

# Отношение к болезни и психологические особенности детей, часто болеющих респираторными заболеваниями

**Горячева Т.Г.,**

*кандидат психологических наук, доцент, РНИМУ им. Н.И. Пирогова; Московский городской психолого-педагогический университет, Москва, Россия, goriatcheva\_tg@mail.ru*

**Кофанова Е.Б.,**

*клинический психолог, Московский городской психолого-педагогический университет, Москва, Россия, ekofanova@mail.ru*

---

Данная статья посвящена результатам исследования отношения к болезни у детей старшего дошкольного возраста, часто болеющих острыми респираторными заболеваниями, их психологических особенностей и сравнению результатов с данными, полученными в группе здоровых сверстников. В исследовании приняли участие 59 детей возраста 6–7 лет, среди них 30 детей, болеющих острыми респираторными заболеваниями более пяти раз в год, и 29 здоровых детей. На основании полученных данных выявлены два типа отношения к болезни у группы часто болеющих дошкольников (амбивалентное и индифферентное) и два типа отношения к болезни у контрольной группы (отрицательное, амбивалентное). Получены взаимосвязи между уровнем тревожности и типом отношения к болезни в группе детей, часто болеющих острыми респираторными заболеваниями, а также между сформированностью ортобиоза у группы часто болеющих детей и детей контрольной группы.

**Ключевые слова:** отношение к болезни, уровень тревожности, старший дошкольный возраст, ортобиоз, острые респираторные заболевания.

---

**Для цитаты:**

Горячева Т.Г., Кофанова Е.Б. Отношение к болезни и психологические особенности детей, часто болеющих респираторными заболеваниями [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2016. Том 5. № 1. С. 45–60. doi: 10.17759/psyclin.2016050104

**For citation:**

Goryacheva, T.G., Kofanova, E.B. The Attitude to the Disease and Psychological Characteristics of Children Prone to Respiratory Infections [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia], 2016, vol. 5, no. 1, pp. 45–60. doi: 10.17759/psycljn.2016050104 (In Russ., abstr. in Engl.)

## Введение

В последние десятилетия наблюдается увеличение числа детей, страдающих частыми инфекциями верхних дыхательных путей и отсутствие положительной динамики в улучшении здоровья дошкольников. Среди нозологии, встречаемой у детей дошкольного возраста, острые респираторные заболевания (ОРЗ) выходят на первое место. По сведениям Федерального центра гигиены и эпидемиологии, заболеваемость острыми инфекциями верхних дыхательных путей у детей до 14 лет с 2012 по 2013 год увеличилась на 6,2% [19]. Дети дошкольного возраста, которые болеют респираторными заболеваниями более четырех раз в год, относятся к категории часто болеющих детей (ЧБД) [1]. Они составляют самую большую группу детей, нуждающихся в медицинской и психологической поддержке.

Данная проблема в основном рассматривается в медицинском контексте с точки зрения медико-физиологических аспектов ЧБД [1]; [9]; [13]; [14]. По данным многих исследователей, медицинского подхода к этой проблеме недостаточно, так как необходимо принимать во внимание психологический аспект и рассматривать соматический статус часто болеющего ребенка как результат взаимодействия биологических, социальных и психологических факторов [2]; [3]; [5]; [8]; [10]; [15]; [18]; [20]. По мнению многих специалистов, любое соматическое заболевание приводит к формированию особой социальной ситуации развития ребенка, которая у часто болеющих детей будет формироваться на фоне ограничения двигательной, познавательной и социальной активности ребенка, повышать уровень тревожности [3]; [4]; [5]; [12]; [15]; [16]. Как известно, тревожность в старшем дошкольном возрасте может являться как причиной частых заболеваний, так и их следствием из-за измененной социальной ситуации развития.

Рядом авторов было показано, что часто болеющим детям свойственно амбивалентное отношение к болезни. На сознательном уровне болезнь воспринимается как нечто негативное, ограничивающее деятельность, но при этом на неосознаваемом эмоциональном уровне болезнь более привлекательна, чем здоровье, потому что дает ребенку возможность удовлетворения своих психологических потребностей в эмоциональном контакте с матерью [3]; [15]. Другие исследования показали, что дети дошкольного и младшего школьного возраста сливаются с болезнью чувственно и эмоционально, воспринимая все симптомы как принадлежащие им самим, не противопоставляя болезнь и свое Я. То есть в каком-то отношении они «живут в болезни».

В связи с ростом числа детей дошкольного возраста с частыми эпизодами ОРЗ и неоднозначным отношением к состоянию болезни была поставлена задача исследовать отношение к болезни у таких детей и их эмоционально-личностные особенности (а именно тревожность).

### **Цель и задачи исследования**

*Целью* исследования явилось выявление специфики отношения к болезни у часто болеющих детей дошкольного возраста в зависимости от индивидуально-психологических характеристик.

Для достижения цели необходимо было решить следующие *задачи*:

1. исследовать отношение к болезни у часто-болеющих детей и контрольной группы условно здоровых детей.
2. выявить специфику отношения к болезни у детей, часто болеющих ОРЗ.
3. Определить взаимосвязь между психологическими особенностями часто болеющих детей и их отношением к болезни.

### **Эмпирическая база**

Исследования проводились на базе дошкольного структурного подразделения комбинированного вида с ортопедическими и ясельными группами №1 ГБОУ Гимназии № 1529 г. Москвы в 2013–2015 годах.

