

DOI: <https://doi.org/10.23670/IRJ.2022.123.44>

СЕМЕЙНЫЕ ФАКТОРЫ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Научная статья

Киреева Т.И.^{1,*}

¹ORCID : 0000-0002-7909-3611;

¹Самарский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения России, Самара, Российская Федерация

* Корреспондирующий автор (kireevatatjana[at]lenta.ru)

Аннотация

Бронхиальная астма (БА) – тяжелое хроническое заболевание, имеющее выраженный психосоматический компонент, по мнению многих отечественных и зарубежных исследователей, связанный с особенностями детско-материнских отношений и семейного воспитания. В настоящее время при лечении детей и подростков, страдающих БА, в большинстве случаев преобладает медицинский подход, однако игнорирование психологических и, в частности, семейных факторов приводит лишь к недолговременной ремиссии. В статье представлены результаты исследования особенностей внутрисемейного взаимодействия и совладающего поведения подростков с БА.

В семьях подростков с БА матери и отцы демонстрируют по отношению к детям значительно менее выраженный позитивный интерес, заключающийся в одобрении, дружеском общении, положительных эмоциях, принятии, авторитете без подавления, опеке, чем родители практически здоровых подростков. Подростки с БА находятся в центре внимания расширенных семей, но при этом не принимают решений и не находятся в симбиотических отношениях с близкими. На неосознаваемом уровне им свойственно компенсировать проблемную сферу развитием других сфер, а также перенаправлять негативные чувства с объекта, ставшего причиной их развития, на другие объекты. На сознательном уровне при выборе поведения в трудной ситуации подростки с бронхиальной астмой не склонны жестко контролировать свои эмоциональные переживания и могут выражать их в вербальной форме либо в форме приступа удушья.

Ключевые слова: бронхиальная астма, детско-родительские отношения, психические защиты, стратегии совладания со стрессом.

FAMILIAL FACTORS OF BRONCHIAL ASTHMA PROGRESSION IN ADOLESCENCE

Research article

Kireeva T.I.^{1,*}

¹ORCID : 0000-0002-7909-3611;

¹Samara State Medical University of the Ministry of Health of Russia, Samara, Russian Federation

* Corresponding author (kireevatatjana[at]lenta.ru)

Abstract

Bronchial asthma (BA) is a severe chronic disease with a distinct psychosomatic component, according to many domestic and foreign researchers, associated with the specifics of child-parent relationships and family upbringing. Nowadays, when treating children and teenagers suffering from BA, in most cases medical approach is prevalent, however disregard of psychological and, in particular, familial factors leads only to short-term remission. The article presents the results of the study of the specifics of intrafamily interaction and coping behavior of adolescents with BA.

In families of adolescents with BA, mothers and fathers show significantly less positive interest towards their children in terms of approval, companionship, positive emotions, acceptance, authority without suppression, guidance than parents of almost healthy adolescents. Adolescents with BA are the focus of extended families, but they do not make decisions and are not in a symbiotic relationship with their close ones. At the unconscious level, they tend to compensate for the problem sphere by development in other areas, and to redirect negative feelings from the object that caused the process. At the conscious level, adolescents with bronchial asthma are not inclined to rigidly control their emotional experiences and can express them verbally or in the form of an asthma attack when choosing behavior in a difficult situation.

Keywords: bronchial asthma, parent-child relationships, mental defenses, stress coping strategies.

Введение

Бронхиальная астма (БА) является наиболее тяжелой патологией из всех хронических заболеваний органов дыхания. Количество больных этим заболеванием колеблется в зависимости от региона и составляет в среднем в большинстве государств от 5 до 15%. В России распространенность данной патологии органов дыхания среди взрослого населения колеблется в пределах 5%, у детей этот процент повышается до 5-10% [2].

Медицинский подход к бронхиальной астме заключается в изучении и лечении ее аллергической или инфекционной природы, но заболевание такой распространенности и серьезности требует разностороннего подхода, в том числе с позиций клинической психологии. Бронхиальная астма – заболевание, входящее в классическую семерку психосоматических заболеваний. Возникнув в детстве, оно, как правило, переходит в хроническую форму и сопровождает человека всю его жизнь, негативно влияя на ее качество [5].

