

## СОЦИОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ И БОЛЕЗНИ

© И.В. ГРОШЕВ, 2016  
УДК 616-055.15-055.25

*Грошев И.В.*

### ОСОБЕННОСТИ ВОСПРИЯТИЯ, ОСОЗНАНИЯ И ФОРМИРОВАНИЯ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ У ДЕВОЧЕК И МАЛЬЧИКОВ

НИИ образования и науки, 129340, Москва, Россия

В статье приведены данные исследования восприятия и осознания болезни у девочек и мальчиков, выявлены отличительные от взрослых людей особенности формирования внутренней картины болезни. Представлена модель составляющих внутренней картины болезни ребенка как система факторов положительного и отрицательного влияния. Представлена структура отношения к здоровью, включающая когнитивный, эмоциональный и поведенческий компоненты. У больных детей выделены половые и гендерные различия в реагировании на болезнь, проявляющиеся в том, что девочки адекватнее воспринимают госпитализацию, быстрее адаптируются к новым жизненным условиям и новому жизненному стереотипу, хотя чаще испытывают опасения за будущее. Описаны признаки образов здоровья и болезни девочек, характеризующиеся эмоциональными, а мальчиков — инструментально-деятельностными и предметно-конкретными признаками, что обуславливает их поведенческий репертуар. Для девочек более значим социальный аспект в разрушении здоровья, чем физиологический, для мальчиков эти аспекты равноценны. Представления о болезни, их интеллектуальная и эмоциональная переработка у девочек более объективны. Отдельным пунктом исследования стало выявление внутрисемейных отношений и отношений здоровых/больных детей с родителями и родителей с детьми, детерминированных своеобразием нозологии детей. Выявлено, что родительская оценка отношений к ребенку находится в зависимости от пола родителей и связана с полом ребенка, что связано с социально-гендерными ролями мужчин и женщин, а не с их индивидуально-психологическими особенностями. Реакции родителей на прогноз заболевания проходят несколько стадий, при этом поведение матери и отца различно. Матери больных детей быстрее, чем отцы, меняют свое отношение к создавшейся ситуации и играют основную роль в поддержании надежды на выздоровление у детей, помогают адаптироваться им к новым жизненным условиям.

**Ключевые слова:** *болезнь; внутренняя картина болезни; внутрисемейные отношения; восприятие; гендерная динамика; дети; заболевание; здоровье; образы здоровья и болезни; половозрастные особенности; представление; родители; семья; формирование.*

**Для цитирования:** Грошев И.В. Особенности восприятия, осознания и формирования внутренней картины болезни у девочек и мальчиков. *Социология медицины.* 2016; 15 (2): 91—97.  
DOI <http://dx.doi.org/10/18821.1728-2810-2016-15-2-91-97>

**Для корреспонденции:** Грошев Игорь Васильевич, д-р психол. наук, д-р эконом. наук, проф., зам. директора по научной работе НИИ образования и науки, [aus\\_tgy@mail.ru](mailto:aus_tgy@mail.ru)

*Groshev I.V.*

### THE CHARACTERISTICS OF PERCEPTION, AWARENESS AND DEVELOPMENT OF INTERIOR PICTURE OF DISEASE IN GIRLS AND BOYS

The research institute of education and sciences, 129340 Moscow, Russia

The article presents data of study of perception and awareness of disease in girls and boys. The children-specific characteristics of development of inner picture of disease are identified. The model of components of inner picture of disease of child is presented as system of factors of positive and negative impact. The structure of attitude to health is presented including cognitive, emotional and behavioral components. In ill children sexual and gender differences reaction to disease are established. These differences are manifested in that girls in a more adequate way perceive hospitalization, adapt faster to new life conditions and new life stereotype though they more often experience apprehension for future. The attributes of image of health and disease are described. In girls they are characterized by emotional attributes and in boys by instrumental activity and object-concrete attributes that condition their behavioral repertoire. In girls, the social aspect in damage of health is more significant than physiological one. In boys both aspects are of equal worth. The ideas of disease and their intellectual and emotional processing are more objective in girls. The particular issue of study became identification of intra-family relationships and relationship healthy/unhealthy children with parents and parents with children determined by specific of nosology of children. It is established that parental evaluation of attitudes to child depend on gender of parents and is related with sex of child that is related with social gender roles of males and females and not with their individual psychological characteristics. The reaction of parents to prognosis of disease passes several stages and at that behavior of mother and father differ. The mothers of ill children faster than fathers alter their attitude to developed situation and they play major role in maintaining hope for convalescence of children and assist them to adapt to new life conditions.