В исследовании приняли участие 59 детей старшего дошкольного возраста (от 6 до 7 лет) из подготовительных групп, среди них 30 детей, болеющих ОРЗ пять и более раз в год и не имеющих других хронических соматических заболеваний (14 мальчиков и 16 девочек), и 29 условно здоровых детей (15 мальчиков и 14 девочек). Подбор детей осуществлялся с учетом пола и возраста, что определило гомогенность исследуемых групп. Соматический статус детей оценивался в процессе анализа медицинских карт (форма № 026/у) и на основе информации, полученной в процессе бесед с родителями и педагогами образовательного учреждения. Все дети на момент обследования находились в стадии ремиссии и посещали дошкольные образовательные учреждения.

В качестве *методов исследования* были использованы: тест тревожности Р. Тэммл, М. Дорки, В. Амен; методика «Выбери нужное лицо» в адаптации В.М. Астапова; адаптированный блок оценки тревожности из методики «Незаконченные предложения»; рисунок человека; рисунок болезни, – методика, разработанная под запросы данного исследования; апперцептивный тест САТ; Критерии определения тревожности П. Бейкер и М. Алворд (опросник для воспитателей); методика Г.П. Лаврентьева, Т.М. Титаренко «Уровень тревожности ребенка» (опросник для воспитателей); диагностическое интервью, разработанное под запросы исследования.

### **Результаты исследование и их обсуждение**

Полученные результаты подтвердили данные ранее проведенных исследований [3]; [5]; [7]; [11]; [15], в которых отмечалось преобладание высокого

уровня тревожности у часто болеющих детей. Статистически подтверждено наличие значимых различий в распределении двух групп по уровню тревожности при помощи критерия однородности  $\chi^2$  с вероятностью ошибки 1% и различия в уровне

Таблица 1

**Процентное распределение уровня тревожности по группам**

Группа \ УТ	Распределение испытуемых, %		
	ВУТ	СУТ	НУТ
ЧБД	60	40	0
КГ	17	34	49

Распределение УТ по группам наглядно видно на рисунке 1. Исследование показало, что группа ЧБД обладает высоким уровнем тревожности в межличностных отношениях, что, возможно, будет приводить к нарушению адаптации в социуме, и, в качестве средства ухода от создавшихся проблем, к тенденции более частых заболеваний. Дополнительно высокий уровень тревожности был выявлен с помощью рисунка человека, что свидетельствует о внутреннем конфликте. Этот факт также подтверждает результаты ранее опубликованных исследований. Заметное снижение уровня тревожности у ЧБД наблюдалось в рисунке болезни и в ответах блока «Тревожность» методики «Незаконченные предложения», тогда как у здоровых детей контрольной группы была выявлена ровно противоположная тенденция. Различие в уровнях личностной и ситуативной тревожности по отношению к болезни и направления этих различий были подтверждены статистически с вероятностью ошибки 1% для группы ЧБД, 5% – для группы условно здоровых детей.

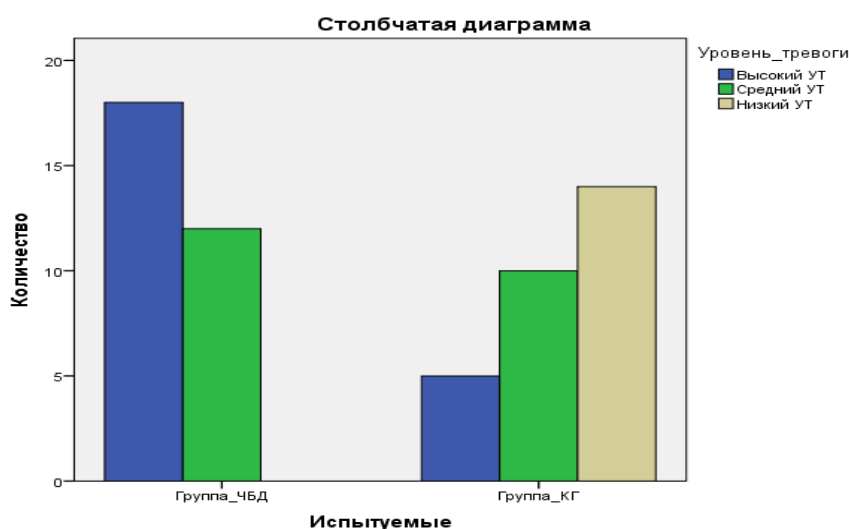


Рисунок 1. Диаграмма распределения УТ по группам

Распределение испытуемых по уровням личностной тревожности и тревожности по отношению к болезни в группе ЧБД представлено в таблице 2 и на рисунке 2:

Таблица 2

**Процентное распределение УТ л и УТ б в группе ЧБД**

ЧБД	Распределение испытуемых,%		
	ВУТ	СУТ	НУТ
УТ л	60	40	0
УТ б	13	53	34

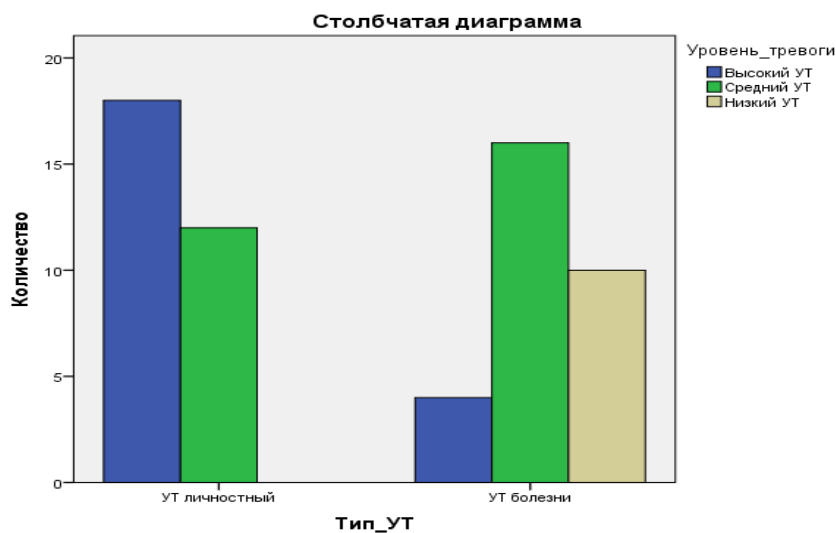


Рисунок 2. Диаграмма распределения УТ л и УТ б в группе ЧБД

Распределение уровней личностной тревожности и тревожности по отношению к болезни в контрольной группе представлено в таблице 3 и на рисунке 3:

Таблица 3

**Процентное распределение уровней личностной тревожности и тревожности по отношению к болезни в контрольной группе**

ЧБД	Распределение испытуемых,%		
	ВУТ	СУТ	НУТ
УТ л	17	34	49
УТ б	28	59	13

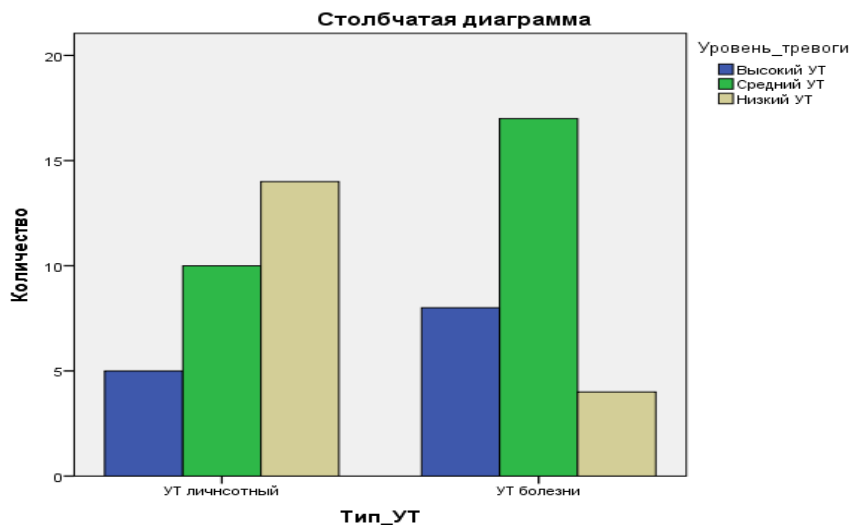


Рисунок 3. Диаграмма распределения УТ л и УТ б в контрольной группе

Уменьшение ситуативной тревожности во время болезни может свидетельствовать о частых заболеваниях, как о способе снижения внутреннего напряжения и ухода от внутреннего конфликта.

В группе ЧБД было выявлено два типа эмоционального отношения к болезни: *амбивалентный* (АЭОБ) и *индифферентный* (ИЭОБ). Амбивалентное эмоциональное отношение к болезни характеризуется внутренним конфликтом между осознанием отрицательных сторон болезни и поиском неосознанной «выгоды» от заболевания и сформированным чувственным компонентом. При индифферентном эмоциональном отношении к болезни чувственный компонент еще не сформирован, и болезнь воспринимается как естественное состояние («жизнь в болезни»).

В контрольной группе (КГ) было выделено *отрицательное эмоциональное отношение к болезни* (ОЭОБ), также наблюдались амбивалентный и индифферентный типы. Результаты, полученные на основании анализа всех методик, представлены в таблице 4.

Таблица 4

**Типы отношения к болезни в двух группах по методикам в процентном соотношении**

Методики	Типы отношения к болезни, %									
	АЭОБ		ИЭОБ		ОЭОБ		ПЭОБ		НЭОБ	
	ЧБД	КГ	ЧБД	КГ	ЧБД	КГ	ЧБД	КГ	ЧБД	КГ
Диагностическое интервью	43	41	53	7	3	52	0	0	0	0

Незаконченные предложения	14	17	47	7	37	79	0	0	0	0
Рисунок человека	21	17	27	3	37	10	17	0	3	66
Рисунок болезни	37	21	50	10	7	62	7	7	0	0
САТ	7	0	17	0	13	17	0	0	63	83

Методики «Диагностическое интервью» и «Незаконченные предложения» показали наличие индифферентного отношения к болезни у некоторых детей группы ЧБД: ответы были без эмоциональной окраски, отношение к болезни и к лечению как к процессу естественному и рутинному, «жизнь в болезни», что согласуется с данными, полученными И.М. Никольской и Р.М. Грановской (2006) [17].