По мнению И.Г. Малкиной-Пых, приступ астмы – это выражение подавляемого плача ребенка, обращенного к матери [3]. Позже этот симптом становится способом манипулирования близким окружением и способом сохранения семейного «гомеостаза» для больного бронхиальной астмой [7]. В.Д. Менделевич полагает, что пусковым механизмом бронхиальной астмы как психосоматического расстройства может являться нарушение или искажение детско-родительских отношений [4].

Согласно данным Е. Kotrotsiou, дисфункция семьи и психологические проблемы матерей сочетаются с высокой заболеваемостью детей астмой. У родственников подростков, страдающих астмой, доля случаев депрессии, мании, злоупотребления психоактивными веществами и асоциальной личности достаточно высока [11].

С.Н. Воронина характеризует матерей детей, страдающих астмой, как сильных, доминирующих над другими членами семьи, консервативных, с устойчивыми взглядами и твердой жизненной позицией, которую они навязывают другим. Их отношение к ребенку двойственно, между поведенческим и эмоциональным компонентами отношения возникает конфликт, названный «эмоциональное отвержение под маской тревоги». На безразличие матери ребенок отвечает развитием функциональных нарушений работы органов и систем. Регулярные болезни ребенка оказывают на мать амбивалентное действие, провоцируя сразу и тревогу за жизнь и здоровье ребенка, за которого она несет ответственность, и раздражение, однако взаимодействие с ребенком по поводу его заболевания позволяет компенсировать недостаток эмоционального общения матери и ребенка.

Безразличие матери приводит к развитию у ребенка боязливости, чувства беспомощности, которые осложняют их социальное взаимодействие со сверстниками и взрослыми. Такая позиция матери приводит к замедленному развитию эмоциональной сферы ребенка [1].

Также в научной литературе встречается точка зрения, что у больных бронхиальной астмой не сформированы адаптивные способы совладания со стрессом и внутриличностными конфликтами.

Исследования F. Ameri и соавторов показали, что у пациентов с БА отмечаются трудности в саморегуляции. Когда эмоциональная информация не может быть воспринята и оценена посредством когнитивной обработки, это приводит к эмоциональному и когнитивному замешательству человека. Эта неспособность увеличивает возможность незрелого и невротического стилей защиты в стрессовых ситуациях [10]. Изучение копинг-стратегий у больных бронхиальной астмой, проведенное З.Р. Сержановой и соавторами, показало, что типичной стратегией совладания для них является неконструктивная стратегия «избегание проблем» [6]. Больные бронхиальной астмой, — пишет М.А. Ярославская, — при совладании с трудными жизненными ситуациями и заболеванием используют в большей степени эмоционально-ориентированные стратегии, проявляют поведенческую пассивность, демонстрируют слабую эмоциональную регуляцию, проявляющуюся периодическими аффективными вспышками [9].

Исследование подростков с бронхиальной астмой, проведенное Е.А. Горской, напротив показало, что они имеют более низкие значения, в сравнении со здоровыми, по шкалам импульсивности, ригидности и индивидуалистичности, отличаются сдержанностью, отсутствием поведенческой спонтанности, скованностью, осторожностью в демонстрации чувств [2]. С.А. Федотова также выявила, что подростки с астмой имеют высокий уровень обращенности к социальным нормам, склонны действовать исходя из принципов и правил, у них высокий уровень сдерживания своих чувств, они чаще отстраняются от эмоционально значимых для них ситуаций, используя копинг-стратегию дистанцирование [8].

Проблема данного исследования определяется противоречивостью существующей на настоящий момент информации и необходимостью понимания того, какие психические факторы задействованы в формировании и прогрессировании бронхиальной астмы подростков.

Цель исследования – выявление семейных факторов прогрессирования бронхиальной астмы у подростков и особенностей их стрессовладающего поведения.

Задачи исследования:

- 1) выявить стиль взаимодействия подростков с БА с матерью;
- 2) выявить стиль взаимодействия подростков с БА с отцом;
- 3) определить ведущие психические защиты подростков с БА;
- 4) определить ведущие стили стрессовладающего поведения подростков с БА.