**Key words:** *disease; inner picture of disease; intra-family relationships; perception; gender dynamics; children; illness; health; images of health and disease; gender age characteristics; idea; parents; development*

**For citation:** Groshev I.V. The characteristics of perception, awareness and development of interior picture of disease in girls and boys. *Sociologia meditsini*. 2016; 15 (2): 91—97. (In Russ.)  
DOI <http://dx.doi.org/10.18821/1728-2810-2016-15-1-91-97>

**For correspondence:** Groshev I.V., doctor of psychological sciences, doctor of economical sciences, professor, deputy director on scientific activities. e-mail: [aus\\_tgy@mail.ru](mailto:aus_tgy@mail.ru)

Received 08.12.15  
Accepted 01.04.16

Среди системы объективных и субъективных факторов, влияющих на состояние индивидуального и общественного здоровья, ведущие места занимают возраст, половая принадлежность и социальные условия жизнедеятельности. Это связано не только с возросшей социализацией медицины и здравоохранения, но и с усилением влияния социальных условий на общество, медицину и здравоохранение. В связи с этим медико-социологическое исследование проблемы формирования внутренней картины болезни в гендерном аспекте и рассмотрение проблемы болезни как социально-психологического явления в настоящее время является актуальным. Об этом четко сказано академиком А.В. Решетниковым в его фундаментальной работе "Социология медицины. Руководство" [1].

Надо полагать, что абсолютно любое заболевание не только взрослого человека, но и ребенка, независимо от факта утраты физической способности (трудоспособности), психофизического равновесия, всегда социально и лично значимо хотя бы потому, что ограничивает качество и количество жизненного потенциала личности вне зависимости от возраста и половой принадлежности [2]. Следовательно, изучение данной проблемы с позиций социологического подхода — учета воздействия внешних, объективных и внутренних (личностных) факторов, является релевантным.

Восприятие и осознание болезни у детей неразрывно связано с ее переживанием как особой внутренней деятельностью, с помощью которой ребенку удается перенести связанные с болезнью жизненные события, восстановить утраченное психофизическое равновесие, справиться с возникшей ситуацией в виде субъективной личностной деятельности как необходимого условия динамики от реакции на болезнь к формированию внутренней картины болезни. Ранее нами были рассмотрены многие аспекты данной проблемы у взрослых людей [3].

Однако процесс формирования внутренней картины болезни у взрослых отличается от таковой у детей, и тем больше, чем младше ребенок. В зависимости от содержания внутренняя картина болезни у ребенка может быть фактором положительным и отрицательным. Она влияет на проявления и течение заболевания, на отношения в семье, на успеваемость, оказываясь причиной внутриличностных конфликтов, иногда приводящих к невротическим наслоениям (рис. 1).

Представление о своем соматическом состоянии отражается в различных формах отношения ребенка к своему здоровью в детерминации возрастным и половым/гендерным факторами. В одних случаях это пренебрежение, в других — повышенное внимание,

в-третьих — адекватное отношение к своему здоровью. В представлениях детей обычно ярко выражена физическая сторона здоровья и слабо — психологическая [4]. Для ребенка здоровье приобретает смысл тогда, когда он начинает понимать его значение для эффективного выполнения той или иной деятельности, например в игре или учебе.

В общем аспекте отношение ребенка к здоровью/болезни можно представить как некую систему индивидуально-избирательных связей личности с различными явлениями внешней среды, детерминирующих индивидуальную оценку физического и психического состояния. Релевантные точки зрения высказывали Г.С. Никифоров, О.С. Васильева, Ф.Р. Филатов, Т.О. Зинченко и другие исследователи.

