[www.gippokrat.by](http://www.gippokrat.by)

Из книги: Часто болеющие дети. Психологическое сопровождение в начальной школе. Бадьина Н.П., 2007. – 152 с.

Под термином «часто болеющие дети» принято подразумевать детей, у которых частота острых заболеваний составляет от 4 и более раз в год (Хроника ВОЗ, 1980). Очевидно, что в жизни это не просто сухие цифры – часто болеющий ребенок начинает отставать от сверстников в физическом и общем развитии, что непременно ведет к снижению его социальной адаптации в обществе.

Специалисты выделяют около пятнадцати факторов, способствующих частым ОРЗ. Условно их можно разделить на три группы.

1. Медико-биологические факторы:

анатомически и физиологически обусловленные факторы (истинный иммунодефицит, поздний старт иммунной системы, сниженная барьерная функция слизистых);

неблагоприятное перинатальное развитие ребенка (акушерская патология матери, частые заболевания матери и лечение антибиотиками во время беременности, внутриутробная гипоксия плода, преждевременные, отягощенные роды и др.);

неблагоприятное постнатальное развитие (диатезы, дисбактериозы, глисты; очаги хронической инфекции носоглотки и полости рта – гайморит, тонзиллит, аденоиды и т.д.);

нерациональное питание ребенка (избыток углеводов, дефицит белка, витаминов, микроэлементов);

повторное назначение антибиотиков, салицилатов и других препаратов;

наличие в анамнезе у родителей хронических легочных заболеваний, заболеваний ЛОР-органов, злокачественных новообразований, ревматизма, аллергических болезней, ОРЗ;

низкая медицинская активность семьи, позднее обращение за медицинской помощью, невыполнение назначений врача, дефекты ухода за ребенком.

2. Экологические факторы, в том числе санитарно-гигиенические:

неблагоприятные условия труда будущих родителей (особенно работа с органическими растворителями, в условиях ионизирующего и электромагнитного излучения);

неблагоприятная экологическая обстановка (в т.ч. проживание в панельных домах старой застройки, рядом с автостоянками, на пересечении основных транспортных магистралей и в других местах с загрязненным воздухом); неблагоприятные жилищные условия; низкий уровень санитарной культуры и вредные привычки родителей.

3. Социально-психологические факторы:

низкий уровень образования родителей; низкий материальный достаток семей; хроническая психотравмирующая ситуация в семье: отсутствие отца или матери, конфликтные отношения между родителями; неадекватный стиль родительского воспитания; дефицит свободного времени у родителей; нивелирование функций отца и степени его ответственности в процессе воспитания ребенка; неблагоприятные личностные особенности родителей, прежде всего матерей; поступление детей в дошкольные учреждения, школу; стрессы, вызванные педагогическими просчетами;

**Астеническое состояние** («раздражительная слабость», включающая, с одной стороны, сниженную работоспособность, истощаемость психических процессов, а с другой — повышенную раздражительность, готовность к аффективным вспышкам).

Астения играет значительную роль в формировании стойких трудностей в обучении. Повышенная истощаемость психических процессов приводит к затруднению произвольной регуляции деятельности, неустойчивости внимания, частым «выключениям» ребенка из учебного процесса в классе, неравномерности качества выполнения заданий, нарастанию «нелепых» ошибок по мере утомления, повышенной отвлекаемости (откликаемости) на незначительные для текущей деятельности раздражители, низкой умственной работоспособности в целом.

Состояние астении влияет на своеобразие динамики работоспособности часто болеющих детей в процессе учебных занятий: их работоспособность уже до начала занятий крайне низка и неустойчива. Все ее показатели то сразу снижаются к концу первого урока, то резко, на короткое время повышаются и столь же резко падают. При этом способность часто болеющих детей к пониманию и осмыслению учебного материала остается относительно сохранной. В интеллектуальном развитии они не уступают здоровым сверстникам.

Нередко у таких детей наблюдается задержка в развитии двигательных навыков (недостаточно хорошая координация движений, отставание в развитии мелкой моторики).

Для часто болеющих детей характерны проблемы в формировании эмоционально-волевой сферы. Они нередко переживают отрицательные эмоции (печаль, страх, гнев, чувство вины, одиночества). Уровень депрессии у часто болеющих детей выше, чем у здоровых. Им свойственна широкая гамма негативных переживаний по поводу болезни, высокая тревожность.

Психологическое состояние часто болеющих детей, таким образом, характеризуется постоянным ожиданием неблагополучия, страхом, эмоциональным напряжением, а за высокой тревожностью стоит неуверенность в себе, «комплекс неполноценности», боязливость, зависимость от чужого (прежде всего от материнского) мнения. Чем чаще болеет ребенок, тем хуже он относится к себе.

Наиболее очевидные следствия этой проблемы вытекают из нерегулярности посещения ребенком детского сада или школы:

во-первых, эпизодичность общения со сверстниками, хроническое отсутствие ребенка в классе приводят к тому, что о нем просто забывают.

