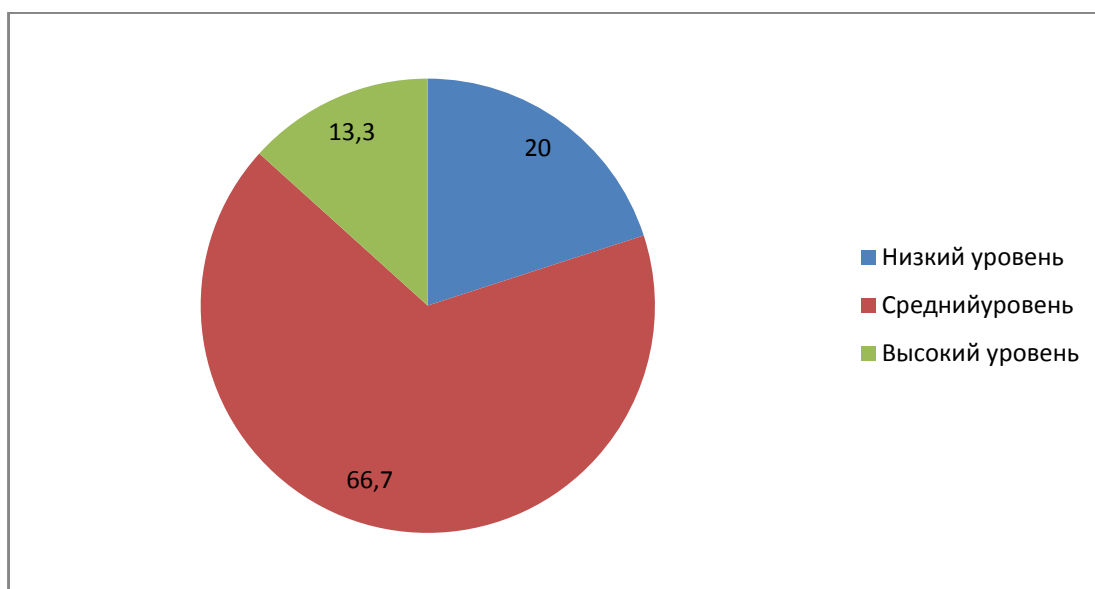


Рисунок 12 – Распределение подростков в зависимости от уровня мотивации достижения в группе подростков с бронхиальной астмой

Низкий уровень потребности в достижении у подростков с бронхиальной астмой встречается у 20 %; средний уровень – у 66,7 %; высокий уровень – 13,2 %. Это указывает на то, что лишь 13,2 % подростков с бронхиальной астмой нацелены на достижение успеха в лечении.

Потребность в достижении может указывать на направленность усилий по выздоровлению. Чем выше потребность в достижении, тем большие усилия

прикладывает пациент к действиям, направленным на процесс выздоровления. Данное распределение в группе подростков с бронхиальной астмой может быть объяснено тем, что для них заболевание имеет психосоматический характер, а, следовательно, подросток неосознанно не будет нацелен на выздоровление.

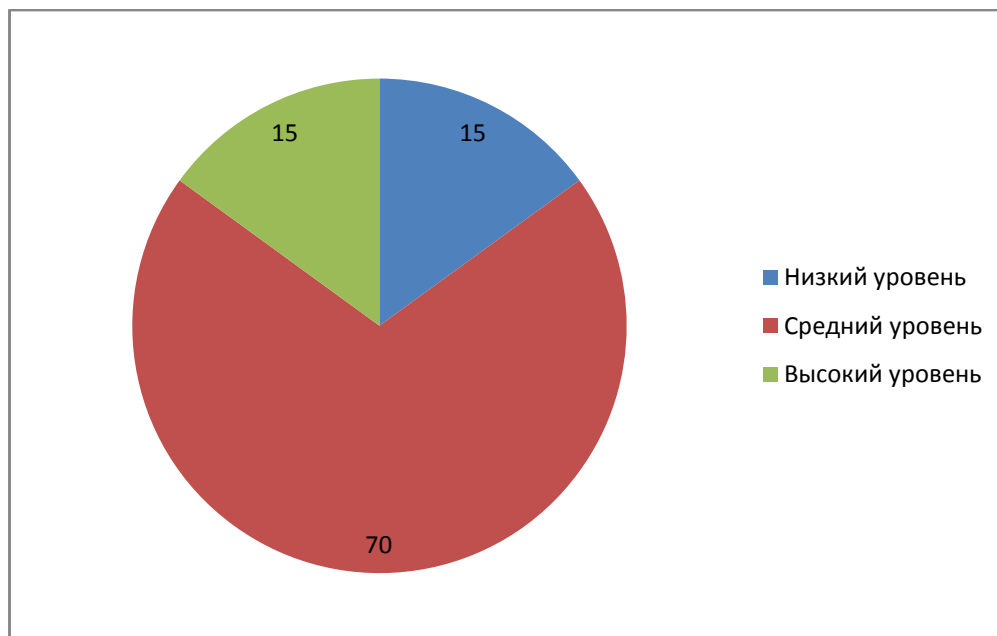


Рисунок 13 – Распределение мотивации в группе детей с неврологическими нарушениями

Низкий уровень потребности в достижении у подростков с неврологическими нарушениями встречается у 15 %; средний уровень – у 70 %; высокий уровень – 15 %. Это указывает на то, что лишь 15 % подростков с неврологическими нарушениями нацелены на достижение успеха в лечении.

Данное распределение в группе подростков с неврологическими нарушениями может быть объяснено выраженным типом отношения к болезни. В данной группе выделенный доминирующий тип отношения к болезни – неврастенический и неврастенический с чертами эгоцентрического.

Таким образом, у подростков, страдающих бронхиальной астмой, выражена средняя мотивация достижения, низкая мотивация достижения преобладает над высокой. В группе подростков с неврологическими нарушениями выражена средняя мотивация достижения, низкая мотивация достижения по процентному соотношению равна высокой.

Для выявления значимости различий в уровне потребности мотивации

достижения подростков с бронхиальной астмой и неврологическими нарушениями использовался  $\varphi^*$  критерий Фишера. При расчетах учитывалось, что при  $p \leq 0,05$   $\varphi^*_{кр.} = 1,64$  (таблица 2).

Таблица 2 – Показатели уровня  $\varphi^*_{(эмпр)}$  в сравниваемых группах подростков с бронхиальной астмой и группой подростков с неврологическими нарушениями

Низкий	Средний	Высокий
0,386	0,208	0,141

Как видно из таблицы 2, статистически значимые различия получены не были. Это свидетельствует о том, что и при бронхиальной астме и при неврологических нарушениях, потребность в достижении не отличается. Следовательно, уровень потребности в достижении не зависит от наличного заболевания.

Обобщая результаты исследования, можно сделать следующие выводы:

1. Преобладающие типы отношения к болезни у подростков с бронхиальной астмой – это неврастенический и тревожно-неврастенический. В группе подростков с неврологическими нарушениями преобладающие типы отношения к болезни – неврастенический с чертами апатического и неврастенический с чертами эгоцентрического.

2. В группе подростков с бронхиальной астмой выявлены следующие тенденции: отношение к телу скорее положительное, отношение к здоровью скорее отрицательное, так как положительное отношение не было выявлено; отношение к болезни в большей мере отрицательное; а пребывание в лечебном учреждении оценивается больше как отрицательное.