Зависимость личностного развития ребенка от состояния его здоровья/болезни, типа хронического заболевания, осознания его ребенком, формирование личностных особенностей (самооценки, агрессивности, тревожности, интересов, ценностей, развития коммуникативной сферы и т. д.), восприятия межличностных и внутрисемейных отношений, отношений со сверстниками и родителями имеет специфическую, не только личностную, но и возрастную, а также половую и гендерную динамику развития. Иными словами, различные хронические соматические заболевания, характеризующаясь наличием сенситивных периодов формирования внутренней картины болезни, имеют различную

### Внутренняя картина болезни ребенка

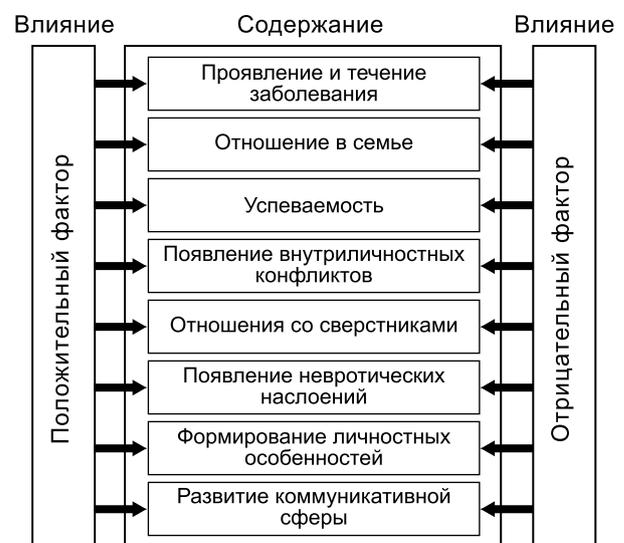


Рис. 1. Модель составляющих внутренней картины болезни ребенка.

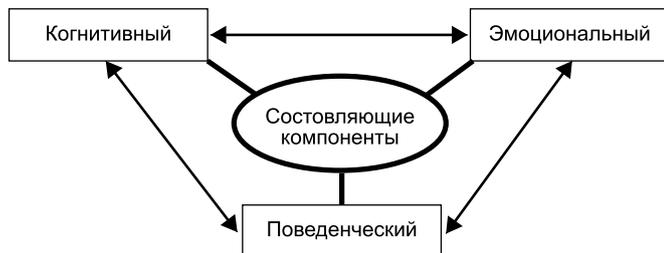


Рис. 2. Структура отношения к здоровью.

возрастную отнесенность, половые и гендерные особенности проявления.

Анализ различных научных исследований и литературных источников показал, что вышеназванная проблематика не столь широко представлена и эмпирически недостаточно разработана, в частности в аспекте проблемы формирования внутренней картины болезни у детей и зависимости отношения к здоровью от возраста и пола.

В отечественных научных публикациях рассматриваются возрастные и профессиональные особенности отношения к здоровью. Например, в работах В.Э. Пахальяна, И.А. Аликина изучается отношение к здоровью у дошкольников, учащихся и учителей, социально-психологические аспекты здоровья молодежи анализируются в работах И.Б. Бовиной, вопросы отношения к здоровью и болезни у детей в связи со спецификой их заболеваний представлены в работах Д.Н. Исаева. Сравнительные аспекты восприятия болезни мужчинами и женщинами описаны в наших работах [3], а различия в представлениях о здоровье у мужчин и женщин исследованы О.С. Васильевой и Ф.Р. Филатовым [4]. Отношение подростков к здоровью в зависимости от пола исследовано в работе Т.О. Зинченко. Особенности восприятия внутрисемейных отношений здоровыми и больными детьми представлены в работах Ю.Е. Куртановой и Д. Исаева, И. Шац [5]. Анализу особенностей эмоциональной сферы детей с проблемами развития, вызванными различными заболеваниями, посвящены работы Е.В. Щетининой.