Невозможность из-за частых болезней жить полноценной для своего возраста жизнью приводит к социальной дезадаптации, трудности формирования социальных навыков и закреплению таких черт характера, как замкнутость, скованность, раздражительность, обидчивость и т.п.;

во-вторых, частые болезни ребенка вынуждают мать оставаться дома и ухаживать за ним.

Таким образом, жизнь ребенка замыкается внутри семьи, а общение ограничивается общением с матерью. Однако детско-родительские отношения в семьях, воспитывающих часто болеющего ребенка, имеют свою специфику.

Для большинства родителей часто болеющих детей характерный стиль семейного воспитания – гиперпротекция (гиперопека). В результате ребенок не нарабатывает собственного опыта взаимодействия с людьми, не учится принимать решения, отвечать за свои поступки. Действуя строго по правилам, предложенным взрослым, он перестает исследовать жизнь, не ищет границы собственных возможностей. Стремление ребенка к самостоятельности нивелируется. Примерно половина родителей часто болеющих детей предъявляет к ним явно заниженные требования.

Почти всем матерям часто болеющих детей свойственно отвергающее отношение с элементами инфантилизации и социальной инвалидизации: они эмоционально отвергают ребенка, низко ценят его личностные качества, видят его младше реального возраста, иногда приписывают ему дурные наклонности. На поведенческом уровне такое отношение проявляется либо в постоянном одергивании ребенка, либо в чрезмерной опеке и постоянном контроле любого действия ребенка.

Психологическая структура полных семей, воспитывающих часто болеющего ребенка, имеет следующий вид: активная, доминантная мама с «привязанным» к ней ребенком и отставленный в сторону отец. «Вытеснение» отца связано с тем, что традиционно мать несет ответственность за все, что происходит с больным ребенком. Эта ответственность постепенно распространяется на все жизненное пространство семьи. Интересно, что образ отца у часто болеющего ребенка в большинстве случаев идеализирован и вызывает преимущественно положительные эмоции. Отношение же к матери противоречиво: часто болеющие дети не чувствуют эмоциональной близости с ней, воспринимают ее неуравновешенной, незрелой, чувствуют некоторую ее отгороженность, закрытость. При этом общее отношение к матери остается высоко позитивным, признается значимость ее поддержки и заботы, неумение обходиться без ее помощи даже при осуществлении простых актов самообслуживания.

Проблемы ребенка могут заострять определенные личностные черты матери. Так, для матерей часто болеющих детей характерна высокая личностная тревожность, которая отражает внутреннюю конфликтность и напряженность. Матерям часто болеющих детей присущи низкая степень самопринятия и негативное самоотношение. В их эмоциональной жизни преобладают отрицательные эмоции (страх, обида, злость, неудовольствие и беспокойство). Чувство вины (неосознаваемое или осознаваемое) связано для большинства таких матерей с болезнью ребенка, однако ответственность за выздоровление возлагается на других (врачей).

Наличие в анамнезе у большинства часто болеющих детей упоминания о психотравмирующей ситуации, а также прямая зависимость между степенью выраженности неблагоприятных социально-психологических воздействий и частотой эпизодов ОРЗ в году позволяют отнести эту категорию детей к психосоматическим больным, которые, как известно, при повышенных требованиях внешней среды приобретают одно или несколько хронических заболеваний.

Эти дети требуют особого внимания, так как частые респираторные инфекции обуславливают срыв основных адаптационных механизмов приводят к нарушениям функционального состояния организма, что способствует раннему развитию хронической патологии.

Общие мероприятия для часто и длительно болеющих детей школьного возраста, не имеющих хронических заболеваний, но при этом болеющих ОРЗ 4 и более раз в год:

* рациональный режим дня, дополнительный отдых после занятий в школе;
* рациональное и полноценное питание, с дополнительным обогащением овощами, фруктами, соками, в предэпидемические периоды – прием курсами по 2-3 недели витаминных препаратов;
* поступление в школу только после полного излечения от ОРЗ и восстановления функционального состояния организма;
* применение адаптогенов, обладающих иммуностимулирующим действием 1-2 раза в год: настойка корня жень-шеня или элеутерококка, апилак, эхинацея, солодка и др.;
* закаливающие мероприятия проводить в соответствии с возрастом, но для детей ЧДБ они должны соответствовать периоду – на один эпикризный срок ниже возрастного;
* абсолютных противопоказаний к прививкам после полного выздоровления от очередного ОРЗ – нет; это необходимо объяснять родителям;
* в случае наличия у ребенка в генеалогическом анамнезе предрасположения к каким-либо мультифакторным заболеваниям (атопическим, ревматическим, желудочно-кишечным, сердечно-сосудистым, бронхолегочным и др.) мероприятия по профилактике их развития должны индивидуализироваться.