

Psychological characteristics of children of preschool and younger school age with health problems

Romancov M.¹, Silaev A.², Mel'nikova I.³

Психологические особенности детей дошкольного и младшего школьного возраста, имеющих проблемы со здоровьем

Романцов М. Г.¹, Силаев А. А.², Мельникова И. Ю.³

¹Романцов Михаил Григорьевич / Romancov Mikhail - профессор, доктор медицинских наук, кандидат педагогических наук, кафедра педиатрии и детской кардиологии,

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Северо-западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова»,

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Педагогический институт, г. Черняховск, Калининградская область;

²Силаев Алексей Алексеевич / Silaev Aleksey - студент-дипломник, кафедра психологии кризисных и экстремальных ситуаций,

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Санкт-Петербургский государственный университет;

³Мельникова Ирина Юрьевна / Mel'nikova Irina - профессор, доктор медицинских наук, заведующая кафедрой, кафедра педиатрии и детской кардиологии,

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Северо-западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова, г. Санкт-Петербург

Аннотация: в статье охарактеризованы дети дошкольного и младшего школьного возраста, имеющие проблемы со здоровьем. Описаны отличия часто болеющих детей от их здоровых сверстников по ряду психологических характеристик. Выявлена корреляционная связь между типами тревожности, соматическими жалобами, а также отношением к болезни и здоровью у детей младшего школьного возраста.

Abstract: the article described the children of preschool and younger school age with health problems. Describes the differences of sickly children from their healthy peers on several psychological characteristics. A statistically significant correlation between types of anxiety, somatic complaints, and attitude to illness and health in children of primary school age.

Ключевые слова: часто и редко болеющие дети, заболеваемость, психосоматический статус, дошкольный возраст, младший школьный возраст.

Keywords: often and rarely ill children, morbidity, psychosomatic status, preschool age, younger school age.

УДК 616-053.2

Термин часто болеющие дети появился в отечественной медицинской литературе в начале 80-х г. прошлого века. Отечественная педиатрическая служба выделяет эту категорию детей, так как у них значительно чаще выявляются хронические заболевания ЛОР-органов и бронхолегочной системы, тяжелее протекают аллергические заболевания (бронхиальная астма), они склонны и к заболеваниям желудочно-кишечного тракта. В структуре заболеваний часто болеющих детей наиболее значительными являются заболевания ЛОР-органов (от 32 % до 87,3 %), органов пищеварения (от 20 % до 25 %), опорно-двигательного аппарата (от 18,3 % до 28,7 %) и болезни нервной системы (неврозы – 23 %, астенический синдром – 16,4 %, малая мозговая дисфункция – 9,8 %, невротические реакции – 6,5 %). Даже в период клинического благополучия выявляются отчетливые изменения межклеточного взаимодействия в иммунной системе. Выявлена недостаточность резервных возможностей интерфероногенеза, особенно в плане синтеза эндогенных интерферонов, осуществляющих мощную противовирусную защиту и иммунную защиту, что объясняет сохранение вялотекущего воспаления в организме даже при отсутствии клинических признаков заболевания. Такое состояние иммунной системы создает высокий риск развития как местных (бактериальное воспаление на различных уровнях дыхательных путей), так и общих (формирование комплексной иммунной патологии) осложнений. Кроме этого, у детей заболевания дыхательных путей, как правило, смешанные вирусно-бактериальные, в связи с чем детям многократно назначают антибактериальные препараты. Выраженные нарушения микробиоценоза снижают резистентность организма к патогенным возбудителям, поддерживают длительный воспалительный процесс, способствуя развитию хронической интоксикации. В связи со сказанным, помощь часто и длительно болеющим детям должна включать восстановительное (реабилитационное) лечение, санацию местных очагов хронической инфекции и повышение резистентности организма ребенка в целом [1-3].

Приводятся данные [4-8], указывающие на отличия часто болеющих детей от их здоровых сверстников по ряду психологических характеристик. Так, им свойственны выраженная тревожность, боязливость, неуверенность в себе, быстрая утомляемость, зависимость от мнения окружающих (прежде всего от мнения матери). Они могут подолгу быть заняты одной и той же игрушкой, обходясь без общения с другими детьми, однако им необходимо присутствие рядом матери, от которой они не отходят ни на шаг.

