На правах рукописи

Шелоумова Оксана Сергеевна

ГОСПИТАЛИЗАЦИОННЫЙ СТРЕСС У ДЕТЕЙ С РАЗНЫМ УРОВНЕМ ТРЕВОЖНОСТИ

Специальность: 5.3.7 – возрастная психология
(психологические науки)

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата психологических наук

Москва – 2026

Работа выполнена в лаборатории психологии развития субъекта в нормальных и посттравматических состояниях Федерального государственного бюджетного учреждения науки Институт психологии Российской академии наук (ИП РАН).

Научный руководитель:	доктор психологических наук, профессор **Харламенкова Наталья Евгеньевна**
Официальные оппоненты:	**Вачков Игорь Викторович**, доктор психологических наук, профессор, профессор кафедры общей психологии факультета общей и клинической психологии Негосударственного образовательного частного учреждения высшего образования «Московский институт психоанализа»
	Хломов Кирилл Даниилович, доктор психологических наук, старший научный сотрудник лаборатории когнитивных исследований факультета психологии института общественных наук Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации»
Ведущая организация:	Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Федеральный научный центр психологических и междисциплинарных исследований»

Защита состоится 24 декабря 2026 года в 13.30 на заседании диссертационного совета 24.1.110.03 на базе Федерального государственного бюджетного учреждения науки Института психологии Российской академии наук (ИП РАН), по адресу: 129366, г. Москва, ул. Ярославская д. 13 к. 1.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке и на сайте Федерального государственного бюджетного учреждения науки Институт психологии Российской академии наук (ИП РАН): www.ipran.ru.

Автореферат разослан «___» _____ 2026 года

Ученый секретарь
диссертационного совета,
кандидат психологических наук  Никитина Елена Альфредовна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы

Анализ специфики переживания детьми стрессовой ситуации болезни и госпитализации является важной проблемой психологической науки, различные аспекты которой стали предметом многочисленных исследований как в нашей стране, так и за рубежом (Spence, 1947; Ковалева, Журавлева, Розумейко и др., 2020; Харламенкова, Никитина, Шаталова и др., 2022; Hart, Bossert, 1994; McClowry, 1991). Наряду с выявлением особенностей стресса у детей, отдельного внимания требует изучение факторов неблагоприятного реагирования ребенка на помещение в стационар для оказания своевременной и эффективной психологической помощи.

На протяжении всей истории изучения госпитализационного стресса у детей исследовательский интерес был направлен в том числе на анализ переживания ребенка по поводу госпитализации и лечения туберкулеза во фтизиатрическом стационаре, которое усугублялось материнской депривацией длительностью от двух и более лет. В наши дни данная проблема по-прежнему сохраняет свою актуальность ввиду распространения лекарственно-устойчивых форм туберкулеза, предполагающих длительное стационарное лечение, которое дети в большинстве случаев проходят без сопровождения родителя или другого близкого взрослого.

Продолжительное по времени нахождение в стационаре, сопряженное со значительной перестройкой различных сфер жизни ребенка (изменением привычного образа жизни, круга общения, ограничением возможностей выбора досуга), может вызывать различные эмоциональные и поведенческие проблемы как во время стационарного лечения, так и на постгоспитальном этапе (Meyerson, Hoddinott, Garcia-Prats et al., 2021; Wright, 1995). Исследования показывают, что при поступлении детей с туберкулезом органов дыхания (ТОД) в стационар у них наблюдается широкий спектр психоэмоциональных проблем, в том числе непринятие своего диагноза, негативное изменение самоотношения, беспокойство о будущем, неадекватно низкая самооценка и высокий уровень негативных переживаний, связанных с различными компонентами внутренней картины болезни (Куртанова, Щербакова, Хохлова и др., 2020; Zvonareva, 2021; Mîndru, Stănescu, Mioara, 2016).

В настоящее время оказание медицинской помощи детям с ТОД, осуществляющееся в соответствии с принципами мультидисциплинарного подхода в современном здравоохранении, включает и психологическое сопровождение таких пациентов (Эргешов, Овсянкина, Губкина, 2019). Кроме того, в сфере фтизиопедиатрии регулярно и систематически проводятся научные исследования, освещающие психологические трудности, с которыми сталкиваются пациенты на этапе стационарного лечения (Бородина, 2019; Мордык, Плеханова, 2011; Meyerson, Hoddinott, Garcia-Prats et al., 2021), а также психологические особенности детей с ТОД (Баранова, Золотова, Овсянкина, 2010; Захарова, 2020; Золотова, Ахтямова, Стрельцов и др., 2015; Золотова, 2018; Лукашова, Игишева, Копылова, 2002; Мартусова, 2016, 2017).