В группе подростков с неврологическими нарушениями наблюдаются следующие тенденции: отношение к телу скорее отрицательное; выявленное отношение к здоровью скорее положительное; отношение к болезни скорее отрицательное; а отношение к пребыванию в лечебном учреждении скорее положительное.

3. Потребность в достижении в группе подростков с бронхиальной астмой значительно не снижена по сравнению с группой подростков с неврологическими нарушениями.

4. Статистически значимые различия при сравнении группы подростков с бронхиальной астмой и неврологическими нарушениями были получены лишь по категориям «мое тело» и «мое здоровье» в рамках рассмотрения «скорее отрицательного отношения». Было выявлено, что в группе подростков с бронхиальной астмой значительно меньше подростков оценивают свое тело «скорее отрицательно», чем в группе подростков с неврологическими нарушениями. В то же время в этой группе, по сравнению с группой подростков с неврологическими нарушениями, значительно больше подростков, которые «скорее отрицательно» оценивают свое здоровье.



## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Отношение к болезни является структурным образованием, отражающим когнитивную, эмоциональную и мотивационно-поведенческую сферу. Представляет собой индивидуальную систему отношений, оказывающую влияние на любые другие отношения личности.

Бронхиальная астма как психосоматическое заболевание может возникать на основе нерешенной связи, на конфликте амбивалентности и на личностных особенностях. Приступы астмы могут провоцироваться произвольно или непроизвольно, под влиянием настроения больного, которое он сам вызывает, а также в зависимости от наличия осознанных целей использования астмы как средства манипуляции близкими людьми.

Подростки, страдающие бронхиальной астмой, характеризуются контролем поведенческих и эмоциональных реакций, повышенной ответственностью, зависимостью от чужого мнения, повышенной тревожностью, возбудимостью, склонностью к демонстративному поведению. Для подростков с бронхиальной астмой характерно наличие дистимичного и гипертимного типа акцентуации характера.

В результате эмпирического исследования было выявлено, что доминирующие типы отношения к болезни у подростков с бронхиальной астмой – неврастенический и тревожно-неврастенический. В группе подростков с бронхиальной астмой не были выявлены следующие типы отношения к болезни: гармоничный, ипохондрический, обсессивно-фобический, сенситивный, эйфорический, анозогнозический, эргопатический, паранояльный. В группе подростков с неврологическими нарушениями были выявлены преобладающие типы отношения к болезни – неврастенический с чертами апатического и неврастенический с чертами эгоцентрического.

Почти у трети подростков с бронхиальной астмой наблюдается эмоциональное принятие своего тела таким, какое оно есть. Больше половины подростков скорее отрицательно относятся к своему здоровью. Положительное

отношение к болезни встречается у двадцати процентов подростков с бронхиальной астмой; скорее положительно относятся к своей болезни около тринадцати процентов подростков с бронхиальной астмой.

В группе подростков с неврологическими нарушениями наблюдаются скорее отрицательное отношение к телу; выявленное отношение к здоровью скорее положительное; отношение к болезни скорее отрицательное; а отношение к пребыванию в лечебном учреждении скорее положительное.

У подростков страдающих бронхиальной астмой выражена средняя мотивация достижения, низкая мотивация достижения преобладает над высокой. Данное распределение в группе подростков с бронхиальной астмой может быть объяснено тем, что отношение к болезни зависит не только от объективного положения дел, но от субъективного восприятия картины болезни. У подростков с неврологическими нарушениями доминирует средний уровень потребности в достижении; низкий уровень потребности в достижении встречается не чаще, чем высокий.

Таким образом, гипотеза подтверждена частично. Различия в отношении к болезни у подростков, страдающих бронхиальной астмой, и подростков с неврологическими заболеваниями касаются преимущественно эмоционального компонента отношений, минимальны в когнитивном компоненте и отсутствуют в мотивационном.

## БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

- 1 Александер, Ф. Психосоматическая медицина: Принципы и практическое применение / Ф. Александер. – М.: Эксмо-Пресс, 2016. – 352 с.
- 2 Бовина, И.Б. Социальные представления о здоровье и болезни: структура, динамика, механизмы: автореф. дис. ... д-ра психол. наук / И.Б. Бовина. – М., 2009. – 22 с.
- 3 Боговин, Л.В. Мотивационная сфера больных бронхиальной астмой / Л.В. Боговин, А.С. Водолазская // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. – 2012. – № 43. – С. 74-77.
- 4 Бодалев, А.А. Психология общения. Энциклопедический словарь / под ред. А. Бодалева. – М.: Когито-центр, 2011. – 2280 с.
- 5 Виторская, Н.М. Причины болезней и истоки здоровья / Н.М. Виторская. – 5-е изд. – М.: НАУМПиКП, Амрита-Рус, 2006. – 142 с.
- 6 Выготский, Л.С. Психология развития ребенка / Л.С. Выготский. – М.: Эксмо, 2006. – 1136 с.
- 7 Галицина, Е.Ю. Особенности личности и психологической защиты детей, страдающих бронхиальной астмой / Е.Ю. Галицина // Педиатр. – 2014. – Т. 5. – № 1. – С. 119-124.
- 8 Головин, С.Ю. Словарь психолога практика / С.Ю. Головин. – Минск: Харвест, 2007. – 976 с.
- 9 Городнова, М.Ю. Лечебная среда и лечебный процесс в современных исследованиях (обзор литературы) / М.Ю. Городнова // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика. – 2015. – № 3 (9). – С. 23-27.
- 10 Дивисенко, К.С. Динамика ценностей школьников (по материалам автобиографий и сочинений) / К.С. Дивисенко // Социологические исследования. – 2008. – № 8. – С. 118-122.
- 11 Динамика заболеваемости патологией органов дыхания населения Амурской области / Е.Л. Лазуткина [и др.] // XXIV Национальный конгресс по

болезням органов дыхания: сб. трудов / под. ред. А.Г. Чучалина. – М.: Дизайн-Пресс, 2014. – 418 с.

12 Елисеев, Ю.Ю. Психосоматические заболевания / Ю.Ю. Елисеев. – М.: Эксмо, 2003. – 608 с.

13 Жантасова, М.К. Болевые факторы, влияющие на психическое развитие подростка / М.К. Жантасова, Н.Д. Лысоков, К.Т. Жантасов // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2014. – № 10-3. – С. 118-120.

14 Карвасарский, Б.Д. Клиническая психология / Б.Д. Карвасарский. – СПб. : Питер, 2007. – 960 с.

15 Карвасарский, Б.Д. Психотерапия: учебник для студентов медицинских ВУЗов / под ред. Б.Д. Карвасарский. – 2 изд. – СПб.: Питер, 2007. – 340 с.

16 Карелин, А.А. Большая энциклопедия психологических тестов / А.А. Карелин. – М.: Эксмо, 2007. – 416 с.

17 Клиническая эффективность психокоррекционной терапии в комплексной реабилитации детей с бронхиальной астмой, обучающихся в астма-школе/ Т.В. Заболотских, Ю.Л. Мизерницкий, Д.Ч. Баранзаева // Детская и подростковая реабилитация. – 2011. – № 2. – С. 36-45.

18 Кулаков, С.А. Основы психосоматики / С.А. Кулаков. – СПб.: Речь, 2010. – 285 с.