Плохое самочувствие, ограничение движений, тяжелое и длительное лечение приводят к развитию эмоционального беспокойства, нарушению сна, высокой тревожности, депрессивным и регрессивным реакциям.

С точки зрения субъективной картины болезни, для часто болеющих детей характерно амбивалентное (биполярное) отношение к ней. Так, большинство детей понимает, что болезнь им мешает: нельзя ходить в гости, на улицу, нужно лечиться, принимать лекарства, иногда даже можно попасть в больницу. Но на подсознательном уровне болезнь для них более привлекательна, чем здоровье: она «выгодна» ребенку, потому что дает ему возможность приблизиться к матери, получить некоторую эмоциональную поддержку в виде заботы и внимания. Основная часть часто болеющих детей полагает, что во время болезни их будут жалеть, больше обращать внимание и заботиться о них.

Для больного ребенка старшего дошкольного возраста характерны изменения в отношении ведущего вида деятельности – сюжетно-ролевой игры, что оказывает крайне негативное влияние на освоение ребенком собственного внутреннего мира, мешает психологической борьбе ребенка с ситуацией болезни. Если говорить о поведении, то оно изменяется, часто становится «трудным» для окружающих его взрослых. Ситуация болезни, являясь тяжелой психической травмой, может не только активизировать его компенсаторный потенциал психики, но и разрушительно воздействовать на нее.

Для часто болеющих детей характерно приписывание себе отрицательных эмоций, таких как горе, страх, гнев и чувство вины. Кроме того, ярко выражена тревожность, неуверенность в себе, зависимость от чужого мнения. У больного ребенка формируется негативное представление о собственной личности, отмечается неустойчивая оценка болезни, нарастание пессимизма и депрессивности, изменяется иерархия мотивов, снижается их побудительная сила. Изменение социальной ситуации развития приводит к задержке развития личности – инфантилизму. В дошкольном возрасте у часто болеющих детей более чем у их здоровых сверстников выражена тенденция к адекватной самооценке, но она во многом зависит от типа семейного воспитания. Основная направленность желаний часто болеющих детей обращена на предотвращение болезненных симптомов и избегание страданий, в то время как у их здоровых сверстников преобладают желания, направленные на преобразование окружающей среды и на взаимодействие с другими людьми [5].

Кроме того, существуют специфические особенности межличностного взаимодействия и деятельности часто болеющего ребенка, такие как: ограниченность круга общения больного ребенка, объективная зависимость от взрослых (родителей, педагогов), стремление получить от них помощь. Особое влияние оказывает преобладание симбиотического, симбиотически-авторитарного, привязывающе-подавляющего стилей родительского отношения к ребенку. Родители фиксируют внимание ребенка на болезненных проявлениях, вводя различные запреты и ограничения; наблюдается скованность, замкнутость детей; они менее контактны и общительны; утрачивается непосредственность общения со взрослыми и детьми, нет радости от совместных игр и развлечений; нередки случаи отказа от выполнения режима дня, неподчинения старшим, упрямства; ограничена игровая деятельность (ее возможности и проявления) и, как следствие – двигательная потребность ребенка [5, 9].

При изучении психологического компонента структурного аттрактора болезней часто болеющих детей установлено, что наиболее распространённой патологией среди обследованных детей младшего школьного возраста являются заболевания системы пищеварения (18,9 %), аллергические заболевания, составляющие 16,7 % от всех обследованных детей этой возрастной группы. Уровень общей тревожности значительно выше у часто болеющих младших школьников, чем у здоровых. Также тревога, приводящая к снижению психической активности, и тревога, приводящая к вегетативным реакциям, у часто болеющих младших школьников выше, чем у здоровых. Для часто болеющих детей младшего школьного возраста в структуре социально-психологических факторов на первый план выходят признаки астенического реагирования, проявляющиеся самоизоляцией, психосоматическими жалобами, тревожно-депрессивной окраской настроения, нарушениями внимания [10].