Методы и принципы исследования

Исследование проводилось в течение трех лет на базе пульмонологического отделения Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Самарская областная детская клиническая больница им. Н.Н. Ивановой». Выборку исследования составили 60 обследуемых, 30 из которых имели верифицированный диагноз «Бронхиальная астма», находились на стационарном лечении по поводу обострения и вошли в клиническую группу, а другие 30 не имели заболеваний органов дыхания и вошли в контрольную группу. Возраст обследуемых 14 – 16 лет, стаж заболевания БА более 3-х лет. В клиническую группу вошли 18 мальчиков и 12 девочек, в контрольную – 14 мальчиков и 16 девочек. Среди подростков с БА в неполных семьях воспитываются 6 человек (4 девочки и 2 мальчика), в группе их практически здоровых сверстников – 8 человек (5 девочек и 3 мальчика).

В работе были использованы следующие психодиагностические методики: семейная социограмма (Э.Г. Эйдемиллер), «Подростки о родителях» (ADOR), Методика «Индекс жизненного стиля» (Р. Плутчик, Г. Келлерман, Х.Р. Конте), Опросник «Копинг-стратегии» Р.Лазаруса, С. Фолкман в адаптации Т.Л. Крюковой, Е.В. Куфтяк, М.С. Замышляевой. Методы обработки данных: коэффициент углового преобразования Фишера, U-критерий Манна-Уитни, однофакторный дисперсионный анализ.

Основные результаты

Результаты исследования методикой ADOR представлены на рисунках 1 и 2. Наиболее высокие значения в клинической группе приходятся на шкалы автономии и непоследовательности.

Автономия матери по отношению к сыну воспринимается им как диктат с ее стороны, при котором сын не воспринимается как самостоятельная личность. Автономность матери по отношению к дочерям выглядит как полная отстраненность от ребенка, его состояния и потребностей. По сути, такие матери не обращают внимания на дочерей, не ругают и не хвалят их, не требовательны и не занимаются их воспитанием.

Непоследовательность матери в оценке сыновей выглядит как чередование с ее стороны слабости и силы, подозрительности и доверия, причем колебания между этими проявлениями максимальны. Дочери воспринимают подобный стиль воспитания аналогично, как резкий переход от психологического принятия до эмоционального отвержения.



Рисунок 1 - Результаты теста ADOR, матери

DOI: <https://doi.org/10.23670/IRJ.2022.123.44.1>

Примечание: * - значимые различия

Значимые различия между группами приходятся на стиль позитивного интереса, который значимо преобладает в контрольной группе ($U=55,0$, при $p=0,0001$). Соответственно, матери подростков клинической группы значительно реже, чем матери подростков контрольной группы, демонстрируют одобряющее поведение, дружеский способ общения и положительные эмоции при взаимодействии с ребенком, а также некоторое потворствование и гиперопеку, которые дети ожидают от матерей.

В клинической группе ведущим типом воспитания со стороны отца является тип автономии. Автономия со стороны отца воспринимается дочерьми как проявление лидерства и недоступность отца для взаимодействия. Он отгораживается от семьи стеной и существует не внутри семьи как малой группы, а параллельно с ней. Отец игнорирует проблемы членов семьи и не разделяет с ними радости, его действия никак не согласованы с потребностями детей.

С точки зрения сыновей, автономия отцов проявляется как отстраненность и формальность контактов, взаимодействие осуществляется с позиции силы, когда ребенок ведет себя хорошо, отец его не замечает, когда совершает плохие поступки – вмешивается в воспитание, но делает это поверхностно, не вникая в мотивы и причины ребенка. На необходимость отвлекаться от своих дел на общение с сыном отец реагирует раздражением.



Рисунок 2 - Результаты теста ADOR, отцы

DOI: <https://doi.org/10.23670/IRJ.2022.123.44.2>

Примечание: * - значимые различия

Значимые различия между группами приходятся на позитивный интерес ($U=68,0$, при $p=0,0001$) и директивность ($U=84,0$, при $p=0,001$), которые преобладают в контрольной группе. Соответственно, отцы подростков клинической группы значительно реже, чем отцы подростков контрольной группы, демонстрируют психологическое принятие, доверие, здравый смысл и авторитет без применения подавления, а также уверенность, теплоту и открытость при взаимодействии.

Результаты семейной социогаммы показаны на рисунке 3. Для 80% подростков свойственно находиться в центре внимания всей семьи, что, скорее всего, связано с наличием у них БА и желанием получить внимание близких хотя бы за счет своей болезни. 70% подростков с БА расширяют состав семьи за счет включения в нее дальних родственников или друзей, что свидетельствует либо об отсутствии границ семейной системы, либо о желании подростков расширить круг своего общения. Включают в состав семьи бабушек и дедушек также 70% подростков с бронхиальной астмой. Это свидетельствует о том, что прародители принимают активное участие в жизни семьи, даже если не проживают совместно с ними. В 50% случаев главой семьи является мать, она принимает в семье важные решения и распоряжается бюджетом, отец занимает позицию главы семьи только в 20% случаев.