У других детей группы ЧБД ответы были эмоционально насыщены и полярны, что подтверждает наблюдения Г.А. Ариной и Н.А. Коваленко[3]. Дети контрольной группы давали в основном эмоционально отрицательные ответы, в меньшей степени амбивалентные. От амбивалентного отношения ЧБД их ответы отличались беспокойством об утрате социальных контактов со сверстниками и ограничении активности во время болезни.

Также на основании «Диагностического интервью» и методики «Незаконченные предложения» было выявлено неоднозначное отношение к поведению матери во время болезни. С одной стороны, и группа ЧБД, и контрольная группа отмечали большую заботу матери. Но в контрольной группе детей она проявлялась дополнительными запретами в ограничении деятельности, подкрепляющими негативное отношение к болезни, у них не наблюдалось сильной эмоциональной включенности. У часто болеющих детей с АЭОБ забота их матерей проявлялась в виде гиперопеки и дополнительных бонусов. При этом дети давали кардинально отличные ответы на вопросы о заботе матери в методиках «Диагностическое интервью» и «Незаконченные предложения», что позволяет говорить о том, что, возможно, несмотря на увеличенное время общения с ребенком и видимую гиперопеку, часто болеющие дети не получали эмоциональное тепло. Часто болеющие дети с ИЭОБ почти не отмечали изменения в отношениях с матерью во время болезни.

Анализ блоков отношения к здоровью и общей осведомленности показал, что у часто болеющих детей *не сформировано понятие ортобиоза*, так как здоровье воспринимается ими не через активный образ жизни, закаливание и соблюдение режима, а через правильное лечение и прием различных препаратов. Существование различий в сформированности ортобиоза в двух группах подтвердилось статистически по критерию однородности  $\chi^2$  с вероятностью ошибки 5%. Количественно направление различий было подтверждено статистически с вероятностью ошибки 5% по критерию Манна-Уитни. Распределение сформированности ортобиоза по группам представлено в таблице 5 и на рисунке 4.

Таблица 5

**Процентное распределение сформированности ортобиоза в группе часто болеющих детей и в контрольной группе**

Группа	Сформированность ортобиоза, %		
	СО	ОП	НО
ЧБД	13	47	40
КГ	45	31	24

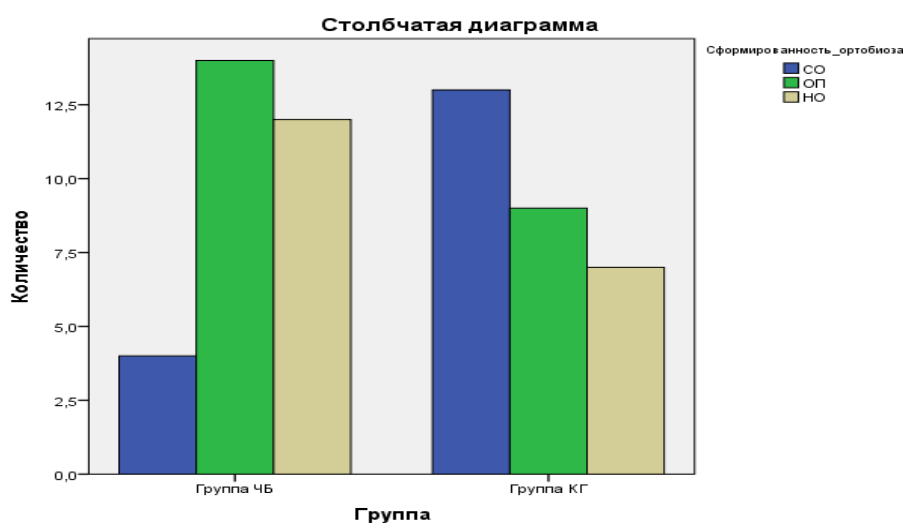


Рисунок 4. Диаграмма распределения сформированности ортобиоза в группе ЧБД и в контрастной группе

Данный вывод согласуется с исследованиями сформированности ортобиоза у родителей ЧБД В.О. Штумф и А.А. Ковалевского [21].

Анализ методики «Рисунок человека» показал, что большинство часто болеющих детей воспринимают себя через соматические нарушения. Это отношение может быть как разнонаправленным у одних детей, так и индифферентно-отрицательным – у других. У большинства детей группы ЧБД вне зависимости от эмоционального компонента отношения наблюдалось нарушение схемы тела: увеличение и уменьшение области символического отображения дефекта в области шеи, грудной клетки, головы, носа, рта по отношению к остальным частям тела, отсутствие изображения каких-то частей тела, искажение формы. В рисунках ЧБД с АЭОБ чаще присутствовали дополнительные детали, украшающие рисунок в области символического изображения дефекта (бусы, крестики, цветы, кармашки, красивые пуговицы); цветовая палитра была разнообразной, но преобладали сине-зеленые оттенки, процесс рисования доставлял интерес, что говорит о наличии как отрицательных аспектов восприятия болезни, так и положительных. В отличие



от них рисунки детей с ИЭОБ были лаконичны, с использованием одного или двух цветов, дополнительные детали либо отсутствовали, либо ухудшали рисунок. Процесс рисования человека по большей части удовольствия не доставлял. Рисунки в основном были маленькие, располагающиеся чаще ближе к краю листа. В контрольной группе рисунки отличаются большей четкостью линий, правильной и более гармоничной прорисовкой тела, меньшим числом дополнительных деталей (чаще это банты и кепки), широкой цветовой гаммой с использованием красно-желтых тонов и фиолетового цвета.