В данной работе мы делаем акцент на анализе не только вышеназванных аспектов данной проблемы, но и личностного развития больных детей, определения уровня сформированности отношения к своему здоровью, поскольку это отношение является частью их самосознания, степени значимости здоровья в гендерных группах, становления внутренней картины здоровья и внутренней картины болезни, а также определения половых, гендерных, возрастных и личностных особенностей больных детей, страдающих различными видами соматической патологии, внутрисемейных отношений и отношений здоровых/больных детей с родителями.

### Структура отношения к здоровью и болезни у детей

Структура отношения к здоровью включает несколько составляющих: когнитивную, эмоциональную и поведенческую (рис. 2) [3]. Данная структура по содержанию близка структуре валеоустановки, описанной О.С. Васильевой и Ф.Р. Филатовым [4].

Уже на начальных этапах болезни, с первых дней пребывания в больнице, у детей складываются представления о здоровье и причинах, лечении и прогнозе болезни, формируются образы здоровья и болезни в зависимости от пола. Согласно данным Т.О. Зинченко, наиболее выраженная разница между мальчиками и девочками существует в отношении использования определенных, лично-опосредованных действий по сохранению своего здоровья. В частности, мальчики значительно чаще ( $p \leq 0,01$ ), чем девочки, используют такие действия. Образы здоровья и болезни девочек и мальчиков в основном сходны. Однако девочки чаще ориентируются на эмоциональные признаки, а мальчики чаще используют инструментально-деятельностные и предметно-конкретные. Залог сохранения здоровья мальчики видят в соблюдении гигиенического образа жизни, включая занятия спортом, физическую зарядку, правильную диету. Девочки же подходят к решению этой проблемы с социальных позиций, идя по пути "послушания" и "соблюдения всех правил". При этом девочки склонны ориентироваться на эмоциональные, а мальчики — на когнитивно-поведенческие аспекты здоровья. Все дети признают необходимость лечения, но мальчики допускают возможность лечиться амбулаторно. Девочки однозначно указывают на важность стационарного лечения, они адекватнее относятся к стационарированию, быстрее приспособляются к болезни, хотя и чаще высказывают опасение за свое будущее.

Исследование Т.О. Зинченко выявило в этом плане интересные данные. Так, было показано, что уровень сформированности отношения к здоровью у девочек выше, чем у мальчиков, по всем шкалам спектра исследовательского поля. У девочек и мальчиков отмечаются средние значения по эмоциональной и практической шкалам, низкие значения по познавательной шкале и шкале поступков. Уровень самооценки по шкале здоровья незначительно выше у мальчиков и в отличие от девочек соответствует среднему значению. Наиболее выраженная разница результатов, при этом отмечается по шкале счастья. Девочки значительно чаще ( $p \leq 0,01$ ) оценивают себя как самых счастливых. По данным Д.Н. Исаева и И.К. Шац [5], все мальчики считают, что их здоровье зависит от них самих и врачей, тогда как большинство девочек увязывают свое здоровье с биологическими факторами: темпами развития и созревания, "природой" и т. п.

Сформировавшиеся представления обуславливают и поведенческий репертуар детей в больнице. Мальчики чаще сопротивляются диагностическим и лечебным манипуляциям, причем большая часть из них не признается в этом, заявляя, что "они ничего не боятся". Девочки же наряду со страхами, связанными с больницей, отмечают обычные "женские" страхи: тараканов, темноту, мышей, но при этом спокойнее переносят процедуры. Они чаще задают вопросы о причинах, лечении и исходе болезни, при этом высказывая собственные опасения. Значимость здоровья у девочек, по данным Т.О. Зинченко, немного ниже, чем у мальчиков, но ранг здоровья в гендерных группах имеет среднее значение. Практически все девочки беспокоятся о своем будущем, мальчики в основном тревожатся за свое здоровье и здоровье родителей.

Согласно данным И. Шац [5, с. 41], все дети доброжелательно, чутко относятся к другим больным, но девочки проявляют больше сострадания к окружающим, часто подражают врачам и медицинским сестрам. Мальчики стремятся к общению со сверстниками и младшими детьми, девочки тянутся к старшим.