Нами проведено психологическое обследование 78 учащихся третьих и четвёртых классов в возрасте от 9 до 11 лет, что соответствует «младшему школьному возрасту» в общепринятых возрастных периодизациях. Использован комплекс методик, состоящий из четырёх тестов: «Шкала личностной тревожности» в модификации А. М. Прихожан (форма А для школьников 10-12 лет); «Незаконченные предложения» И. К. Шаца и В. Е. Кагана; Гиссенский опросник соматических жалоб; «Диагностика самооценки» Дембо-Рубинштейна в адаптации А. М. Прихожан. Статистическая обработка результатов производилась в программе IBM SPSS Statistics 21 for Windows x64 (© IBM Corporation and others, 2012). Методы: частотный анализ; критерий U-Манна-Уитни для независимых выборок (проверка на наличие статистически достоверных различий); корреляционный анализ. Перед началом исследования ученики разделены на две группы с учётом индекса резистентности, вычисляемого по формуле, где J – индекс резистентности, число серийных заболеваний – общее количество продолжительных (более недели) болезней в течение 1 года (12 месяцев). Индекс резистентности у часто болеющих детей выше 1, согласно установленным нормативам, а у «редко болеющих» - 0,4-0,49 [2]. I группа – часто болеющие дети (ЧБД) - составила 22 человека; II группа – редко болеющие дети (РБД) - 56 человек. Среди младших школьников ЧБД выявляется меньше, чем среди дошкольников, что и подтвердилось незначительным количеством ЧБД в выборке [7, 11].

Целью исследования явилось выявление психологических трудностей среди наблюдаемых детей, их влияние на частоту заболеваемости.

Актуальность исследования обусловлена тем, что психосоматические расстройства наблюдаются у большинства (80 %) заболеваний. Взаимосвязь соматической заболеваемости детей младшего школьного возраста и психологических трудностей, влияющих на заболеваемость, практически не раскрыта [4].

На основе проведенного частотного анализа с группировкой отметок по нормам методик, мы отметили значительные сходства и небольшие различия между детьми двух наблюдаемых групп.

Выявленные сходства. Дети обеих групп имеют низкий уровень магической тревожности (50 % у ЧБД и 37,5 % у РБД); имеют позитивное/нейтральное представление о здоровье (81,8 % у ЧБД и 91,1 % у РБД), что свидетельствует об их адекватном представлении о здоровье как о важной жизненной ценности. Дети в большинстве имеют позитивное/нейтральное представление о болезни (45,6 % у ЧБД и 50 % у РБД), что можно трактовать как принятие детьми болезни как должного жизненного события. Дети в обеих группах имеют отношение к болезни с малой долей негативных переживаний (59,1 % у ЧБД и 48,2 % у РБД), объясняемое как адекватное отношение к лечению, с нежеланием посещать врачей, их боязнью, боязнью различных процедур, острое нежелание болеть, боязнь не вылечиться, боязнь ухудшений. Однако редко болеющим детям, наравне с малой долей негативных переживаний, свойственно относиться к болезни с повышенной долей переживаний (32,1 %).

Дети имеют позитивное/нейтральное представление о будущем (81,8 % у ЧБД и 80,4 % у РБД), что свидетельствует о наличии ярких и положительных перспектив в планировании своей дальнейшей жизни. Семьи детей обеих групп имеют позитивное/нейтральное отношение к болезни своего ребёнка (59,1 % у ЧБД и 50 % у РБД %), что расценивается нами, как адекватное отношение к заболеванию с последовательным лечением и выздоровлением ребёнка.

Среди наблюдаемых детей жалобы на дискомфорт со стороны желудочно-кишечного тракта предъявляли 91 % детей из группы часто болеющих и 80,3 % из группы редко болеющих детей. Жалобы на дискомфорт в области сердечно-сосудистой системы указывали 81,9 % детей из группы часто болеющих и 84 % из группы редко болеющих детей. Жалобы суставного характера выявлены у 59 % у детей из группы часто болеющих и у 57,1 % детей, редко болеющих.

Общий уровень притязания достигает очень высокого значения у детей обеих групп (45,9 % у ЧБД и 48,3 % у РБД), что характеризуется как нереалистичное представление об идеальном «Я». Общий уровень самооценки достигает высокого значения также у детей обеих групп (40,8 % у ЧБД и 34 % у РБД), что символизирует, адекватное оценивание себя и своих возможностей. Общий уровень оценки от лица родителей достигает очень высокого значения у детей обеих групп (45,2 % у ЧБД и 50,3 % у РБД), что можно объяснить как интеграцию видения идеального себя с отношением семьи к ребёнку на фоне доверительной и благоприятной взаимосвязи ребёнка с семьёй при отсутствии внутрисемейных проблем.