Основное отличие рисунков болезни ЧБД от рисунков условно здоровой группы состоит в тематике рисунков, выборе цветовой гаммы, усилении штриховки и нажима, размере изображения (у ЧБД – или очень большое, выходящее за пределы листа, или очень маленькое). Дети контрольной группы в основном изображали вирусы (70% рисунков), что свидетельствует об отношении к болезни как к чему-то внешнему, тогда как в 78% рисунков часто болеющих детей присутствует человек или поврежденный орган, что свидетельствует об отношении к болезни как к части самого ребенка. В рисунке болезни в группе ЧБД с АЭОБ наблюдались красно-желтая цветовая гамма в изображении кровати, платья, интерьера и темные цвета, синезеленая палитра при изображении человека; уменьшенное в размерах тело по отношению к размеру кровати, а также нажим и штриховка в области символического изображения дефекта. Рисунки болезни в группе ЧБД с ИЭОБ часто повторяли рисунок человека (65% рисунков), использовались один или два цвета для изображения (иногда только простой карандаш), на тематических рисунках большое внимание уделялось деталям, не относящимся к болезни.

В результате статистической обработки материала были получены данные, которые позволяют говорить об *отличии эмоционального отношения к болезни* часто болеющих детей и условно здоровых детей и взаимосвязи данного отношения с эмоционально-личностными характеристиками индивида. Наличие отличительных особенностей, а именно амбивалентного и индифферентного отношения к болезни статистически подтвердилось с вероятностью ошибки 1% по критерию однородности  $\chi^2$ . Распределение типов эмоционального отношения к болезни по группам приведено в таблице 6 и на рисунке 5.

Таблица 6

**Процентное распределение типов отношения к болезни  
в двух группах детей по уровню здоровья**

Группа	Сформированность ортобиоза, %		
	ИЭОБ	АЭОБ	ОЭОБ
ЧБД	57	43	0
КГ	7	28	65

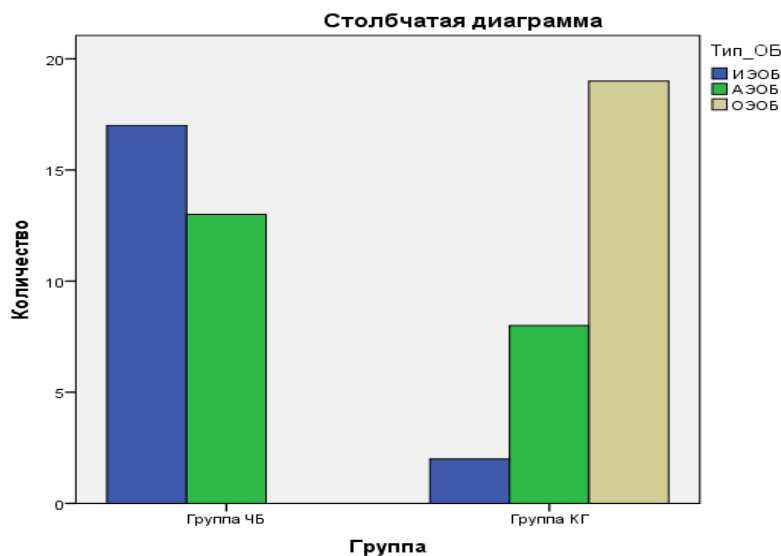


Рисунок 5. Диаграмма распределения типов отношения к болезни по двум группам детей по уровню здоровья

Взаимосвязь уровня тревожности с типом отношения к болезни у группы ЧБД подтвердилась с вероятностью ошибки 5%: дети с амбивалентным отношением к болезни чаще обладают средним уровнем тревожности, а дети с индифферентным отношением – высоким. Распределение испытуемых по типам отношения к болезни (ОБ) и уровням тревожности приведены в таблице 7 и на рисунке 6.

Таблица 7

**Процентное распределение типов отношения к болезни  
в двух группах детей по уровню здоровья**

Тип ОБ	Распределение испытуемых, %	
	ВУТ	СУТ
АЭОБ	31	69
ИЭОБ	82	18

На основании данного соотношения можно предположить, что в отличие от контрольной группы у группы ЧБД с высоким уровнем тревожности осознание состояния болезни отсутствует или выражено очень слабо, соответственно, мотивация «быть здоровым» не развита. У детей со средним уровнем тревожности осознание своей болезни соответствует показаниям в контрольной группе. Но при этом по причине внутреннего конфликта или нарушенных детско-родительских отношений они неосознанно выбирают выгоду болезни.