19 Леонтьев, А.Н. Деятельность. Сознание. Личность / А.Н. Леонтьев. – М.: Книга по требованию, 2011. – 352 с.

20 Личко, А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков / А.Е. Личко. – М.: ИОИ, 2011. – 230 с.

21 Малкина-Пых, И.Г. Психосоматика / И.Г. Малкина-Пых. – М.: Эксмо, 2008. – 340 с.

22 Маралов, В.Г. Психологические механизмы дифференциации отношений педагогов к учащимся / В.Г. Маралов // Вестник Череповецкого государственного университета. – 2010. – № 2. – С. 30-36.

- 23 Маргошина, И.Ю. Актуальные аспекты психосоматики в общемедицинской практике / И.Ю. Маргошина. – СПб.: Издательство СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2009. – 216 с.
- 24 Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. – 10 пересмотр. – М.: Медицина, 2003. – 2466 с.
- 25 Менделевич, В.Д. Клиническая и медицинская психология / В.Д. Менделевич. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 432 с.
- 26 Мерлин, В.С. Психология индивидуальности / В.С. Мерлин. – М.: МОДЭК, МПСИ, 2009. – 544 с.
- 27 Мясищев, В.Н. Психология отношений / В.Н. Мясищев. – М.: МОДЭК, МПСИ, 2011. – 400 с.
- 28 Нагорнова, А.Ю. Исследование характерологических особенностей детей, больных бронхиальной астмой / А.Ю. Нагорнова, О.С. Прилепских, А.В. Нестерова // Современные проблемы науки и образования. – 2012. – № 6. – С. 44-48.
- 29 Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика». – 2-е изд. – М.: Русский врач, 2006. – 100 с.
- 30 Николаева, В.В. Психосоматика: телесность и культура: учебное пособие для ВУЗов / под ред. В.В. Николаевой. – М.: Академический проект, 2009. – 198 с.
- 31 Овсянников, Н.В. Бронхиальная астма: клиника, диагностика, лечение. Методические рекомендации для практикующих врачей, клинических ординаторов и интернов старших курсов / Н.В. Овсянников. – Омск, 2008. – 124 с.
- 32 Орлова, М.М. Перцепция здоровья и болезни как выражение адаптационных стратегий / М.М. Орлова // Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия: Философия. Психология. Педагогика. – 2010. – Т. 10 – № 1. – С. 87-91.
- 33 Пезешкиан, Н. Психосоматика и позитивная психотерапия / Н. Пезешкиан. – М.: Медицина, 2006. – 464 с.

34 Сидоренко, Е.В. Методы математической обработки в психологии / Е.В. Сидоренко. – СПб.: Речь, 2007. – 328 с.

35 Симоненко, И.А. Психологические особенности семейной системы у подростков, страдающих психосоматическими заболеваниями / И.А. Симоненко, А.В. Шевченко // Материалы Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 75-летию Курского государственного медицинского университета и 10-летию кафедры психологии и педагогики «Психологическое сопровождение лечебного процесса». – Курск: Курский государственный медицинский университет, 2010. – 438 с.

36 Старшенбаум, Г.В. Психосоматика и психотерапия: исцеление души и тела / Г.В. Старшенбаум. – Изд. 4-е. – Ростов н/Д: Феникс, 2014. – 350 с.

37 Трегубова, О.Г. Возрастные особенности младших подростков как фактор формирования экологической культуры личности / О.Г. Трегубова // Вестник Пермского государственного гуманитарно-педагогического университета. – Серия № 1. – Психологические и педагогические науки. – 2014. – № 2-1. – С. 73-80.

38 Тухтарова, И.В. Соматопсихология. Хрестоматия / И.В. Тухтарова, Т.З. Биктимиров. – Ульяновский Государственный Университет, 2006. – 716 с.

39 Устав (Конституция) Всемирной организации здравоохранения [Электронный ресурс] // Устав от 22 июля 1946 г. – Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/901977493>. – 12.12.2016.

40 Фельдштейн, Д.И. Глубинные изменения детства и актуализация психолого-педагогических проблем развития образования / Д.И. Фельдштейн. – СПб. : СПбГУП, 2011. – 36 с.

41 Фиофанова, О.А. Психология взросления и воспитательные практики нового поколения : учеб. пособие / О.А. Фиофанова. – М. : ФЛИНТА, 2012. – 120 с.

42 Фоменко, М.Ю. Специфические особенности структуры Я психосоматического статуса больных бронхиальной астмой / М.Ю. Фоменко, Н.П. Фоменко, Н.А. Белова // Личность в меняющемся мире: здоровье,

адаптация, развитие. – 2014. – № 3 (6). – С. 113-18.

43 Фролова, О.В. Психологические особенности больных хроническими соматическими заболеваниями / О.В. Фролова // Казанский педагогический журнал. – 2009. – № 9-10. – С. 104-112.

44 Функциональная диагностика в пульмонологии: Практическое руководство / под ред. А.Г. Чучалина. – М.: Атмосфера, 2009. – 192 с.

45 Фурманов, И.А. Психология депривированного ребенка: пособие для психологов и педагогов / И.А. Фурманов, Н.В. Фурманова. – М. : Гуманитар. изд. центр ВЛАДОС, 2009. – 319 с.

46 Хрестоматия по возрастной психологии / под ред. Д.И. Фельдштейна. – М.: МПСИ, 2010. – 400 с.

47 Чупак, Э.Л. Психологические особенности подростков с бронхиальной астмой в зависимости от исходного вегетативного тонуса / Э.Л. Чупак, К.А. Арутюнян // Материалы VI Съезда врачей-пульмонологов Сибири и Дальнего Востока / под общ. ред. В.П. Колосова. – Благовещенск, 2015. – С. 76-81.

48 Шахов, Ш.К. Особенности социально-психологической адаптации подростков, больных бронхиальной астмой / Ш.К. Шахов, Т.Г. Алиева // Известия Дагестанского государственного педагогического университета. – Психолого-педагогические науки. – 2012. – № 3 (10). – С. 67-69.

49 Шкуренко, Д.А. Общая и медицинская психология: учебное пособие / Д.А. Шкуренко. – Ростов-н/Д.: Феникс, 2007. – 352 с.

50 Эльконин, Д.Б. Детская психология: учеб. пособие / Д.Б. Эльконин. – М.: Академия, 2007. – 384 с.