Высокий уровень притязания отмечен по шкале «Ум, способности» у ЧБД и РБД (54,8 % и 68 % соответственно), уровень самооценки (40,7 % и 32,4 % соответственно) и родительская оценка (38,9 % и 46 % соответственно). По шкале «Характер» ЧБД и РБД имеет очень высокий уровень притязания 40,9 % и 50,1 % детей наблюдаемых групп, соответственно, уровень самооценки (58,8 % и 37,6 % соответственно) и оценку от лица родителей (50,3 % и 53,8 % соответственно). По шкале «Авторитет у сверстников» ЧБД и РБД имеют высокий уровень притязания (36,4 % и 42,4 % соответственно) и оценку от лица родителей (49,7 % и 44,3 % соответственно), на фоне низкой самооценки (41,3 % и 28,8 % соответственно). По шкале «Умение многое делать своими руками» у обеих групп очень высокие уровень притязания (72,6 % у ЧБД и 66,2 % у РБД), уровень самооценки (49,8 % у ЧБД и 60,4 % у РБД) и оценка родителей (49,9 % у ЧБД и 59,2 % у РБД).

По шкале «Внешность» дети обеих групп с высоким уровнем притязания (59,1 % у ЧБД и 60,8 % у РБД), уровнем самооценки (40,7 % у ЧБД и 52 % у РБД) и оценки родителей (63,9 % у ЧБД и 74,8 % у РБД). По шкале «Уверенность в себе» детям обеих групп характерен очень высокий уровень притязания (63,5 % у ЧБД и 57,3 % у РБД), самооценки (63,4 % у ЧБД и 46,1 % у РБД).

Выявленные различия обусловлены тем, что часто болеющим детям характерен низкий уровень школьной тревожности (63,8 %), в то время, как редко болеющим – средний уровень (46,4 %). Отмечен и низкий уровень самооценочной тревожности (59,1 %) у детей из группы часто болеющих, а у редко болеющих детей наблюдали высокий уровень (37,4 %). У часто болеющих детей отмечен низкий уровень межличностной тревожности (50 %), а у редко болеющих – высокий уровень (46,4 %). Часто болеющие дети в целом имели низкий уровень общей тревожности (50 %), тогда как редко болеющие дети – средний уровень (50 %).

Часто болеющие дети относятся к госпитализации с повышенными негативными переживаниями (36,4 %), чем редко болеющие, относящиеся к пребыванию в лечебных учреждениях с малой долей негативных переживаний (41,2 %).

С помощью критерия U-Манна-Уитни для независимых выборок статистически достоверные различия (при $p \leq 0,05$) обнаружены по 4 исследуемым шкалам из 37: «Школьная тревожность» ($p=0,003$), «Самооценочная тревожность» ($p=0,012$), «Межличностная тревожность» ($p=0,025$) и «Общая тревожность» ($p=0,014$).

Корреляционный анализ показал, что тревожность тесно связана с соматическими жалобами и

отношением к здоровью и болезни. Самооценка, уровень притязания и оценка от лица родителей имеет в основном обратные связи с тревожностью, соматическими жалобами и отношением к здоровью и болезни.