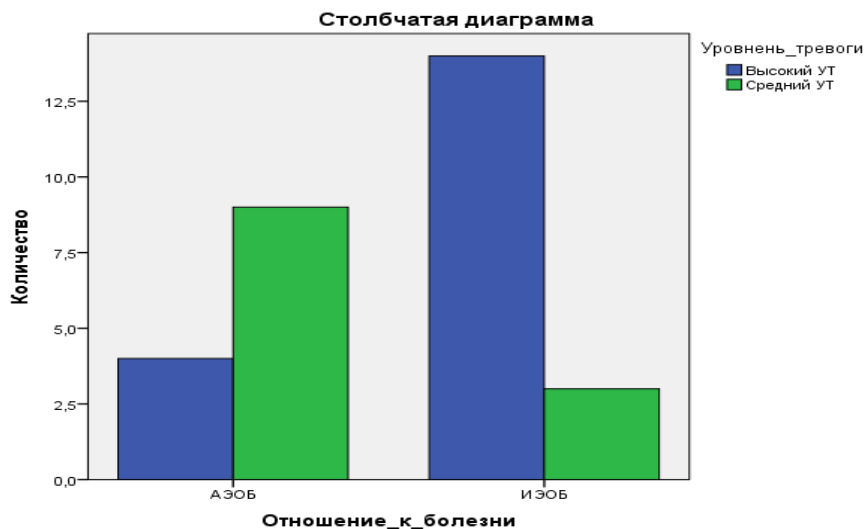


Рисунок 6. Диаграмма распределения уровня тревожности и эмоционального отношения к болезни в группе ЧБД

### Выводы

На основании полученных данных можно сделать выводы, что часто болеющие дети обладают более высокой тревожностью, которая проявляется в самоотношении и межличностных отношениях и может являться фактором риска нарушения социальной адаптации и провоцировать повторные заболевания. Часто болеющие дети с амбивалентным и индифферентным эмоциональным отношением к болезни имеют общие характеристики: наличие составляющей отрицательного отношения к болезни, нарушение схемы тела на рисунках человека, плохо сформированная мотивация к выздоровлению, плохо сформированный ортобиоз. Часто болеющие дети с разными типами эмоционального отношения к болезни имеют и отличия: дети с ИОЭБ характеризуются слабым чувственным осознанием состояния болезни; дети с АОЭБ характеризуются хорошо сформированным чувственным компонентом, наличием внутреннего конфликта, выражающегося в выборе неосознанной «выгоды» от болезни, несмотря на осознанное понимание ее отрицательных сторон. Эмоциональное отношение к болезни часто болеющих детей не является однозначным, а состоит из комбинации разнонаправленных конструктов (восприятие себя во время болезни, отношения с матерью во время болезни, отношение к здоровью, к здоровому образу жизни, отношение к лечению, отношение к проявлению симптомов ОРЗ), в результате которых формируется амбивалентное или индифферентное эмоциональное отношение к болезни.

### Литература

1. Альбицкий В.Ю., Баранов А.А. Часто болеющие дети. Клинико-социальные аспекты, пути оздоровления. Пермь, 2006. 86 с.

2. *Ананьев Б.Г.* Психологическая структура личности и ее становление в процессе индивидуального развития человека. // Под ред. Л.В. Куликова Психология личности в трудах отечественных психологов: Хрестоматия. 2-е изд. СПб.: Питер, 2009. 464 с.
3. *Арина Г.А., Коваленко Н.А.* Часто болеющие дети. Какие они? // Школа здоровья. 1995. Т. 2. № 3. С. 116–125.
4. *Братусь Б.С.* Аномалии личности. М.: Мысль, 1988. 301 с.
5. *Горячева Т.Г.* Нейропсихологический статус детей, часто болеющих респираторными заболеваниями [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2013. № 2. URL: <http://psyjournals.ru/psyclin/2013/n2/62053.shtml> (дата обращения: 09.05.2014).
6. *Доманецкая Л.В.* Особенности общения часто болеющего ребенка старшего дошкольного возраста с родителями как условие улучшения его соматического статуса. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: medpsy.ru. 2011. № 4. URL: [http://www.medpsy.ru/mprj/archiv\\_global/2011\\_4\\_9/nomer/nomer25.php](http://www.medpsy.ru/mprj/archiv_global/2011_4_9/nomer/nomer25.php) (дата обращения: 10.09.2014).
7. *Дубовик Е.Ю., Ковалевский В.А.* Влияние типа родительского отношения на уровень тревожности часто болеющего ребенка дошкольного возраста. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: medpsy.ru. 2012. № 1. URL: [http://www.medpsy.ru/mprj/archiv\\_global/2012\\_1\\_12/nomer/nomer10.php](http://www.medpsy.ru/mprj/archiv_global/2012_1_12/nomer/nomer10.php) (дата обращения: 19.10.2015).
8. *Зайцева О.В.* Часто болеющие дети: некоторые аспекты профилактики и лечения // Педиатрия. 2004. № 3. С. 14–16.
9. *Заплатников А.Л., Коровина Н.А., Таточенко В.К., Эрдес С.И.* Острые респираторные заболевания у детей: лечение и профилактика Пособие для врачей <http://bono-esse.ru/blizzard/Deti1/ORVI/07.html>.
10. *Исаев Д.Н.* Эмоциональный стресс. Психосоматические и соматопсихические расстройства у детей. СПб.: Речь, 2005. 400 с.
11. *Ковалевский В.А., Груздева О.В.* Соматически больной ребенок дошкольного возраста: специфика социально-психологического развития. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: medpsy.ru. 2009. № 1. URL: [http://www.medpsy.ru/mprj/archiv\\_global/2009-1-1/nomer/nomer\\_20.php](http://www.medpsy.ru/mprj/archiv_global/2009-1-1/nomer/nomer_20.php) (дата обращения: 18.06.2014).
12. *Ковалевский В.А., Урываев В.А.* Психология ребенка-пациента соматической клиники: Практикум. Учебное пособие для студентов старших курсов педиатрического факультета. Красноярск-Ярославль: КрасГМА-ЯГМА, 2006. 87 с.