## ПРИЛОЖЕНИЕ А

### Методика «Личностный опросник Бехтеревского института»

№ выбора	Предлагаемые выборы	Баллы для раскодирования
<b>Самочувствие</b>		
1	С тех пор, как я заболел, у меня почти всегда плохое самочувствие	Т
2	Я почти всегда чувствую себя бодрым и полным сил	З
3	Дурное самочувствие я стараюсь перебороть	Г
4	Плохое самочувствие я стараюсь не показывать другим	ПП
5	У меня почти всегда что-нибудь болит	И
6	Плохое самочувствие возникает у меня после огорчений	Н
7	Плохое самочувствие появляется у меня от ожидания неприятностей	Т
8	Я стараюсь терпеливо переносить боль и физические страдания	—
9	Мое самочувствие вполне удовлетворительно	—
10	С тех пор, как я заболел, у меня бывает плохое самочувствие с приступами раздражительности и чувством тоски	ТН
11	Мое самочувствие очень зависит от того, как относятся ко мне окружающие	—
0	Ни одно из определений ко мне не подходит	—
<b>Настроение</b>		
1	Как правило, настроение у меня очень хорошее	Ф
2	Из-за болезни я часто бываю нетерпеливым и раздражительным	ННТЯ
3	У меня настроение портится от ожидания возможных неприятностей, беспокойства за близких, неуверенности в будущем	ООС
4	Я не позволяю себе из-за болезни предаваться унынию и грусти	Г
5	Из-за болезни у меня почти всегда плохое настроение	ИЯ
6	Мое плохое настроение зависит от плохого самочувствия	ТН
7	У меня стало совершенно безразличное настроение	А
8	У меня бывают приступы мрачной раздражительности, во время которых достается окружающим	—
9	У меня не бывает уныния и грусти, но может быть ожесточение и гнев	—
10	Малейшие неприятности сильно задевают меня	—
11	Из-за болезни у меня всегда тревожное настроение	—
12	Мое настроение обычно такое же, как у окружающих меня людей	—
0	Ни одно из определений ко мне не подходит	—
<b>Сон и пробуждение ото сна</b>		
1	Проснувшись, я сразу заставляю себя встать	—
2	Утро для меня — самое тяжелое время суток	—
3	Если меня что-то расстроит, я долго не могу уснуть	ТНО
4	Я плохо сплю ночью и чувствую сонливость днем	А
5	Я сплю мало, но встаю бодрым; сны вижу редко	—
6	С утра я более активен и мне легче работать, чем вечером	—
7	У меня плохой и беспокойный сон и часто бывают тоскливые сновидения	—
8	Бессонница у меня наступает периодически без особых причин	—
9	Я не могу спокойно спать, если утром надо встать в определенный час	—
10	Утром я встаю бодрым и энергичным	—



## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ А

### Методика «Личностный опросник Бехтеревского института»

11	Я просыпаюсь с мыслью о том, что сегодня надо будет сделать	СС
12	По ночам у меня бывают приступы страха	О
13	С утра я чувствую полное безразличие ко всему	—
14	Я могу свободно регулировать свой сон	—
15	По ночам меня особенно преследуют мысли о моей болезни	О
16	Во сне мне видятся всякие болезни	—
17	Ни одно из определений ко мне не подходит	—
Аппетит и отношение к еде		
1	Нередко я стесняюсь есть при посторонних людях	С
2	У меня хороший аппетит	ФП
3	У меня плохой аппетит	И
4	Я люблю сытно поесть	—
5	Я ем с удовольствием и не люблю ограничивать себя в еде	З
6	Мне легко можно испортить аппетит	—
7	Я боюсь испорченной пищи и всегда тщательно проверяю ее свежесть и доброкачественность	И
8	Еда меня интересует прежде всего как средство поддержать здоровье	Р
9	Я стараюсь придерживаться диеты, которую сам разработал	И
10	Еда не доставляет мне никакого удовольствия	—
0	Ни одно из определений ко мне не подходит	—
Отношение к болезни		
1	Моя болезнь меня пугает	Т
2	Я так устал от болезни, что мне безразлично, что со мной будет	АА
3	Стараюсь не думать о своей болезни и жить беззаботной жизнью	ФФ
4	Моя болезнь больше всего угнетает меня тем, что люди стали сторониться меня	С
5	Без конца думаю о всех возможных осложнениях, связанных с болезнью	ОО
6	Я думаю, что моя болезнь неизлечима и ничего хорошего меня не ждет	И
7	Считаю, что моя болезнь запущена из-за невнимания и неумения врачей	П
8	Считаю, что опасность моей болезни врачи преувеличивают	З
9	Стараюсь перебороть болезнь, работать как прежде и даже еще больше	РР
10	Я чувствую, что моя болезнь гораздо тяжелее, чем это могут определить врачи	И
11	Я здоров, и болезни меня не беспокоят	З
12	Моя болезнь протекает совершенно необычно — не так, как у других, и поэтому требует особого внимания	ЯЯ
13	Моя болезнь меня раздражает, делает нетерпеливым, вспыльчивым	НН
14	Я знаю, по чьей вине я заболел, и не прощу этого иногда	П
15	Я всеми силами стараюсь не поддаваться болезни	Г
0	Ни одно из определений ко мне не подходит	—
Отношение к лечению		
1	Избегаю всякого лечения — надеюсь, что организм сам переборет болезнь, если о ней поменьше думать	—
2	Меня пугают трудности и опасности, связанные с предстоящим лечением	—
3	Я был бы готов на самое мучительное и даже опасное лечение, но только бы избавиться от болезни	—

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ А

Методика «Личностный опросник Бехтеревского института»

4	Я не верю в успех лечения и считаю его напрасным	—
5	Я ищу новые способы лечения, но, к сожалению, во всех них постепенно разочаровываюсь	—
6	Считаю, что мне назначают много ненужных лекарств, процедур, меня уговаривают на никчемную операцию	—
7	Всякие новые лекарства, процедуры и операции вызывают у меня бесконечные мысли об осложнениях и опасностях, с ними связанных	—
8	От лечения мне становится только хуже	—
9	Лекарства и процедуры нередко оказывают а меня такое необычное действие, что это изумляет врачей	—
10	Считаю, что среди применяющихся способов лечения есть настолько вредные, что их следовало бы запретить	П
11	Считаю, что меня лечат неправильно	П
12	Я ни в каком лечении не нуждаюсь	—
13	Мне надоело бесконечное лечение, хочу только, чтобы меня оставили в покое	—
14	Я избегаю говорить о лечении с другими людьми	Г
15	Меня раздражает и озлобляет, когда лечение не дает улучшений	—
0	Ни одно из определений ко мне не подходит (или ни одна из цифр не обведена)	ЗФР
Отношение к врачам и медперсоналу		
1	Главным во всяком медицинском работнике я считаю внимание к больному	Г
2	Я хотел бы лечиться у такого врача, у которого большая известность	И
3	Считаю, что заболел я больше всего по вине врачей	П
4	Мне кажется, что врачи мало что понимают в моей болезни и только делают вид, что лечат	—
5	Мне все равно, кто и как меня лечит	—
6	Я часто беспокоюсь о том, что не сказал врачу что-то важное, что может повлиять на успех лечения	—
7	Врачи и медперсонал нередко вызывают у меня неприязнь	—
8	Я обращаюсь то к одному, то к другому врачу, так как не уверен в успехе лечения	Я
9	С большим уважением я отношусь к медицинской профессии	Г
10	Я не раз убеждался, что врачи и медперсонал невнимательны и недобросовестно выполняют свои обязанности	НП
11	Я бываю нетерпеливым и раздражительным с врачами и персоналом и потом сожалею об этом	—
12	Я здоров и в помощи врачей не нуждаюсь	—
13	Считаю, что врачи и персонал па меня попусту тратят время	—
0	Ни одно из определений ко мне не подходит	—
Отношение к родным и близким		
1	Я настолько поглощен мыслями о моей болезни, что дела близких меня перестали волновать	—
2	Я стараюсь родным и близким не показывать виду, как я болен, чтобы не омрачать им настроения	СР
3	Близкие напрасно хотят сделать из меня тяжелобольного	—