Несмотря на предпринимаемые со стороны медицины меры по укреплению и сохранению здоровья часто болеющих детей, проблемы, связанные с развитием и социализацией их личности, остаются достаточно острыми. Состояние здоровья детей не может рассматриваться без учета процессов адаптации, которая представляет собой приспособление организма, личности, их систем к характеру отдельных воздействий или к изменившимся условиям жизни в целом. Вопрос адаптации часто болеющих детей к условиям образовательного учреждения является достаточно острым, поскольку поступление ребенка в детский сад и адаптация к нему являются факторами риска в возникновении заболеваний. Это обуславливает необходимость грамотного психолого-педагогического и медицинского сопровождения адаптации часто болеющих детей. Семья является главным инструментом социализации ребенка, поскольку именно родители — главные социальные партнеры ребенка, обеспечивают его готовность к взаимодействию в социальной среде и адаптацию в ней. В связи с этим [13-14] предпринята попытка выявления специфики адаптации часто болеющих детей к дошкольному образовательному учреждению в связи с особенностями их психосоматического статуса и родительского отношения к ним. Часто болеющих детей (в сравнении со здоровыми) отличают более низкие показатели активности поведения, ритмичности нервных процессов, *адаптивности*, но высока интенсивность реакций, внимание. Выявлена прямая значимая корреляционная связь показателей готовности к дошкольному образовательному учреждению и адаптации с ритмичностью, настроением, порогом чувствительности, адаптивностью у детей обеих исследуемых групп. При определении специфики родительского отношения к детям выявлено, что преобладающим отношением матерей к часто болеющим детям является симбиоз и инфантилизация, у матерей здоровых дошкольников преобладает кооперация. Доминирующими типами отцовского отношения к часто болеющим детям являются авторитарная гиперсоциализация и инфантилизация. У отцов здоровых дошкольников преобладающими типами родительского отношения являются *кооперация* и авторитарная гиперсоциализация. Полученные результаты указывают на преобладание неэффективного родительского отношения к часто болеющему ребенку. Матерям и отцам здоровых детей более свойственно отношение к ребенку по типу кооперация. В этом случае родители обладают общей положительной установкой по отношению к ребенку, стараются быть с ним на равных, принимают его, что говорит об эффективности родительского отношения к здоровым детям. Тесную положительную корреляционную связь имеет эффективное материнское отношение (кооперация) с выраженностью таких показателей готовности, как: навыки опрятности, нервно-психическое развитие, игровая и познавательная активность, уверенность в себе, инициативность в общении со взрослыми и сверстниками и показателями адаптации: аппетит, сон, эмоциональное состояние, социальные контакты; обратная корреляционная связь выявлена между кооперацией и заболеваемостью как часто болеющего, так и здорового ребенка. Неэффективные типы родительского отношения (инфантилизация, симбиоз) имеют наиболее значимую тесную прямую корреляционную связь с такими показателями готовности к ДООУ, как привязанность к взрослому (как у часто болеющих, так и у здоровых детей) и показателями адаптации: заболеваемость, длительность адаптации; обратную корреляционную связь с показателями готовности: уверенность в себе, инициативность в общении со сверстниками и с показателями адаптации: аппетит, сон, эмоциональное состояние, социальные контакты. У здорового ребенка при авторитарной гиперсоциализации со стороны отца увеличивается заболеваемость. Это можно объяснить неоднозначностью данного типа отцовского отношения, с одной стороны, отец выступает неким связующим звеном между узким внутрисемейным окружением и внешним миром, тем самым предъявляет высокие социальные требования к ребенку, с другой стороны, эти требования могут быть чрезмерно завышенными, препятствующими нормальной активности ребенка, проявлению самостоятельности. Наиболее значимо в период адаптации ребенка материнское отношение к нему, что можно объяснить некоторой «отстраненностью» отца в силу социально-экономических условий и более тесным взаимодействием ребенка с матерью [6, 13, 14].

Для обеспечения благоприятной адаптации часто болеющих детей предложены коррекционно-развивающие программы [13-14], с целью обеспечения благоприятной адаптации часто болеющих детей в образовательном учреждении посредством оптимизации родительского отношения к ним и подготовки детей к деятельности в новой среде. Основные направления программы включают: оптимизацию родительского отношения к часто болеющему ребенку посредством информационно-просветительской работы и тренинговых занятий с родителями; подготовку ребенка к посещению образовательного учреждения через совместную с родителем деятельность в новой среде, посредством игровых занятий с детско-родительскими парами. В рамках занятий происходило принятие ребенком правил новых условий жизни, условия разлуки с близкими взрослыми, установление ритуалов прощания с ребенком через трансляцию их родителем, снятие эмоционального напряжения, развитие игровых и коммуникативных навыков, становление доверия к новому социальному окружению. Результаты контрольного среза выявили положительные изменения специфики адаптации часто болеющих детей экспериментальной группы и родительского отношения к ним: повысились показатели аппетита, сна, настроения, инициативности в общении со сверстниками и взрослыми, уверенности в себе, при этом снизилась аффективная привязанность к взрослому; отмечено повышение показателей адаптации: аппетит; сон; эмоциональное состояние;

социальные контакты и их стабилизация, снизилась заболеваемость и уменьшилась длительность адаптационного периода. В контрольной выборке положительные изменения менее существенны.

Контроль состояния здоровья детей, осуществляемый в течение полугода после реализации коррекционно-развивающей программы, позволил выявить позитивные изменения: снижение частоты заболеваемости (46 % детей в течение года не болели совсем; 34 % детей болели значительно реже); уменьшение длительности периода выздоровления (длительность заболеваний составляла от 3–5 дней); отсутствие осложнений после перенесенного заболевания.