13. Коровина Н.А., Заплатников А.Л., Лепусева И.В., Суздаленков А.В., Гирина А.А. Современные возможности иммунопрофилактики острых респираторных инфекций у часто болеющих детей. [Электронный ресурс] // Педиатрическая фармакология: 2008. № 1. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/sovremennye-vozmozhnosti-immunoprofilaktiki-ostryh-respiratornyh-infektsiy-u-chasto-boleyuschih-detey>.
14. Макарова З.С. Часто болеющие дети и их реабилитация в условиях детской поликлиники // Поликлиника. 2005. № 1. С. 14–16.
15. Михеева А.А. Психологические особенности часто болеющих детей дошкольного возраста: дисс. на соиск. уч. степени канд. психол. наук. М., 1999. 191 с.
16. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. М.: Московский университет, 1987. 166 с.
17. Никольская И.М., Грановская Р.М. Психологическая защита у детей. СПб.: Речь, 2006. 507 с.
18. Психосоматика: телесность и культура: Учебное пособие для вузов / Под ред. В.В. Николаевой. М.: Академический проект, 2009. 311 с.
19. Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях (Форма 1) за январь–ноябрь 2013 [Электронный ресурс] // Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека Rospotrebnadzor.ru. URL: [http://rospotrebnadzor.ru/activities/statistical-materials/statistic\\_detail.php?ID=1949&sphrase\\_id=106208](http://rospotrebnadzor.ru/activities/statistical-materials/statistic_detail.php?ID=1949&sphrase_id=106208) (дата обращения: 26.04.2014).
20. Тхостов А.Ш., Арина Г.А. Теоретические проблемы исследования внутренней картины болезни // Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии. Л., 1990. С. 32–38.
21. Штумф В.О. Роль когнитивной способности в формировании ортобиоза у часто болеющих старших дошкольников [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2012. Т. 15. № 4. URL: [http://www.medpsy.ru/mprj/archiv\\_global/2012\\_4\\_15/nomer/nomer05.php](http://www.medpsy.ru/mprj/archiv_global/2012_4_15/nomer/nomer05.php) (дата обращения: 09.10.2013).

# The Attitude to the Disease and Psychological Characteristics of Children Prone to Respiratory Infections

**Goryacheva T.G.,**

*PhD, Associate professor, Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow University of Psychology and Education, Moscow, Russia, goriatcheva\_tg@mail.ru*

**Kofanova E.B.,**

*Clinical psychologist, Moscow University of Psychology and Education, Moscow, Russia, ekofanova@mail.ru*

---

The article concerns the research results of preschoolers prone to respiratory infections, their psychological characteristics and comparing data with those of healthy children. The research sample consisted of 59 children of 6–7 years old: 30 children having respiratory infections more than 5 times per year, and 29 healthy children. In the group of children prone to respiratory infections two types of attitude to the disease have been found out: indifferent and ambivalent. There were also two types in the group of healthy children: ambivalent and negative. The correlation between anxiety level and the type of attitude to the disease has been marked in the first group. There was a statistically sufficient difference in degrees of orthobiosis between two groups.

**Keywords:** attitude to the disease, anxiety level, preschool age, orthobiosis, respiratory infections.

---

## References

1. *Al'bitskii, V.Iu., Baranov, A.A.* Chasto boleiushchie deti. Kliniko-sotsial'nye aspekty, puti ozdorovleniia. Perm', 2006, 86 p.
2. *Anan'ev, B.G.* Psikhologicheskaiia struktura lichnosti i ee stanovlenie v protsesse individual'nogo razvitiia cheloveka / L.V. Kulikova (ed.) Psikhologiiia lichnosti v trudakh otechestvennykh psikhologov: Khrestomatiiia. 2nd ed. St. Peterburg: Piter, 2009, 464 p.
3. *Arina, G.A., Kovalenko, N.A.* Chasto boleiushchie deti. Kakie oni? Shkola zdorov'ia, 1995, vol. 2, no 3, pp. 116–125.