Особую важность представляет изучение проблемы госпитализационного стресса, включающее анализ специфики его переживания детьми и выявление коррелятов возможных психоэмоциональных проблем. Показано, что дети по-разному реагируют на свое заболевание и факт госпитализации в стационар: одни пациенты адаптируются к условиям стационарного лечения вполне эффективно, другие – демонстрируют высокий уровень дистресса, с которым не всегда удается справиться быстро (Price, Kassam-Adams, Alderfer et al., 2016). Данные наблюдения указывают на актуальность выявления индивидуально-психологических предикторов психоэмоциональных трудностей, которые возникают в стрессовой ситуации госпитализации во фтизиатрический стационар. Результаты настоящего исследования позволяют ответить на поставленные вопросы, в частности, прояснить особенности госпитализационного стресса при поступлении детей во фтизиатрический стационар, и выявить факторы психоэмоциональных нарушений у пациентов.

Теоретико-методологической основой исследования являются: принципы развития, детерминизма и принцип субъектности (С.Л. Рубинштейн, А.В. Брушлинский, К.А. Абульханова-Славская, В.В. Знаков, Е.А. Сергиенко); динамический подход к исследованию личности (Л.И. Анцыферова); представление о влиянии соматических заболеваний на психику ребенка (Д.Н. Исаев, И.К. Шац, Ю.С. Шевченко) и неблагоприятных детско-родительских отношений на формирование тревожности у детей (А.М. Прихожан, D.H. Barlow, B.R. Chorpita, J. Turovsky); исследования защитного реагирования личности во фрустрирующих ситуациях (С. Розенцвейг); научные воззрения на проблему привязанности в формировании устойчивости к стрессу (J. Bowlby, M.D.S. Ainsworth, C. Hazan, P.R. Shaver, M. Mikulincer); представления о роли когнитивных схем в опосредовании взаимосвязи дисфункциональных детско-родительских отношений и психологических проблем ребенка (A. Beck, J.E. Young).

Цель диссертационного исследования – выявить специфику переживания госпитализационного стресса детьми с разным уровнем тревожности.

В соответствии с данной целью были поставлены следующие **задачи**:
Теоретические:

1) Рассмотреть вопрос о специфике стрессовой ситуации госпитализации во фтизиатрический стационар, выявить общие характеристики стрессовой ситуации болезни и госпитализации, а также особенности, специфичные для пациентов с туберкулезом органов дыхания; показать психологические трудности, с которыми они сталкиваются.
2) Провести теоретический анализ проблемы стресса и особенностей его переживания в детском возрасте.
3) Систематизировать теоретические представления о роли ранних отношений ребенка со значимым взрослым для его гармоничного развития и эффективного совладания со стрессом.
4) Проанализировать подходы к изучению совладания со стрессом в детском

возрасте с выделением фрустрационных реакций в качестве элемента совладающего поведения.

Эмпирические:

1) Определить признаки и типы госпитализационного стресса у детей.

2) Изучить специфику госпитализационного стресса у детей с разным уровнем тревожности.

3) Проанализировать особенности репрезентаций себя и мира у детей с разным уровнем тревожности и показать их связь с госпитализационным стрессом.

4) Изучить взаимосвязь фрустрационных реакций с госпитализационным стрессом у детей с разным уровнем тревожности.

Теоретическая гипотеза исследования: госпитализационный стресс – сложное переживание, включающее в себя триаду категорий (групп) признаков – формально-динамические проявления стресса, особенности взаимодействия с социальным окружением и признаки способности/неспособности субъекта удерживать оптимальное мотивационное состояние; интенсивность госпитализационного стресса сопряжена с уровнем тревожности, негативными репрезентациями себя и мира, специфическим паттерном фрустрационных реакций.