Интересно то, что с точки зрения субъективной картины болезни для часто болеющих детей характерно амбивалентное (биполярное) отношение к ней. Так, большинство детей понимает, что болезнь им мешает: нельзя ходить в гости, на улицу, нужно лечиться, принимать лекарства, иногда даже можно попасть в больницу. Но на подсознательном уровне болезнь для них более привлекательна, чем здоровье: она «выгодна» ребенку, потому что дает ему возможность приблизиться к матери, получить некоторую эмоциональную поддержку в виде заботы и внимания. Основная часть часто болеющих детей полагают, что во время болезни их будут жалеть, больше обращать внимание и заботиться о них.

Для часто болеющего ребенка старшего дошкольного возраста характерны изменения в отношении ведущего вида деятельности – сюжетно-ролевой игры, что оказывает крайне негативное влияние на освоение ребенком собственного внутреннего мира, мешает психологической борьбе ребенка с ситуацией болезни [4].

К особенностям познавательной деятельности группы часто болеющих старших дошкольников можно отнести: истощаемость психической деятельности, которая проявляется в значительном снижении показателей умственной работоспособности; трудности переключения внимания; снижение продуктивности воспроизведения; снижение продуктивности внимания; уменьшение уровней развития творческого воображения; уменьшение объема произвольной зрительной памяти; большую эмоциональность, выразительность монологической речи, но меньшую самостоятельность, полноту и логическую последовательность [5].

Таким образом, среди особенностей развития личности часто болеющего ребенка выделить приписывание себе отрицательных эмоций, таких как горе, страх, гнев и чувство вины. Выражена тревожность, неуверенность в себе, зависимость от чужого мнения. У больного ребенка формируется негативное представление о собственной личности, отмечается неустойчивая оценка болезни, нарастание пессимизма и депрессивности, изменяется иерархия мотивов, снижается их побудительная сила. Основная направленность желаний часто болеющих детей обращена на предотвращение болезненных симптомов и избегание страданий, в то время как у их здоровых сверстников преобладают желания, направленные на преобразование окружающей среды и на взаимодействие с другими людьми [5, 6].

Часто болеющие дети младшего школьного возраста обладают низкими уровнями школьной, самооценочной, межличностной, магической и общей тревожностей, в сравнении с редко болеющими детьми. У детей обеих групп не выявлено видимых и статистических различий по интенсивности соматических жалоб. Для часто болеющих, как и для редко болеющих, наиболее характерно наличие жалоб на дисфункцию со стороны желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы и «ревматических» жалоб.

Часто и редко болеющие дети имеют очень высокий уровень притязания, символизирующий нереалистичное представление об идеальном «Я», и высокую самооценку, означающую адекватную оценку себя и своих возможностей.

Дети обеих групп дают очень высокую оценку себе от лица родителей, сопоставимую с уровнем притязания, т. е. идеальным «Я», вследствие чего мы можем предположить, что родители видят своих детей идеальными при благоприятном психологическом климате в семье.

Ум и способности, характер, умение многое делать своими руками, внешность и уверенность в себе дети обеих групп оценивают очень высоко со всех трёх позиций. Однако авторитет у сверстников у детей обеих групп очень высок, как и от лица родителей, а с позиции самооценки – низкие.

Выявлена прямая корреляционная связь между типами тревожности с соматическими жалобами и отношением к болезни и здоровью. Рост тревожности, негативных переживаний по отношению к заболеваемости никак не взаимосвязан с самооценкой и уровнем притязания.

Низкий уровень тревожности, адекватная высокая самооценка и невероятно очень высокий уровень притязания у наблюдаемых детей указывает на феномен психологической устойчивости детей младшего школьного возраста, что можно подтвердить высокой адекватной самооценкой, согласующейся с высоким уровнем притязания (Я-идеальное) как олицетворение принципа «мне есть к чему стремиться»; пониженной тревожностью. Оптимистическое отношение к жизни, являющееся фактором психологической устойчивости, в целом можно связать с позитивными/нейтральными представлениями о здоровье, о болезни и о будущем, отношением к лечению с малой долей негативных переживаний. О вере в достижимость поставленных целей и осуществление желаний может свидетельствовать высокая самооценка, очень высокий уровень притязания и ожидаемые корреляционные взаимосвязи между отдельными измеряемыми критериями, что можно характеризовать как успешную мотивацию детей к самоулучшению и достижению этой цели [5].