4. *Bratus', B.S.* Anomalii lichnosti. Moscow: Mysl', 1988, 301 p.
5. *Goriacheva, T.G.* Neiropsikhologicheskii status detei, chasto boleiushchikh respiratornymi zabolevaniami. Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia. 2013, no 2. URL: <http://psyjournals.ru/psyclin/2013/n2/62053.shtml> (Accessed: 09.05.2014).
6. *Domanetskaia, L.V.* Osobennosti obshcheniia chasto boleiushchego rebenka starshego doshkol'nogo vozrasta s roditeliami kak uslovie uluchsheniia ego somaticheskogo statusa. Meditsinskaia psikhologiiia v Rossii: medpsy.ru. 2011, no 4. URL: [http://www.medpsy.ru/mprj/archiv\\_global/2011\\_4\\_9/nomer/nomer25.php](http://www.medpsy.ru/mprj/archiv_global/2011_4_9/nomer/nomer25.php) (Accessed: 10.09.2014).
7. *Dubovik, E.Iu., Kovalevskii, V.A.* Vliianie tipa roditel'skogo otnosheniia na uroven' trevozhnosti chasto boleiushchego rebenka doshkol'nogo vozrasta. Meditsinskaia psikhologiiia v Rossii: medpsy.ru. 2012, no 1. URL: [http://www.medpsy.ru/mprj/archiv\\_global/2012\\_1\\_12/nomer/nomer10.php](http://www.medpsy.ru/mprj/archiv_global/2012_1_12/nomer/nomer10.php) (Accessed: 19.10.2015).
8. *Zaitseva, O.V.* Chasto boleiushchie deti: nekotorye aspekty profilaktiki i lecheniia. Pediatriia, 2004, no 3, pp. 14–16.
9. *Zaplatnikov, A.L., Korovina, N.A., Tatochenko, V.K., Erdes S.I.* Ostrye respiratornye zabolevaniia u detei: lechenie i profilaktika Posobie dlia vrachei <http://bono-esse.ru/blizzard/Deti1/ORVI/07.html>.
10. *Isaev, D.N.* Emotsional'nyi stress. Psikhosomaticheskie i somatopsikhicheskie rasstroistva u detei. St. Peterburg: Rech', 2005. 400 p.
11. *Kovalevskii, V.A., Gruzdeva, O.V.* Somaticheski bol'noi rebenok doshkol'nogo vozrasta: spetsifika sotsial'no-psikhologicheskogo razvitiia. Meditsinskaia psikhologiiia v Rossii: medpsy.ru. 2009, no 1. URL: [http://www.medpsy.ru/mprj/archiv\\_global/2009-1-1/nomer/nomer20.php](http://www.medpsy.ru/mprj/archiv_global/2009-1-1/nomer/nomer20.php) (Accessed: 18.06.2014).
12. *Kovalevskii, V.A., Uryvaev, V.A.* Psikhologiiia rebenka-patsienta somaticheskoi kliniki: Praktikum. Uchebnoe posobie dlia studentov starshikh kursov pediatricheskogo fakul'teta. Krasnoiarsk-Iaroslavl': KrasGMA-IaGMA, 2006. 87 p.
13. *Korovina, N.A., Zaplatnikov, A.L., Lepiseva, I.V., Suzdalenkov, A.V., Girina, A.A.* Sovremennye vozmozhnosti imunoprofilaktiki ostrykh respiratornykh infektsii u chasto boleiushchikh detei. Pediatricheskaia farmakologiiia: 2008, no 1. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/sovremennye-vozmozhnosti-immunoprofilaktiki-ostryh-respiratornykh-infektsiy-u-chasto-boleyuschih-detey>.
14. *Makarova, Z.S.* Chasto boleiushchie deti i ikh reabilitatsiia v usloviakh detskoj polikliniki. Poliklinika, 2005, no 1, pp. 14–16.
15. *Mikheeva, A.A.* Psikhologicheskie osobennosti chasto boleiushchikh detei doshkol'nogo vozrasta: diss. na soisk. uch. stepeni kand. psikhol. nauk. Moscow: 1999, 191 p.

Горячева Т.Г., Кофанова Е.Б. Отношение к болезни и психологические особенности детей, часто болеющих респираторными заболеваниями  
Клиническая и специальная психология  
2016. Том 5. № 1. С. 45–60.

Goryacheva T.G., Kofanova E.B. The Attitude to the Disease and Psychological Characteristics of Children Prone to Respiratory Infections  
Clinical Psychology and Special Education  
2016, vol. 5, no. 1, pp. 45–60.

16. *Nikolaeva, V.V.* Vliianie khronicheskoi bolezni na psikhiku. Moscow: Moskovskii universitet, 1987, 166 p.

17. *Nikol'skaia, I.M., Granovskaia, R.M.* Psikhologicheskaiia zashchita u detei. St. Peterburg: Rech', 2006, 507 p.

18. Psikhosomatika: telesnost' i kul'tura: Uchebnoe posobie dlia vuzov / *V.V. Nikolaeva* (ed.). Moscow: Akademicheskii proekt, 2009. 311 p.

19. Svedeniia ob infektsionnykh i parazitarnykh zabolevaniiax (Forma 1) za ianvar'-noiabr' 2013. Federal'naiia sluzhba po nadzoru v sfere zashchity prav potrebiteli i blagopoluchiiia cheloveka Rospjtrebnadzor.ru. URL: [http://rospotrebnadzor.ru/activities/statistical-materials/statistic\\_detail.php?ID=1949&phrase\\_id=106208](http://rospotrebnadzor.ru/activities/statistical-materials/statistic_detail.php?ID=1949&phrase_id=106208) (Accessed: 26.04.2014).

20. *Tkhostov, A.Sh., Arina, G.A.* Teoreticheskie problemy issledovaniia vnutrennei kartiny bolezni. Psikhologicheskaiia diagnostika otnosheniia k bolezni pri nervno-psikhicheskoi i somaticheskoi patologii. Leningrad, 1990, pp. 32–38.

21. *Shtumf, V.O.* Rol' kognitivnoi sposobnosti v formirovanii ortobioza u chasto boleiushchikh starshikh doshkol'nikov. Meditsinskaia psikhologiiia v Rossii: elektron. nauch. zhurn, 2012, vol. 15, no 4. – URL: [http://www.medpsy.ru/mprj/archiv\\_global/2012\\_4\\_15/nomer/nomer05.php](http://www.medpsy.ru/mprj/archiv_global/2012_4_15/nomer/nomer05.php) (Accessed: 09.10.2013).