Теоретическая гипотеза конкретизирована в нескольких **эмпирических гипотезах:**

1. Госпитализационный стресс у детей проявляется целым комплексом признаков, включающих показатели нервно-психической напряженности, особенности поведенческих нарушений, разнообразие депрессивных реакций; их сочетание определяет разные по тяжести типы стрессового состояния.
2. Тяжелый тип госпитализационного стресса, ключевыми признаками которого являются выраженные депрессивные реакции, сопряжен с высоким уровнем тревожности.
3. Высокий уровень тревожности обусловлен целой системой негативных репрезентаций себя и мира, связанных со всеми категориями (группами) признаков госпитализационного стресса – с нервно-психической напряженностью, в частности, с тревогой и стрессовым состоянием, депрессивными реакциями (негативной самооценкой, межличностными проблемами и ангедонией), а также с поведенческими проблемами.
4. Сочетание высокого уровня тревожности и специфического паттерна фрустрационного поведения, включающего показатели экстрапунитивной направленности реакций с их фиксацией на препятствии, создает риск интенсификации госпитализационного стресса.

Объект исследования: госпитализационный стресс у детей с туберкулезом органов дыхания.

Предмет исследования: госпитализационный стресс у детей при разном уровне тревожности.

Для достижения поставленной цели исследования был использован следующий **комплекс методик**:

1. Опросник депрессии у детей (CDI) М. Ковак (Children's Depression Inventory) автор M. Kovacs; адаптирован С. В. Воликовой с соавторами (Воликова, Калина, Холмогорова, 2011; Воликова, Холмогорова, Калина, 2013).
2. Шкала явной тревожности для детей (CMAS) (Children's Form of Manifest Anxiety Scale) автор А. Кастанеда; адаптирована А.М. Прихожан (Прихожан, 2009).
3. Фрустрационный тест Розенцвейга (Rosenzweig Picture Frustration Study, P-F Test Children Form) автор С. Розенцвейг; адаптация Л.А. Ясюковой (Ясюкова, 2021).
4. Опросник «Сильные стороны и трудности (SDQ)» автор Р. Гудман; адаптирован Е.Р. Слободской с соавторами (Goodman, Slobodskaya, Knyazev, 2005).
5. Цветовой тест Люшера (Тимофеев, Филимоненко, 2023).
6. Структурированное интервью, составленное на основе вопросов методики DISC (The Dusseldorf Illustrated Schema Questionnaire for Children) авторы К. Луз и др. (Loose, Meyer, Pietrowsky, 2018); перевод и адаптация П.М. Касьяник, М.В. Галимзяновой, Е.В. Романовой.

Научная новизна исследования определяется комплексным подходом к организации и проведению теоретико-эмпирического анализа госпитализационного стресса у детей с туберкулезом органов дыхания, впервые осуществленного на российской выборке. Исследование позволило изучить специфику стрессовой ситуации госпитализации ребенка во фтизиатрический стационар, выявить признаки госпитализационного стресса и его типы, оценить роль тревожности в переживании ребенком тяжелого госпитализационного стресса, проанализировать особенности репрезентаций себя и мира, а также фрустрационных реакций у детей с разным уровнем тревожности.

Показано, что в ситуации помещения в стационар, сопряженной с фрустрацией значительного числа потребностей, интенсивное стрессовое состояние – госпитализационный стресс следует рассматривать как такое сложное переживание, которое не вполне корректно ограничивать типично фиксируемыми в этой ситуации формально-динамическими признаками стресса – признаками нервно-психической напряженности. Новизна исследования состоит в комплексном рассмотрении общего состояния физического и эмоционального дискомфорта (нервно-психической напряженности) в совокупности с оценкой особенностей поведения ребенка, в частности, особенностей его взаимодействия с социальным окружением (поведенческие проблемы) и способности удерживать определенный мотивационный уровень, сохранять интересы и ориентиры на будущее либо утрачивать оптимальное мотивационное состояние (депрессивные реакции). Нервно-психическая напряженность рассматривается в качестве естественного адаптационного потенциала ребенка, поведенческие проблемы – как попытка ребенка активно преодолевать возникшую фрустрацию с использованием адаптивных, а также дезадаптивных стратегий, депрессивные реакции – как неспособность сохранить и обозначить свои предпочтения, желания, намерения в ситуации фрустрации, которая наделяется ребенком характеристиками

неподконтрольности и строгой регламентированности с оценкой собственных возможностей к ее преодолению как недостаточных.

Обоснованы данные, согласно которым специфика госпитализационного стресса у детей с туберкулезом органов дыхания обусловлена уровнем тревожности, сопряженным с определенными фрустрационными реакциями и репрезентациями себя и окружающего мира. Продемонстрировано, что высокий уровень тревожности связан с системой негативных репрезентаций себя и мира, отражающих субъективное восприятие отсутствия у себя базового права на любовь, заботу и принятие, ориентацию на удовлетворение потребностей других людей в ущерб собственным, уверенность в неблагоприятном развитии событий, представление о неизбежности наказания за любую ошибку.