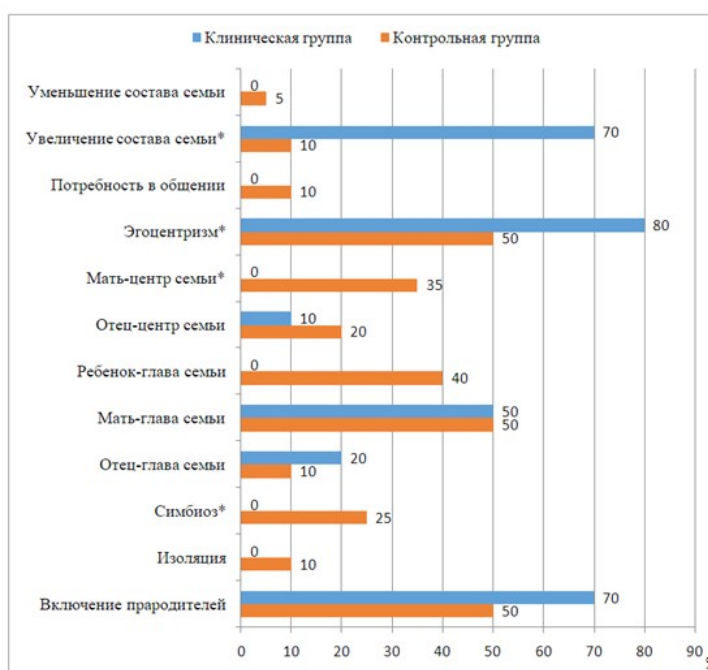


Рисунок 3 - Результаты семейной социогаммы

DOI: <https://doi.org/10.23670/IRJ.2022.123.44.3>

Примечание: * - значимые различия

Значимые различия между группами приходятся на такие параметры внутрисемейных отношений, как «увеличение состава семьи» ($\phi^*=4,2$, при $p<0,01$) и «эгоцентризм» ($\phi^*=2,03$, при $p<0,05$), выраженные больше в клинической группе, а также на «мать – центр семьи» ($\phi^*=2,6$, при $p<0,01$), «ребенок – глава семьи» ($\phi^*=2,9$, при $p<0,01$) и «симбиоз» ($\phi^*=1,9$, при $p<0,05$), выраженные больше в контрольной группе. Соответственно, подростки с БА в связи с заболеванием получают исключительное внимание всех членов семьи, включая в ее состав даже не очень близких родственников, но при этом они не принимают решений в своей семье и не имеют симбиотической привязанности к близким. Также стоит отметить, что мать в семьях, воспитывающих подростков с БА, гораздо реже получает заботу и внимание других членов семьи, чем в семьях, воспитывающих здоровых подростков.

Сравнительная характеристика результатов исследования психических защит двух групп подростков представлена на рисунке 4. В группе пациентов с бронхиальной астмой ведущими психическими защитами являются «компенсация» (63) и «рационализация» (55,8). В контрольной группе наиболее высокие значения приходятся на психические защиты «рационализация» (61,4) и «проекция» (57,2).



Рисунок 4 - Результаты исследования психических защит

DOI: <https://doi.org/10.23670/IRJ.2022.123.44.4>*Примечание: * - значимые различия*

Между группами здоровых подростков и подростков с бронхиальной астмой выявлены достоверно значимые различия по шкалам «компенсация» ($U=116,0$, при $p<0,019$) и «замещение» ($U=96,0$, при $p<0,004$), преобладающим в клинической группе, а также «проекция» ($U=62,0$, при $p<0,0001$), более выраженной в контрольной группе. Соответственно, подросткам с БА на неосознаваемом уровне свойственно компенсировать проблемную сферу (здоровье, социальную активность, межличностное взаимодействие) развитием других сфер, что в целом является адаптивным поведением, а также перенаправлять негативные чувства с объекта, ставшего причиной их развития (например, матери), на другие объекты (например, прародители или сибсы). При этом им не свойственно приписывать другим свои негативные черты, что чаще используется их здоровыми сверстниками.