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ А

### Методика «Личностный опросник Бехтеревского института»

4	Меня одолевают мысли, что из-за моей болезни мои близкие ждут трудностей и невзгод	—
5	Мои родные не хотят понять тяжести моей болезни и не сочувствуют моим страданиям	И
6	Близкие не считаются с моей болезнью и хотят жить в свое удовольствие	—
7	Я стесняюсь своей болезни даже перед близкими	Я
8	Из-за болезни потерялся всякий интерес к делам и волнениям близких и родных	—
9	Из-за болезни я стал в тягость близким	—
10	Здоровый вид и беззаботная жизнь близких вызывают у меня неприязнь	—
11	Я считаю, что заболел из-за моих родных	—
12	Я стараюсь поменьше доставлять тягот моим близким из-за моей болезни	ГРР
0	Ни одно из определений ко мне не подходит	—
Отношение к работе (учебе)		
1	Болезнь делает меня никуда не годным работником (неспособным учиться)	А
2	Я боюсь, что из-за болезни я лишусь хорошей работы (придется уйти из хорошего учебного заведения)	—
3	Моя работа (учеба) стала для меня совершенно безразличной	—
4	Из-за болезни мне стало не до работы (не до учебы)	—
5	Все время беспокоюсь, что из-за болезни могу допустить оплошность на работе (не справиться с учебой)	С
6	Считаю, что болезнь моя из-за того, что работа (учеба) причинили вред моему здоровью	—
7	На работе (по месту учебы) совершенно не считаются с моей болезнью и даже придираются ко мне	О
8	Не считаю, что болезнь может помешать моей работе (учебе)	Ф
9	Я стараюсь, чтобы на работе (по месту учебы) поменьше бы знали и говорили о моей болезни	Р
10	Я считаю, что, несмотря на болезнь, надо продолжать работу (учебу)	РР
11	Болезнь сделала меня на работе (учебе) неусидчивым и нетерпимым	—
12	На работе (за учебой) я стараюсь забыть о своей болезни	—
13	Все удивляются и восхищаются тем, что я успешно работаю (учусь), несмотря на болезнь	—
14	Мое здоровье не мешает мне работать (учиться) там, где я хочу	—
0	Ни одно из определений ко мне не подходит	—
Отношение к окружающим		
1	Мне теперь все равно, кто меня окружает и кто около меня	—
2	Мне хочется только, чтобы окружающие оставили меня в покое	—
3	Когда я заболел, все обо мне забыли	—
4	Здоровый вид и жизнерадостность окружающих вызывают у меня раздражение	—
5	Я стараюсь, чтобы окружающие не замечали моей болезни	—
6	Мое здоровье не мешает мне общаться с окружающими, сколько мне хочется	33
7	Мне бы хотелось, чтобы окружающие испытали на себе, как тяжело	—

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ А

Методика «Личностный опросник Бехтеревского института»

	болеть	
8	Мне кажется, что окружающие сторонятся меня из-за моей болезни	—
9	Окружающие не понимают моей болезни и моих страданий	Я
10	Моя болезнь и то, как я ее переношу, удивляют и поражают окружающих	—
11	С окружающими я стараюсь не говорить о моей болезни	—
12	Мое окружение довело меня до болезни, и я этого не прошу	—
13	Среди окружающих я теперь вижу, как много людей страдает от болезней	—
14	Общение с людьми мне теперь стало быстро надоедать и раздражать меня	И
15	Моя болезнь не мешает мне иметь друзей	К
0	Ни одно из определений ко мне не подходит	—
Отношение к одиночеству		
1	Предпочитаю одиночество, потому что одному мне становится лучше	АС
2	Я чувствую, что болезнь обрекает меня на полное одиночество	—
3	В одиночестве я стараюсь найти какую-нибудь интересную и нужную работу	—
4	В одиночестве меня начинают особенно преследовать нерадостные мысли о болезни, осложнениях, предстоящих страданиях	—
5	Часто, оставшись наедине, я скорее успокаиваюсь: люди меня стали сильно раздражать	НЯ
6	Стесняясь болезни, я стараюсь отдалиться от людей, а в одиночестве скучаю по людям	—
7	Избегаю одиночества, чтобы не думать о своей болезни	—
8	Мне стало все равно: что быть среди людей, что оставаться в одиночестве	—
9	Желание побыть одному зависит у меня от обстоятельств и настроения	ГФ
10	Я боюсь оставаться в одиночестве из-за опасений, связанных с болезнью	СЯ
0	Ни одно из определений ко мне не подходит (или ни одна из цифр не обведена)	Ф
Отношение к будущему		
1	Болезнь делает мое будущее печальным и унылым	АА
2	Мое здоровье не дает пока никаких оснований беспокоиться за будущее	ЗФ
3	Я всегда надеюсь на счастливое будущее, даже в самых отчаянных пожеланиях	—
4	Не считаю, что болезнь может существенно отразиться на моем будущем	ЗЗ
5	Аккуратным лечением и соблюдением режима я надеюсь добиться улучшения здоровья в будущем	ГТ
6	Свое будущее я целиком связываю с успехом в моей работе (учебе)	—
7	Мне стало безразлично, что станет со мной в будущем	А
8	Из-за моей болезни я в постоянной тревоге за мое будущее	ИСЯЯ
9	Я уверен, что в будущем вскроются ошибки и халатность тех, из-за кого я заболел	П
10	Когда я думаю о своем будущем, меня охватывают тоска и раздражение на других людей	—
11	Из-за болезни я очень тревожусь за свое будущее	—
0	Ни одно из определений ко мне не подходит	—

## ПРИЛОЖЕНИЕ Б

Методика «Цветовой тест отношений» (Эткинд А.М.)

№ Цвета	Цвет	Ассоциативная раскладка	Раскладка по предпочтению	Категория
1	Синий			Мое тело
2	Зеленый			Мое здоровье
3	Красный			Моя болезнь
4	Желтый			Я в лечебном учреждении
5	Фиолетовый			
6	Коричневый			
7	Черный			
8 (0)	Серый			

## ПРИЛОЖЕНИЕ В

### Методика «Шкала потребности в достижении»

(Орлов Ю.М.)

1. Думаю, что успех в жизни, скорее, зависит от случая, чем от расчета.
2. Если я лишусь любимого занятия, жизнь для меня потеряет всякий смысл.
3. Для меня в любом деле важнее не его исполнение, а конечный результат.
4. Считаю, что люди больше страдают от неудач на работе, чем от плохих взаимоотношений с близкими.
5. По моему мнению, большинство людей живут далекими целями, а не близкими.
6. В жизни у меня было больше успехов, чем неудач.
7. Эмоциональные люди мне нравятся больше, чем деятельные.
8. Даже в обычной работе я стараюсь усовершенствовать некоторые ее элементы.
9. Поглощенный мыслями об успехе, я могу забыть о мерах предосторожности.
10. Мои близкие считают меня ленивым.
11. Думаю, что в моих неудачах повинны, скорее, обстоятельства, чем я сам.
12. Терпения во мне больше, чем способностей.
13. Мои родители слишком строго контролировали меня.
14. Лень, а не сомнение в успехе вынуждает меня часто отказываться от своих намерений.
15. Думаю, что я уверенный в себе человек.
16. Ради успеха я могу рискнуть, даже если шансы невелики.
17. Я усердный человек.
18. Когда все идет гладко, моя энергия усиливается.
19. Если бы я был журналистом, я писал бы, скорее, об оригинальных изобретениях людей, чем о происшествиях.
20. Мои близкие обычно не разделяют моих планов.
21. Уровень моих требований к жизни ниже, чем у моих товарищей.
22. Мне кажется, что настойчивости во мне больше, чем способностей.
23. Я мог бы достичь большего, освободившись от текущих дел.