### **Особенности эмоциональной сферы и личностного развития детей с заболеваниями**

Другим аспектом исследуемой проблемы является анализ и выявление особенностей эмоциональной сферы и личностного развития детей с различными, в частности хроническими соматическими заболеваниями. Состояние здоровья ребенка, его восприятие, осознание и переживание болезни воздействуют на развитие его личности, проявляются в своеобразии формирования самооценки, ценностей и интересов, развития эмоциональной и коммуникативной сферы.

Интересным в этом плане является исследование Ю.Е. Куртановой, посвященное выявлению гендерных различий в осознании своего заболевания у детей, не страдающих<sup>1</sup> и страдающих соматическими заболеваниями (нефрологическими, муковисцидозом, лимфостазом), а также исследование Е.В. Щетининой, анализирующей особенности эмоциональной сферы детей с проблемами развития, вызванными минимальными поражениями мозга (гипертензионно-гидроцефальным синдромом).

Согласно данным Ю.Е. Куртановой, у детей с нефрологическими заболеваниями значимых гендерных различий в восприятии, осознании и переживании заболевания выявлено не было. Мальчики с лимфостазом значимо чаще проявляют уверенность в выздоровлении, чем девочки. При муковисцидозе у девочек в подростковом возрасте в отличие от мальчиков отмечается несоответствие сознательных представлений о болезни и подсознательных догадок о ее тяжести или стремлений к выздоровлению, выявленных при помощи проективного метода.

Сравнительное изучение эмоций мальчиков и девочек с минимальной гидроцефалией в исследовании Е.В. Щетининой не обнаружило различия в степени эмоциональной адаптированности и агрессивности поведения. Но исследование показало, что у девочек отмечается более высокая степень адаптированности и более низкая степень агрессивности, чем у мальчиков. Это, возможно, указывает на то, что у девочек эмоциональная сфера находится в более сохранном состоянии, нервная система и психика девочек более пластична, темпы физиологического и психического развития несколько ускорены по сравнению с представителями противоположного пола [6].

При выявлении гендерных различий в осознании здоровья детьми без соматической патологии установлено, что для девочек более значим социальный аспект в разрушении здоровья, чем физиологический. Для мальчиков эти аспекты равноценны. Кроме того, у девочек преобладает социальный мотив сохранения

здоровья над физиологическим. Девочек меньше волнует физиологический аспект болезни ("Болезнь мешает человеку тем, что у него начинаются боли", "От болезни можно умереть" и т. д.), чем социальный ("Болезнь мешает тем, что нельзя гулять, ходить в школу, к друзьям"). Для мальчиков эти аспекты болезни равноценны. У девочек выше, чем у мальчиков, общие показатели по уровню сформированности отношения к здоровью. Для первых более характерна ориентация на эмоциональные признаки здоровья, для мальчиков — на поведенческие и конкретно-предметные. Результаты мальчиков и девочек находятся в основном в зоне средних значений, редко встречаются высокие значения и есть значения низкие. У мальчиков отмечается более высокая степень значимости здоровья. При этом наиболее выраженными различиями являются частота встречаемости использования действий по сохранению здоровья (у мальчиков чаще, чем у девочек) и высокий уровень самооценки по шкале счастья (у девочек чаще, чем у мальчиков). Обобщенные результаты представлены нами в таблице.

Гендерные и половые особенности восприятия, осознания и переживания болезни детьми могут служить основанием для построения дифференцированной по полу тактики терапии, а также при разработке психотерапевтических, медико-педагогических и реабилитационных мероприятий в зависимости от типа заболевания.

В восприятии и представлении болезни самими детьми важное значение, по нашему мнению, имеет значимый психологический фактор, влияющий на течение болезни, — отношения с родителями, которые являются важной составляющей формирования адекватного отношения детей к болезни, а также тип семейного отношения как фактор, определяющий эмоциональные особенности больного ребенка, влияющий на уровень страхов, агрессивность поведения, фрустрационную толерантность и на произвольность выражения эмоций. Д.Н. Исаев отмечал, что представления ребенка об окружающем мире и болезни отражают мировоззрение родителей. В еще большей мере это относится к чувствам [5, с. 68]. Переживания родителей чаще всего вызывают у больных детей аналогичные чувства, которые ложатся в основу внутренней картины болезни, определяя и внутрисемейные отношения.