Результаты исследования копинг-стратегий представлены на рисунке 5. В клинической группе ведущими копинг-стратегиями являются стратегия «принятие ответственности» (64,3), «планирование решения проблемы» (61,6) и «поиск социальной поддержки» (57,1). В контрольной группе наряду с теми же типами совладающего поведения также преобладают «бегство-избегание» (60,6) и «самоконтроль» (57,7).



Рисунок 5 - Результаты исследования стратегий совладающего поведения

DOI: <https://doi.org/10.23670/IRJ.2022.123.44.5>*Примечание: * - значимые различия*

При сравнении подростков двух групп были выявлены достоверно значимые различия по критерию Манна-Уитни. Они приходятся на стратегию «самоконтроль» ($U=66,0$, при $p=0,0001$) и стратегию «бегство-избегание» ($U=79,0$, при $p=0,001$). Обе стратегии значимо меньше выражены у подростков с бронхиальной астмой и больше – у здоровых подростков. Соответственно, можно говорить о том, что на сознательном уровне при выборе поведения в трудной ситуации подростки с БА не склонны жестко контролировать свои эмоциональные переживания и могут выражать их в вербальной форме либо в форме приступа удушья, также они не склонны ждать, пока проблемы разрешатся сами собой.

Проведение однофакторного дисперсионного анализа при выборе пола подростков клинической группы влияющим фактором были получены различия между мальчиками и девочками по следующим шкалам:

- психическая защита «отрицание» у девочек выражена больше, чем у мальчиков ($F=4,125$, при $p=0,052$);
- психическая защита «регрессия» у девочек выражена больше, чем у мальчиков ($F=6,496$, при $p=0,017$);
- психическая защита «проекция» у девочек выражена больше, чем у мальчиков ($F=18,95$, при $p=0,0001$);
- позитивный интерес со стороны матери по отношению к девочкам выше, чем по отношению к мальчикам ($F=7,958$, при $p=0,009$);
- враждебность со стороны матери девочкам испытывают больше, чем мальчики ($F=6,674$, при $p=0,015$);
- копинг-стратегия «принятие ответственности» у девочек выражена больше, чем у мальчиков ($F=6,497$, при $p=0,017$).

Таким образом, можно говорить о том, что у девочек с БА отмечается большая напряженность таких незрелых психических защит, как отрицание, регрессия, проекция и эффективной копинг-стратегии «принятие ответственности», чем у мальчиков с БА, а также они испытывают более выраженный позитивный интерес, но и враждебность со стороны матерей. Возможно, это связано с более высокой эмоциональностью девочек, оказывающей влияние на их восприятие ситуаций и реакции, но также можно предполагать, что адаптивные возможности у девочек с БА несколько ниже, чем у мальчиков.

При выборе критерия полноты семьи значимого влияния данного фактора на другие переменные не выявлено.

Обсуждение

В основании данного исследования лежало предположение о том, что факторами, способствующими прогрессированию бронхиальной астмы у подростков, являются дисгармоничные детско-родительские отношения и связанные с ними неэффективные способы поведения в стрессе.

Нами было выявлено, что матери подростков с БА значительно реже, чем матери здоровых подростков, демонстрируют одобряющее поведение, дружеский способ общения и положительные эмоции при взаимодействии с ребенком, а также некоторое потворствование и гиперопеку, которые дети ожидают от матерей. Отцы подростков с БА значительно реже, чем отцы здоровых подростков, демонстрируют психологическое принятие, доверие, здравый смысл и авторитет без применения подавления, а также уверенность, теплоту и открытость при взаимодействии. Эти данные согласуются с результатами исследований других авторов, приведенными в литературном обзоре.

Также было установлено, что для подростков с бронхиальной астмой характерно расширение состава семьи за счет дальних родственников, бабушек и дедушек, сам большой подросток является центром семьи, но симбиотических отношений, часто характерных для таких семей, не выявлено.

Изучение стрессовладеющего поведения подростков с БА показало, что в основном они используют зрелые типы психических защит, а также эффективные копинг-стратегии. Подросткам с БА на неосознаваемом уровне свойственно компенсировать проблемную сферу (здоровье, социальную активность, межличностное взаимодействие) развитием других сфер, что в целом является адаптивным поведением, а также перенаправлять негативные чувства с объекта, ставшего причиной их развития (например, матери), на другие объекты (например, прародители или сибсы). При этом им несвойственно приписывать другим свои негативные черты, что чаще используется их здоровыми сверстниками. На сознательном уровне при выборе поведения в трудной ситуации подростки с БА не склонны жестко контролировать свои эмоциональные переживания и могут выражать их в вербальной форме либо в форме приступа удушья, также они не склонны ждать, пока проблемы разрешатся сами собой.