## ПРИЛОЖЕНИЕ Г

### Сводные таблицы данных

Таблица Г.1 – Типы отношения к болезни подростков, страдающих  
бронхиальной астмой

№	Тип отношения к болезни													Итоговый тип
	Г	Т	И	М	А	Н	О	С	Я	Ф	З	Р	П	
1	4	5				3	1		1					ТН
2		3			2	4		1	2					Н
3		2		2		2	2		5					Я
4		3				4			5					ЯН
5		6				4			2					ТН
6		5		2		4								ТН
7		3				5			4					НЯ
8		2			3		1	2	4					ЯА
9		3			3	5			2					НА
10	5	3			3				2					А
11		5				3			4					ТЯ
12		3		2	2	4								Н
13		3		4		3			2					МН
14		3		2		5			2					Н
15	2	3				6			2					Н

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Г

Сводные таблицы данных

Таблица Г.2 – Типы отношения к болезни подростков с неврологическими нарушениями

№	Тип отношения к болезни													Итоговый тип
	Г	Т	И	М	А	Н	О	С	Я	Ф	З	Р	П	
1		2			2	5			3					НЯ
2		2				4		2	4					НЯ
3	5	3				4								Н
4		2			2	4			4					НЯ
5		2				4		2	4			1		НЯ
6			2			5	2		3					НЯ
7		2		2		4		2	5		1			ЯН
8		2		2		4			2			2		Н
9		1		3		2	3			5				ФМ
10		2		2		4		2	3					НЯ
11		2				7		1	2					Н
12		1	2		2	4	1		2					Н
13		2				5	2		2					Н
14		3		2		4		1	2					Н
15		2	2			2			6					Я
16		4			4			3				2		ТА
17		3	4					3	1		2			ИС
18		2		2	4			3	1					АС
19		5			4			2	1					ТА
20		1	2		4		1	3			1			АС



Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Г

Сводные таблицы данных

Таблица Г.3 – Результаты по ЦТО в группе подростков, страдающих бронхиальной астмой

№ Цвета	Цвет	Ассоциативная раскладка	Раскладка по предпочтению	Категория
<b>1</b>				
1	Синий	1	1	Мое тело
2	Зеленый	4	3	Мое здоровье
3	Красный	5	7	Моя болезнь
4	Желтый	2	6	Я в лечебном учреждении
5	Фиолетовый	7		
6	Коричневый	8		
7	Черный	6		
8 (0)	Серый	3		
<b>2</b>				
№ Цвета	Цвет	Ассоциативная раскладка	Раскладка по предпочтению	Категория
1	Синий	3	4	Мое тело
2	Зеленый	6	7	Мое здоровье
3	Красный	1	5	Моя болезнь
4	Желтый	4	8	Я в лечебном учреждении
5	Фиолетовый	8		
6	Коричневый	5		
7	Черный	7		
8 (0)	Серый	2		
<b>3</b>				
№ Цвета	Цвет	Ассоциативная раскладка	Раскладка по предпочтению	Категория
1	Синий	4	6	Мое тело
2	Зеленый	1	7	Мое здоровье
3	Красный	5	5	Моя болезнь
4	Желтый	8	8	Я в лечебном учреждении
5	Фиолетовый	3		
6	Коричневый	6		
7	Черный	7		
8 (0)	Серый	2		
<b>4</b>				
№ Цвета	Цвет	Ассоциативная раскладка	Раскладка по предпочтению	Категория
1	Синий	3	3	Мое тело
2	Зеленый	5	4	Мое здоровье
3	Красный	1	7	Моя болезнь
4	Желтый	8	2	Я в лечебном учреждении

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Г

Сводные таблицы данных

Продолжение таблицы Г.3

5	Фиолетовый	7		
6	Коричневый	6		
7	Черный	2		
8 (0)	Серый	4		
<b>5</b>				
№ Цвета	Цвет	Ассоциативная раскладка	Раскладка по предпочтению	Категория
1	Синий	4	1	Мое тело
2	Зеленый	1	5	Мое здоровье
3	Красный	7	3	Моя болезнь
4	Желтый	8	4	Я в лечебном учреждении
5	Фиолетовый	5		
6	Коричневый	3		
7	Черный	6		
8 (0)	Серый	2		
<b>6</b>				
№ Цвета	Цвет	Ассоциативная раскладка	Раскладка по предпочтению	Категория
1	Синий	1	8	Мое тело
2	Зеленый	4	4	Мое здоровье
3	Красный	8	7	Моя болезнь
4	Желтый	2	5	Я в лечебном учреждении
5	Фиолетовый	7		
6	Коричневый	6		
7	Черный	3		
8 (0)	Серый	5		
<b>7</b>				
№ Цвета	Цвет	Ассоциативная раскладка	Раскладка по предпочтению	Категория
1	Синий	4	3	Мое тело
2	Зеленый	2	5	Мое здоровье
3	Красный	5	6	Моя болезнь
4	Желтый	6	7	Я в лечебном учреждении
5	Фиолетовый	8		
6	Коричневый	1		
7	Черный	7		
8 (0)	Серый	3		
<b>8</b>				
№ Цвета	Цвет	Ассоциативная раскладка	Раскладка по предпочтению	Категория
1	Синий	2	1	Мое тело
2	Зеленый	1	5	Мое здоровье
3	Красный	4	2	Моя болезнь

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Г

Сводные таблицы данных

Продолжение таблицы Г.3

4	Желтый	6	8	Я в лечебном учреждении
5	Фиолетовый	7		
6	Коричневый	8		
7	Черный	3		
8 (0)	Серый	5		
<b>9</b>				
№ Цвета	Цвет	Ассоциативная раскладка	Раскладка по предпочтению	Категория
1	Синий	3	7	Мое тело
2	Зеленый	1	3	Мое здоровье
3	Красный	5	1	Моя болезнь
4	Желтый	8	2	Я в лечебном учреждении
5	Фиолетовый	7		
6	Коричневый	6		
7	Черный	2		
8 (0)	Серый	4		
<b>10</b>				
№ Цвета	Цвет	Ассоциативная раскладка	Раскладка по предпочтению	Категория
1	Синий	1	2	Мое тело
2	Зеленый	8	7	Мое здоровье
3	Красный	6	1	Моя болезнь
4	Желтый	3	3	Я в лечебном учреждении
5	Фиолетовый	2		
6	Коричневый	5		
7	Черный	4		
8 (0)	Серый	7		
<b>11</b>				
№ Цвета	Цвет	Ассоциативная раскладка	Раскладка по предпочтению	Категория
1	Синий	6	1	Мое тело
2	Зеленый	4	6	Мое здоровье
3	Красный	8	7	Моя болезнь
4	Желтый	2	4	Я в лечебном учреждении
5	Фиолетовый	3		
6	Коричневый	7		
7	Черный	1		
8 (0)	Серый	5		
<b>12</b>				
№ Цвета	Цвет	Ассоциативная раскладка	Раскладка по предпочтению	Категория
1	Синий	2	8	Мое тело