### **Внутрисемейные отношения и отношения здоровых/больных детей с родителями**

При изучении восприятия внутрисемейных отношений здоровыми и больными детьми выявлено, что здоровые дети чаще считают семью благополучной, но они же часто отмечают в своих семьях недостаток внимания, общения, эмоционального тепла. Здоровые дети проявляют преимущественно положительное отношение к матери, амбивалентное к братьям и сестрам и негативное отношение к отцу, что находит свое подтверждение в исследовании Ю.Е. Куртановой, которая изучала детей с различными соматическими заболеваниями. Было показано, что дети с нефрологическими заболеваниями отмечают благополучие семейной обстановки, при этом достаточно часто воспринимают семью как недостаточную, ущербную, отмечают недо-

<sup>1</sup> В процессе формирования внутренней картины здоровья у детей без соматической патологии отмечается общая тенденция: чем старше дети, тем чаще они отмечают значимость психологического состояния человека в сохранении здоровья.

**Обобщенные результаты половых/гендерных различий в осознании здоровья/болезни детьми и формировании их отношения к здоровью/болезни**

Показатель	Девочки	Мальчики
<b>Формирование образа отношения к здоровью</b>		
Общие показатели по уровню сформированности отношения к здоровью	+	
Ориентация на признаки здоровья	Эмоциональные	Поведенческие и конкретно-предметные
Зона значений полученных результатов	Зона средних значений (редко высокие или низкие значения)	
Степень личностной значимости здоровья		Более высокая
Использование различных лично-опосредованных и определенных действий по сохранению здоровья		+ (частота встречаемости)
Значимость аспекта в разрушении здоровья	Более значим аспект социальный	Более значим аспект физиологический
Преобладание мотива сохранения здоровья	Социальный мотив	Социальный и физиологический мотивы равноценны
Образы здоровья	В основном релевантны	В основном релевантны
Особенности составляющих залога сохранения здоровья	Соблюдение "всех правил" по сохранению здоровья	Соблюдение гигиенического образа жизни
Уровень самооценки по шкале здоровья		+
Факторы зависимости здоровья	Биологические факторы: темп физического развития и созревания и т. д.	От самих себя и врачей
Значимость здоровья		+
<b>Формирование образа отношения к болезни</b>		
Эмоциональное состояние в период появления болезни	Эмоциональная лабильность, раздражительность	Повышенная тревожность
Поведенческий репертуар, степень адаптированности и агрессивности в период появления болезни	Поведение существенно не меняется, появляется медлительность, не свойственная ранее; более высокая степень адаптированности	Ограничиваются личные интересы, происходит сосредоточивание на болезни; более высокая степень агрессивности
Виды необходимости лечения	Признание необходимости лечения	
Приспособление к болезни	Важность стационарного лечения	Возможность амбулаторного лечения
Опасения за будущее	Более быстрое	
Уровень самооценки по шкале счастья	+	
Страхи, связанные с лечением в больнице	Более высокий	
Особенности личностной тревожности	Личностные ("женские") страхи (тараканов, темноты, мышей и т. д.)	Чаше сопротивляются диагностическим и лечебным манипуляциям
	Переживают за свое будущее; несоответствие сознательных представлений о болезни и подсознательных догадок о тяжести заболевания или стремлений к выздоровлению	Переживают за свое здоровье и здоровье своих родителей в настоящем; большая уверенность в выздоровлении

статок внимания в семье. В старшем возрасте в семьях таких пациентов нередко образуются симбиотические связи. Большинство детей данной группы проявляют положительное отношение к матери, амбивалентное к сиблингам и прауродителям и негативное отношение к отцу, дядям и тетям. Относительно гендерных различий имеются данные о том, что у мальчиков с нефрологическими заболеваниями в возрасте 10—12 лет отмечается заниженная самооценка. В коммуникативной сфере в этом возрасте и мальчики, и девочки с нефрологическими заболеваниями начинают проявлять отказ от общения.