Наряду с психологической устойчивостью, часто болеющим детям свойственно использовать

совладательные стратегии в трудных ситуациях, т. е. копинг-стратегии. Из копинг-стратегий, с учётом полученных результатов исследования, можно отнести поиск социальной поддержки (в семье, среди сверстников, учителей), самоконтроль (низкий уровень тревожности), позитивная переоценка (низкая тревожность, отношения к болезни и здоровью, высокая самооценка), принятие ответственности (ответственность за своё здоровье и жизнь в целом).

Таким образом, у часто болеющих детей имеют место быть психологические защиты. Такие как вытеснение. Тревога, связанная с заболеванием, вытесняется и заменяется на что-либо интересное для ребёнка, что помогает ему «не вспоминать» о болезни. Рационализация (позитивное/нейтральное представление к болезни указывает на то, что ребёнок воспринимает её как должное, убеждая себя в этом) и, вероятно, сублимация (допускаем, что дети занимаются творчеством, посещают тематические кружки, с помощью чего свою тревогу они переводят в социально одобряемые действия).

Методом предотвращения ухудшения физического здоровья является реабилитация и оздоровление детей при проведении их диспансерного наблюдения. Профилактика снижения частоты заболеваемости возможна только при систематической и комплексной реабилитации, оздоровления с применением медикаментозных средств, лечебной физкультуры и методов физиотерапевтического и психологического воздействия на фоне индивидуального подхода к оздоровлению часто болеющего ребёнка с учётом этиологических и патогенетических механизмов заболевания, а также факторов внешнего окружения [2, 3].

Литература

1. *Безруков К. Ю., Стернин Ю. И.* Часто и длительно болеющий ребенок. Санкт-Петербург. «ИнформМед». 2008. 169 с.
2. *Романцов М. Г., Мельникова И. Ю.* Респираторные заболевания у часто болеющих детей: настольный справочник для врача / Под ред. Ф. И. Ершова - Фармакотерапия. Москва. Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа». 2015. 160 с.
3. *Романцов М. Г., Ершов Ф. И.* Часто болеющие дети. Руководство для врачей Москва. Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа». 2009. 352 с.
4. *Антропов Ю. Ф., Шевченко Ю. С.* Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей и подростков. – М.: Издательство Института Психотерапии, Издательство НГМА, 2000. – 320 с.
5. *Волкова О. Н.* Особенности развития личности часто болеющего ребенка. // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2010. N 2. [Электронный ресурс]. – URL: <http://medpsy.ru>.
6. *Тихонович Т. Ю.* Психосоматический статус часто болеющих детей как фактор их успешной адаптации к дошкольному образовательному учреждению // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика: электрон. науч. журн. – 2015. – N 3 (9) <http://medpsy.ru>.
7. *Михеева А. А.* Психические особенности часто болеющих детей // Автореф. Дисс ... канд. психол. наук. Москва. 1999. 19 с.
8. *Малиновская Н. Д.* Результаты исследования психологического компонента структурного аттрактора болезни школьников Российской Федерации. Психиатрия, т. 6, 2005. [Электронный ресурс]: [/www.medline.ru](http://www.medline.ru).
9. *Великанова Л. П.* Донозологическая диагностика и профилактика пограничных нервно-психических расстройств. Сравнительно-возрастной аспект // Автореф. дисс. ... д. м. н., Москва, 2008.
10. *Малиновская Н. Д.* Результаты исследования психологического компонента структурного аттрактора болезни школьников // Известия РГПУ им. А. И. Герцена, выпуск № 19, том 2, 2006. – с. 113-117.
11. *Макарова З. С., Голубева Л. Г.* «Оздоровление и реабилитация часто болеющих детей в дошкольном учреждении»; М.: «ВЛАДОС», 2004. — 270 с.
12. «Психология здоровья: Учебник для вузов» / Под. ред. Г. С. Никифорова; СПб.: Питер, 2006. – 607 с.
13. *Кравцова Н. А.* Психологическое содержание организационных форм и методов оказания помощи детям и подросткам с психосоматическими расстройствами // Автореф. дисс. ... д. п. н., Томск, 2009.
14. *Сидоркина Т. Ю.* Адаптация часто болеющих детей к дошкольному образовательному учреждению // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2013. – N 3 (20). – [Электронный ресурс]: URL: <http://medpsy.ru>.