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Г

Сводные таблицы данных

Продолжение таблицы Г.3

2	Зеленый	1	5	Мое здоровье
3	Красный	5	7	Моя болезнь
4	Желтый	8	6	Я в лечебном учреждении
5	Фиолетовый	7		
6	Коричневый	3		
7	Черный	6		
8 (0)	Серый	4		
<b>13</b>				
№ Цвета	Цвет	Ассоциативная раскладка	Раскладка по предпочтению	Категория
1	Синий	4	3	Мое тело
2	Зеленый	1	5	Мое здоровье
3	Красный	8	8	Моя болезнь
4	Желтый	7	7	Я в лечебном учреждении
5	Фиолетовый	6		
6	Коричневый	2		
7	Черный	3		
8 (0)	Серый	5		
<b>14</b>				
№ Цвета	Цвет	Ассоциативная раскладка	Раскладка по предпочтению	Категория
1	Синий	5	5	Мое тело
2	Зеленый	8	6	Мое здоровье
3	Красный	1	8	Моя болезнь
4	Желтый	7	1	Я в лечебном учреждении
5	Фиолетовый	3		
6	Коричневый	4		
7	Черный	6		
8 (0)	Серый	2		
<b>15</b>				
№ Цвета	Цвет	Ассоциативная раскладка	Раскладка по предпочтению	Категория
1	Синий	8	4	Мое тело
2	Зеленый	7	5	Мое здоровье
3	Красный	2	3	Моя болезнь
4	Желтый	4	8	Я в лечебном учреждении
5	Фиолетовый	3		
6	Коричневый	6		
7	Черный	1		
8 (0)	Серый	5		

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Г

Сводные таблицы данных

Таблица Г.4 – Результаты по ЦТО в группе подростков с неврологическими нарушениями

№ Цвета	Цвет	Ассоциативная раскладка	Раскладка по предпочтению	Категория
<b>1</b>				
1	Синий	2	6	Мое тело
2	Зеленый	4	3	Мое здоровье
3	Красный	1	7	Моя болезнь
4	Желтый	5	8	Я в лечебном учреждении
5	Фиолетовый	6		
6	Коричневый	3		
7	Черный	8		
8 (0)	Серый	7		
<b>2</b>				
№ Цвета	Цвет	Ассоциативная раскладка	Раскладка по предпочтению	Категория
1	Синий	4	5	Мое тело
2	Зеленый	2	2	Мое здоровье
3	Красный	7	3	Моя болезнь
4	Желтый	3	6	Я в лечебном учреждении
5	Фиолетовый	6		
6	Коричневый	8		
7	Черный	1		
8 (0)	Серый	5		
<b>3</b>				
№ Цвета	Цвет	Ассоциативная раскладка	Раскладка по предпочтению	Категория
1	Синий	5	5	Мое тело
2	Зеленый	8	4	Мое здоровье
3	Красный	4	1	Моя болезнь
4	Желтый	2	8	Я в лечебном учреждении
5	Фиолетовый	1		
6	Коричневый	7		
7	Черный	6		
8 (0)	Серый	3		
<b>4</b>				
№ Цвета	Цвет	Ассоциативная раскладка	Раскладка по предпочтению	Категория
1	Синий	3	7	Мое тело
2	Зеленый	1	2	Мое здоровье
3	Красный	7	3	Моя болезнь

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Г

Сводные таблицы данных

Продолжение таблицы Г.4

4	Желтый	8	4	Я в лечебном учреждении
5	Фиолетовый	6		
6	Коричневый	5		
7	Черный	2		
8 (0)	Серый	4		
<b>5</b>				
№ Цвета	Цвет	Ассоциативная раскладка	Раскладка по предпочтению	Категория
1	Синий	7	6	Мое тело
2	Зеленый	2	7	Мое здоровье
3	Красный	5	2	Моя болезнь
4	Желтый	4	1	Я в лечебном учреждении
5	Фиолетовый	1		
6	Коричневый	6		
7	Черный	3		
8 (0)	Серый	8		
<b>6</b>				
№ Цвета	Цвет	Ассоциативная раскладка	Раскладка по предпочтению	Категория
1	Синий	3	5	Мое тело
2	Зеленый	2	8	Мое здоровье
3	Красный	7	6	Моя болезнь
4	Желтый	8	7	Я в лечебном учреждении
5	Фиолетовый	5		
6	Коричневый	4		
7	Черный	6		
8 (0)	Серый	1		
<b>7</b>				
№ Цвета	Цвет	Ассоциативная раскладка	Раскладка по предпочтению	Категория
1	Синий	8	7	Мое тело
2	Зеленый	4	6	Мое здоровье
3	Красный	1	1	Моя болезнь
4	Желтый	5	2	Я в лечебном учреждении
5	Фиолетовый	2		
6	Коричневый	7		
7	Черный	6		
8 (0)	Серый	3		
<b>8</b>				
№ Цвета	Цвет	Ассоциативная раскладка	Раскладка по предпочтению	Категория
1	Синий	6	4	Мое тело

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Г

Сводные таблицы данных

Продолжение таблицы Г.4

2	Зеленый	1	5	Мое здоровье
3	Красный	8	6	Моя болезнь
4	Желтый	4	1	Я в лечебном учреждении
5	Фиолетовый	7		
6	Коричневый	5		
7	Черный	2		
8 (0)	Серый	3		
<b>9</b>				
№ Цвета	Цвет	Ассоциативная раскладка	Раскладка по предпочтению	Категория
1	Синий	3	5	Мое тело
2	Зеленый	4	7	Мое здоровье
3	Красный	7	3	Моя болезнь
4	Желтый	2	2	Я в лечебном учреждении
5	Фиолетовый	1		
6	Коричневый	6		
7	Черный	8		
8 (0)	Серый	5		
<b>10</b>				
№ Цвета	Цвет	Ассоциативная раскладка	Раскладка по предпочтению	Категория
1	Синий	5	8	Мое тело
2	Зеленый	7	6	Мое здоровье
3	Красный	1	2	Моя болезнь
4	Желтый	3	4	Я в лечебном учреждении
5	Фиолетовый	2		
6	Коричневый	4		
7	Черный	6		
8 (0)	Серый	8		
<b>11</b>				
№ Цвета	Цвет	Ассоциативная раскладка	Раскладка по предпочтению	Категория
1	Синий	1	3	Мое тело
2	Зеленый	5	7	Мое здоровье
3	Красный	2	8	Моя болезнь
4	Желтый	8	6	Я в лечебном учреждении
5	Фиолетовый	3		
6	Коричневый	4		
7	Черный	7		
8 (0)	Серый	6		
№ Цвета	Цвет	Ассоциативная раскладка	Раскладка по предпочтению	Категория

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Г

Сводные таблицы данных

Продолжение таблицы Г.4

12				
1	Синий	2	7	Мое тело
2	Зеленый	1	5	Мое здоровье
3	Красный	3	4	Моя болезнь
4	Желтый	4	3	Я в лечебном учреждении
5	Фиолетовый	5		
6	Коричневый	8		
7	Черный	7		
8 (0)	Серый	6		
13				
№ Цвета	Цвет	Ассоциативная раскладка	Раскладка по предпочтению	Категория
1	Синий	2	3	Мое тело
2	Зеленый	6	1	Мое здоровье
3	Красный	1	7	Моя болезнь
4	Желтый	4	4	Я в лечебном учреждении
5	Фиолетовый	5		
6	Коричневый	8		
7	Черный	7		
8 (0)	Серый	3		
14				
№ Цвета	Цвет	Ассоциативная раскладка	Раскладка по предпочтению	Категория
1	Синий	5	7	Мое тело
2	Зеленый	6	5	Мое здоровье
3	Красный	2	4	Моя болезнь
4	Желтый	8	6	Я в лечебном учреждении
5	Фиолетовый	4		
6	Коричневый	3		
7	Черный	7		
8 (0)	Серый	1		
15				
№ Цвета	Цвет	Ассоциативная раскладка	Раскладка по предпочтению	Категория
1	Синий	4	4	Мое тело
2	Зеленый	1	8	Мое здоровье
3	Красный	6	1	Моя болезнь
4	Желтый	8	5	Я в лечебном учреждении
5	Фиолетовый	7		
6	Коричневый	3		
7	Черный	2		
8 (0)	Серый	5		



Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Г

Сводные таблицы данных

Продолжение таблицы Г.4

№ Цвета	Цвет	Ассоциативная раскладка	Раскладка по предпочтению	Категория
<b>16</b>				
1	Синий	1	2	Мое тело
2	Зеленый	3	1	Мое здоровье
3	Красный	2	3	Моя болезнь
4	Желтый	5	5	Я в лечебном учреждении
5	Фиолетовый	7	8	Моя мать
6	Коричневый	0	7	Мой отец
7	Черный	4		
8 (0)	Серый	6		
<b>17</b>				
№ Цвета	Цвет	Ассоциативная раскладка	Раскладка по предпочтению	Категория
1	Синий	7	5	Мое тело
2	Зеленый	6	2	Мое здоровье
3	Красный	5	6	Моя болезнь
4	Желтый	4	4	Я в лечебном учреждении
5	Фиолетовый	1		
6	Коричневый	2		
7	Черный	8		
8 (0)	Серый	3		
<b>18</b>				
№ Цвета	Цвет	Ассоциативная раскладка	Раскладка по предпочтению	Категория
1	Синий	3	3	Мое тело
2	Зеленый	1	4	Мое здоровье
3	Красный	4	7	Моя болезнь
4	Желтый	8	2	Я в лечебном учреждении
5	Фиолетовый	7		
6	Коричневый	6		
7	Черный	2		
8 (0)	Серый	5		
<b>19</b>				
№ Цвета	Цвет	Ассоциативная раскладка	Раскладка по предпочтению	Категория
1	Синий	7	5	Мое тело
2	Зеленый	4	1	Мое здоровье
3	Красный	5	7	Моя болезнь
4	Желтый	2	8	Я в лечебном учреждении
5	Фиолетовый	8		
6	Коричневый	1		

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Г

Сводные таблицы данных

Продолжение таблицы Г.4

7	Черный	3		
8 (0)	Серый	6		
<b>20</b>				
№ Цвета	Цвет	Ассоциативная раскладка	Раскладка по предпочтению	Категория
1	Синий	2	2	Мое тело
2	Зеленый	1	1	Мое здоровье
3	Красный	4	8	Моя болезнь
4	Желтый	7	3	Я в лечебном учреждении
5	Фиолетовый	5		
6	Коричневый	3		
7	Черный	6		
8 (0)	Серый	8		

Таблица Г.5 – Результаты по методике «Шкала оценки потребности в достижении»

№	Подростки с бронхиальной астмой		Подростки с неврологическими нарушениями	
	Баллы	Стены	Баллы	Стены
1	11	3	10	2
2	10	2	12	4
3	13	5	12	4
4	15	7	11	3
5	10	2	10	2
6	16	8	13	5
7	15	7	14	6
8	16	8	14	6
9	15	7	16	8
10	15	7	16	8
11	13	5	15	7
12	14	6	13	5
13	15	7	13	5
14	13	5	16	8
15	14	6	15	7
16			15	7
17			14	6
18			14	6
19			14	6
20			15	7

## ПРИЛОЖЕНИЕ Д

### Рекомендации по профилактике психосоматических заболеваний

Для психосоматических расстройств профилактика имеет особое значение. И дело не только в том, что подобные проблемы проще предотвратить, чем вылечить. Психологическое здоровье всегда нуждается в большем внимании, ведь если вовремя не отследить проблему в этой области, она остается с человеком на всю жизнь. При этом он может об этом и не подозревать. Но комплексы, фобии и другие расстройства напрямую влияют на жизнь человека в любом возрасте.

Огромное значение для профилактики имеет отсутствие поощрения болезни.. Конечно же, ребенку в таких условиях значительно выгоднее болеть, чем быть здоровым, особенно если существуют и другие поводы, проблемы. Это не значит, что к больному ребенку не нужно проявлять внимание. Нужно, но не чрезмерное. К тому же важно стараться наполнить жизнь здорового малыша достаточным количеством радостей, в которых больной ребенок будет ограничен.

Соизмеряйте нагрузку и требования. Не стоит ждать от ребенка только отличных оценок, иначе каждая четверка станет для него огромным стрессом. Не нужно также занимать каждую его свободную минуту какими-то занятиями и кружками. Развитие ребенка не должно происходить в ущерб его собственному свободному времени.

Помните о том, что чрезмерная опека и постоянные запреты могут быть не менее губительны, чем полное отсутствие внимания. Оставьте своему малышу личное пространство, хозяином которому будет только он. Какими бы сложными ни были отношения в семье, постарайтесь сделать так, чтобы ребенка это не касалось. Не ругайтесь при детях, не кричите и не устраивайте скандалов. Не говорите плохо о тех людях, которые дороги вашему малышу. Доброжелательная спокойная атмосфера любви и понимания в семье – лучшая профилактика любых психосоматических расстройств у детей.

Требуют внимания различные психопатические реакции в пубертатном периоде. Например, неустойчивым личностям необходим положительный лидер. Астеникам подходят подвижные игры, шизоидам — занятия в коллективе. Истеричных детей нельзя выделять из общей массы. Во всех соответствующих случаях необходимо выявление девиантных черт личности подростка и их корректировка, тренировка волевых качеств.

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Д  
Рекомендации по профилактике психосоматических  
заболеваний

В ряде случаев оправдана их медикаментозная нивелировка, так как без этого вмешательства возможно дальнейшее искажение формирования личности подростка.

Во взрослом периоде наличие тех или иных признаков соматоневрологической уязвимости может весьма отрицательно сказаться при работе в условиях воздействия профессиональных вредностей: здесь отчетливо выявляется все, что было запущено; кроме того, проявляются соматоформные расстройства. Здесь особенного внимания заслуживают вопросы профилактики перегрузок и нарушений техники безопасности при умственной работе. Различные виды физической деятельности являются основным способом устранения физиологических механизмов стресса. Подавить эмоциональную «стрессовую бурю» можно мышечной работой, особенно на свежем воздухе. В результате мышечной работы ликвидируется избыток гормонов, поддерживающих состояние эмоционального перенапряжения. Это приводит к расширению просвета мелких кровеносных сосудов, улучшает работу сердца, выравнивает артериальное давление, снижает возбудимость нервной системы, нормализует эмоциональное состояние.

Одним из методов профилактики стрессовых состояний является организация рационального питания. Из пищи в период стрессового состояния исключаются активаторы ЦНС, например, кофеин, содержащийся в кофе и чае. Очень важно в этот период регулярное питание, так как нарушение режима питания – одна из существенных причин повышения реакции организма на действие стрессора.