Дети, больные муковисцидозом, отмечают благополучие семейной обстановки только в старшем возрасте. В младшем возрасте больные лимфостазом в отличие от остальных групп не отмечают благополучие семейной обстановки и часто считают благополучие своей семьи недостаточным, но не испытывают недостатка внимания и общения в семье, не считают свою семью ущербной. В большинстве случаев они не проявляют ни положительного, ни отрицательного отношения к отцу, сиблингам и прауродителям, а преобладание положительного отношения к матери отмечается только в старшем возрасте.

Таким образом, видение ребенком внутрисемейных отношений в группах больных и здоровых детей различно, к тому же имеет своеобразие при каждой нозологии.

Интересны половые различия в отношении родителей к болезни их детей. Заболевание ребенка в подавляющем большинстве случаев переживается семьей как исключительное событие. В такой ситуации ребенок оберегается от реальных и выдуманных опасностей и трудностей. В этих случаях изнеживающее эгоистическое воспитание сочетается с избыточной озабоченностью и опасениями относительно будущего ребенка. Нередко, лишая ребенка активности и инициативы, родители усугубляют его незащищенность, неприспособленность к реальной жизни, хотя при этом тревожатся о его благополучии. На ситуацию вокруг больного ребенка влияют отношения родителей с медицинским персоналом. Уважение к знаниям лечащего врача и доверие ко всем его назначениям делают родителей не только незаменимыми сотрудниками в лечебном процессе, но и создают атмосферу надежды, веру в скорый благополучный исход болезни. Например, родители, имеющие психически больного или умственно отсталого ребенка, остро это переживают, часто внутренне не могут принять этого факта, а иногда и просто не доверяют специалистам (чаще отцы) или боятся их (чаще матери).

Отношение отца больные дети обоих полов оценивают в двух вариантах: "во всем проявляет любовь" или "много работает, на внимание не остается времени". Мальчики отмечают, что "матери всегда и во всем проявляют к ним любовь", девочки не так категоричны в своих оценках, отмечая, что "матери порой требовательны и несправедливы". Непосредственное отношение родителей к создавшейся ситуации и психологический климат в семье девочки оценивают положительнее, чем мальчики.

Родительская оценка отношений к ребенку зависит от пола родителей и связана с полом ребенка. Матери в каждом случае проявляют любовь к детям, у много работающих отцов на внимание не остается времени. Ранее нами было показано, что эти различия связаны не с индивидуально-психологическими особенностями, а с социально-гендерной ролью мужчины и женщины в семье [6]. Однако, согласно данным И. Шац [5, с. 40—41], с началом заболевания у ребенка отношение отцов изменяется, приобретая индивидуальную окраску. Отцы стараются уделить больше внимания и времени заболевшему ребенку, проявляют во всем заботу и любовь. Реакции родителей на прогноз заболевания проходят несколько стадий, при этом поведение матери и отца различно. Сразу после беседы с врачом у матери возникает состояние растерянности и паники, ситуация представляется совсем безнадежной. Отцы с большим недоверием относятся к заключениям врачей. На следующем этапе у обоих родителей возникает надежда, что в "их случае" может быть диагностическая ошибка. В некоторых семьях, указывает И. Шац, эта реакция была первой, и только затем она сменялась состоянием безысходности. Следующий этап более длительный, на протяжении которого родители, будучи в состоянии стресса, находят в себе силы ухаживать за ребенком, со-

храняют надежду на выздоровление. В этот период матери, тесно контактируя с ребенком и врачом, чувствуют себя спокойнее и увереннее, чем отцы. У них чаще возникает чувство вины перед ребенком. В терминальной стадии болезни ситуация чаще напоминает исходную, но и здесь большее мужество проявляют матери.