Эти данные входят в противоречие с результатами других авторов, что может быть связано как с наличием установочного поведения и желания выглядеть более взрослыми и ответственными в глазах психолога, так и с более быстрым взрослением и принятием ответственности вследствие хронического заболевания.

Заключение

Выводы:

1. Матери подростков с бронхиальной астмой значительно реже, чем матери здоровых подростков, демонстрируют одобряющее поведение, дружеский способ общения и положительные эмоции при взаимодействии с ребенком, а также некоторое потворствование и гиперопеку, которые дети ожидают от матерей.

2. Отцы подростков с бронхиальной астмой значительно реже, чем отцы здоровых подростков, демонстрируют психологическое принятие, доверие, здравый смысл и авторитет без применения подавления, а также уверенность, теплоту и открытость при взаимодействии.

3. Подростки с бронхиальной астмой в связи с заболеванием получают исключительное внимание всех членов семьи, включая в ее состав даже не очень близких родственников, но при этом они не принимают решений в своей семье и не имеют симбиотической привязанности к близким.

4. Подросткам с бронхиальной астмой на неосознаваемом уровне свойственно компенсировать проблемную сферу (здоровье, социальную активность, межличностное взаимодействие) развитием других сфер, а также перенаправлять негативные чувства с объекта, ставшего причиной их развития (например, матери), на другие объекты (например, прародители или сибсы).

5. На сознательном уровне при выборе поведения в трудной ситуации подростки с бронхиальной астмой не склонны жестко контролировать свои эмоциональные переживания и могут выражать их в вербальной форме либо в форме приступа удушья, также они не склонны ждать, пока проблемы разрешатся сами собой.

Конфликт интересов

Не указан.

Рецензия

Все статьи проходят рецензирование. Но рецензент или автор статьи предпочли не публиковать рецензию к этой статье в открытом доступе. Рецензия может быть предоставлена компетентным органам по запросу.

Conflict of Interest

None declared.

Review

All articles are peer-reviewed. But the reviewer or the author of the article chose not to publish a review of this article in the public domain. The review can be provided to the competent authorities upon request.

Список литературы / References

1. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология: практическое руководство / В.Д. Менделевич – М.: МЕДпресс, 2005. – 426 с.
2. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика: Новейший справочник / И.Г. Малкина-Пых – М.: Эксмо, 2003. – 992 с.
3. Федосеев Г.Б. Бронхиальная астма как способ психологической адаптации к микросоциальной среде. / Г.Б. Федосеев, С.Ю. Куприянов // Терапевтический архив. – 1985. – № 5(75). – с. 31-36.
4. Проворотов В.М. Взаимосвязи психологического и иммунологического статуса у больных бронхиальной астмой с алекситимией. / В.М. Проворотов, С.Г. Морозов, О.В. Камплицкая // Пульмонология. – 2006. – № 2. – с. 88-91.
5. Воронина С.Н. Материнское отношение как фактор развития соматического заболевания у детей. / С.Н. Воронина // Ярославский педагогический вестник. – 2014. – Vol. 2. – № 2. – с. 100-106.
6. Горская Е.А. Особенности эмоционального реагирования детей и подростков, страдающих бронхиальной астмой. / Е.А. Горская // Вестник Балтийской педагогической академии. – 2005. – № 61. – с. 33-41.
7. Сержанова З.Р. Психологические особенности копинг-стратегии при психосоматических расстройствах / З.Р. Сержанова, Н.А. Пушкаева, П.А. Шаглин // International Journal of Medicine and Psychology. – 2020. – № 3(3). – с. 7-11.
8. Федотова С.А. Социально-психологические факторы, обеспечивающие подросткам с дисплазией соединительной ткани высокий уровень адаптированности. / С.А. Федотова // Медицинская психология в России. – 2015. – № 2. – с. 10.
9. Ярославская М.А. Психологические стратегии адаптации к заболеванию больных с хроническими неспецифическими заболеваниями легких: автореф. дисс. ... к.п.н.: 19.00.04 / М.А. Ярославская. – Москва, 2011. – 30 с.
10. Ameri F. Comparison of Early Maladaptive Schemas and Defense Styles in Asthmatic, Alexithymic and Normal Subjects / F. Ameri, B. Bayat, K. Zohreh // Practice in clinical psychology. – 2014. – № 2 (1). – p. 51-57
11. Kotrotsiou E. Anxiety and depression in teenagers and young adults with asthma / E. Kotrotsiou et al. // Health Science Journal. – 2011. - Vol. 5. – №. 3. – P. 229-236.

Список литературы на английском языке / References in English

1. Mendelevich V.D. Klinicheskaya i medicinskaya psixologiya: prakticheskoe rukovodstvo [Clinical and Medical Psychology: a practical guide] / V.D. Mendelevich – M.: MEDpress, 2005. – 426 p. [in Russian]
2. Malkina-Py'x I.G. Psixosomatika: Novejshij spravochnik [Psychosomatics: The Latest Reference Book] / I.G. Malkina-Py'x – M.: E'ksmo, 2003. – 992 p. [in Russian]
3. Fedoseev G.B. Bronxial'naya astma kak sposob psixologicheskoy adaptacii k mikrosocial'noj srede [Bronchial asthma as a way of psychological adaptation to a microsocial environment]. / G.B. Fedoseev, S.Yu. Kupriyanov // Terapevticheskij arxiv [Therapeutic Archive]. – 1985. – № 5(75). – p. 31-36. [in Russian]
4. Provorotov V.M. Vzaimosvyazi psixologicheskogo i immunologicheskogo statusa u bol'ny'x bronxial'noj astmoj s aleksitimiej [Interrelations of psychological and immunological status in patients with bronchial asthma with alexithymia]. / V.M. Provorotov, S.G. Morozov, O.V. Kampliczkaya // Pul'monologiya [Pulmonology]. – 2006. – № 2. – p. 88-91. [in Russian]
5. Voronina S.N. Materinskoe otnoshenie kak faktor razvitiya somaticheskogo zabolevaniya u detej [Maternal attitude as a factor in the development of somatic disease in children]. / S.N. Voronina // Yaroslavskij pedagogicheskij vestnik [Yaroslavl Pedagogical Bulletin]. – 2014. – Vol. 2. – № 2. – p. 100-106. [in Russian]
6. Gorskaya E.A. Osobennosti e'mocional'nogo reagirovaniya detej i podrostkov, stradayushhix bronxial'noj astmoj [Features of emotional response of children and adolescents suffering from bronchial asthma]. / E.A. Gorskaya // Vestnik Baltijskoj pedagogicheskoy akademii [Bulletin of the Baltic Pedagogical Academy]. – 2005. – № 61. – p. 33-41. [in Russian]
7. Serzhanova Z.R. Psixologicheskie osobennosti koping-strategii pri psixosomaticheskix rasstrojstvax [Psychological features of the coping strategy in psychosomatic disorders] / Z.R. Serzhanova, N.A. Pushkaeva, P.A. Shaglinov // International Journal of Medicine and Psychology. – 2020. – № 3(3). – p. 7-11. [in Russian]
8. Fedotova S.A. Social'no-psixologicheskie faktory', obespechivayushhie podrostkam s displaziej soedinitel'noj tkani vy'sokij uroven' adaptirovannosti [Socio-psychological factors that provide adolescents with connective tissue dysplasia with a high level of adaptability]. / S.A. Fedotova // Medicinskaya psixologiya v Rossii [Medical Psychology in Russia]. – 2015. – № 2. – p. 10. [in Russian]
9. Yaroslavskaya M.A. Psychological strategies of adaptation to the disease of patients with chronic nonspecific lung diseases: abstract. diss. ... candidate of ps.n.: 19.00.04 / M.A. Yaroslavskaya. – Moscow, 2011. – 30 p.
10. Ameri F. Comparison of Early Maladaptive Schemas and Defense Styles in Asthmatic, Alexithymic and Normal Subjects / F. Ameri, B. Bayat, K. Zohreh // Practice in clinical psychology. – 2014. – № 2 (1). – p. 51-57
11. Kotrotsiou E. Anxiety and depression in teenagers and young adults with asthma / E. Kotrotsiou et al. // Health Science Journal. – 2011. - Vol. 5. – №. 3. – P. 229-236.