Отмеченные особенности позволяют сделать следующие обобщения и выводы. У больных детей выделяются половые и гендерные различия в реагировании на болезнь: девочки адекватнее воспринимают госпитализацию, быстрее адаптируются к новым жизненным условиям и новому жизненному стереотипу, хотя чаще испытывают опасения за будущее. Представления о болезни, их интеллектуальная и эмоциональная переработка у девочек более объективны. Эти особенности не противоречат общепринятым представлениям о том, что у девочек раньше формируется социальная зрелость, они лучше справляются с повседневными задачами [6]. Матери больных детей быстрее отцов меняют свое отношение к создавшейся ситуации и играют основную роль в поддержании надежды на выздоровление у детей, помогают адаптироваться к новым жизненным условиям.

Важно знать особенности социальной ситуации развития больного ребенка, которые создает конкретное заболевание, особенности личностных нарушений при том или ином заболевании для того, чтобы своевременно начать профилактические мероприятия в целях формирования у ребенка адекватного отношения к своему заболеванию. Кроме того, актуальность разработки данной проблематики определяется и задачами медико-психологической практики работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья. При психолого-терапевтической коррекции негативных особенностей личностного развития больных детей необходимо знать и учитывать специфику возможных отклонений при определенных заболеваниях.

### Заключение

Проблематика социологии медицины [7], через призму которой был рассмотрен аспект осознания и формирования внутренней картины болезни у мальчиков и девочек, вызывает несомненный исследовательский интерес и имеет практическое значение для специалистов, работающих с детьми. Исследование указанной проблемы в категориальном поле социологии медицины выявило совокупность факторов, детерминирующих процесс здоровья/болезни у детей.

Финансовая поддержка исследования отсутствует.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Решетников А.В. Социология медицины: Руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2010.
2. Решетников А.В. Медико-социологические представления о моделях болезни и здоровья. Социология мед. 2003; 2: 3—18.
3. Грошев И.В. Половозрастные особенности восприятия, осознания и переживания болезни и отношения к ней (по результатам медико-социологических и психологических исследований). Социология мед. 2006; 1: 30—4.
4. Васильева О.С., Филатов Ф.Р. Психология здоровья человека. М.: Мини-Тайп; 2005.
5. Исаев Д.Н., Шац И.К. "Внутренняя картина болезни" у детей с острым лейкозом. Педиатрия. 1995; (7): 42—7.

6. Грошев И.В. *Психофизиологические различия мужчин и женщин*. М.: Издательство Московского психолого-социального института; Воронеж: Издательство НПО "МОДЭК"; 2005.
7. Решетников А.В. Эволюция социологии медицины. *Социология мед.* 2012; 2: 3—9.

Поступила 08.12.2016

Принята в печать 01.04.2016

#### REFERENCES

1. Reshetnikov A.V. *Sociology of Medicine: Textbook. [Sotsiologiya meditsiny: Rukovodstvo]*. Moscow: GEOTAR-Media; 2010. (in Russian)
2. Reshetnikov A.V. Medico-sociological ideas of illness and health models. *Sotsiologiya med.* 2003; 2 (3): 3—18. (in Russian)
3. Groshev I.V. Sex and Age Peculiarities of Perception, Awareness and Experiencing a Disease and Attitude to it (according to the results of medical and sociological and psychological research). *Sotsiologiya med.* 2006; 1 (8): 30—4. (in Russian)
4. Vasil'eva O.S., Filatov F.R. *Psychology of Human Health. [Psikhologiya zdorov'ya cheloveka]*. Moscow: Mini-Type; 2005.
5. Isaev D.N., Shats I.K. "Inward picture of a disease" among children with acute leukemia. *Pediatrics*. 1995; (7): 42—7. (in Russian)
6. Groshev I.V. *Psycho-Physiological Differences of Men and Women. [Psikhofiziologicheskie razlichiya muzhchin i zhenshchin]*. Moscow: Publishing House of Moscow Psychological and Social Institute; Voronezh: PH NPO "MODEK"; 2005. (in Russian)
7. Reshetnikov A.V. Evolution of medical sociology. *Sotsiologiya med.* 2012; 2: 3—9. (in Russian)