Впервые обнаружена и эмпирически верифицирована тенденция, при которой в ситуации помещения в стационар у детей с туберкулезом органов дыхания б*о*льшая интенсивность поведенческих и депрессивных признаков госпитализационного стресса наблюдается при сочетании высокого уровня тревожности и специфического паттерна фрустрационного поведения, включающего показатели экстрапунитивной направленности реакций с их фиксацией на препятствии.

Теоретическая значимость исследования состоит в объяснении и обосновании специфики стрессовой ситуации госпитализации во фтизиатрический стационар, заключающейся в длительности лечения, в большинстве случаев проходящего без сопровождения близкого взрослого, и сопряженного с высоким уровнем неопределенности, а также в комплексном представлении о госпитализационном стрессе, который, исходя из доказательной базы исследования, включает в себя признаки физического и эмоционального дискомфорта, особенности поведения и взаимодействия с социальным окружением, признаки сохранности или утраты оптимального мотивационного состояния; последние операционализированы путем оценки и анализа переменных, объединенных в группу «депрессивные реакции».

Показано, что специфика переживания госпитализационного стресса у детей обусловлена уровнем тревожности, сопряженным со специфическим паттерном фрустрационных реакций и репрезентациями себя и окружающего мира.

Расширены теоретические представления о роли раннего взаимодействия ребенка со значимым взрослым в формировании ощущения безопасности и защищенности, которые являются определяющими для гармоничного психического развития ребенка и формирования у него стрессоустойчивости. Установлено, что тревожность у детей, представляющая собой следствие дисфункциональных детско-родительских отношений, связана с различными психологическими проблемами, а также менее эффективным преодолением госпитализационного стресса. Показано, что репрезентации детей о себе и окружающем мире имеют как возрастную специфику, так и особенности, зависящие от ранних отношений со значимым взрослым.

Вклад в возрастную психологию состоит в обосновании специфики переживания госпитализационного стресса у детей с разным уровнем тревожности,

сопряженным с определенными фрустрационными реакциями и репрезентациями себя и окружающего мира, которая в целом демонстрирует более сложную картину стресса, вызванного госпитализацией, а именно комплексность переживания с учетом причин его возникновения и индивидуально-психологических различий между детьми, обусловленных актуальным (ситуация госпитализации) и ранним детским опытом взаимодействия ребенка с близкими людьми, а также его собственным личностным и субъектным потенциалом.

Практическая значимость работы

Теоретические и эмпирические данные диссертационного исследования проясняют специфику переживания стресса, связанного с госпитализацией, исходя из индивидуально-психологических различий между детьми, отражающих опыт взаимодействия с близкими людьми и адаптационные возможности личности. Полученные результаты указывают на необходимость комплексной оценки госпитализационного стресса и индивидуально-психологических особенностей детей при поступлении в стационар. Теоретические положения исследования и результаты эмпирической верификации гипотез дают возможность выделить группы риска, определить признаки психологического неблагополучия ребенка на этапе адаптации к стационару и использовать точные критерии дифференциации оказываемой психологической помощи.

На основе эмпирических данных о системе репрезентаций себя и мира, а также о специфическом паттерне фрустрационного поведения у детей с тяжелым госпитализационным стрессом, могут быть разработаны научно обоснованные подходы к психологическому сопровождению такой категории пациентов детского возраста. Используемый в работе комплекс клинико-психологических и психометрических методов следует рекомендовать для проведения психологической диагностики детей с туберкулезом органов дыхания при поступлении в стационар.

На защиту выносятся следующие положения

1. Госпитализационный стресс у детей характеризуется совокупностью признаков, объединенных в три группы характеристик, таких как признаки нервно-психической напряженности, особенности депрессивных реакций и показатели нарушения поведения. Признаки госпитализационного стресса с преобладанием нервно-психической напряженности свидетельствуют об адаптивной реакции ребенка на ситуацию госпитализации; поведенческие нарушения возникают при субъективно воспринимаемой возможности активных действий как нормативного, так и дезадаптивного характера; депрессивные реакции связаны с оценкой недостаточности собственных возможностей для приспособления к актуальной ситуации. Признаки госпитализационного стресса группируются в разные по тяжести типы – с признаками адаптивности; с признаками беспокойства; с признаками подавленности.
2. Госпитализационный стресс с признаками подавленности характеризуется выраженными депрессивными реакциями; у детей этого типа значимо чаще наблюдается высокий уровень тревожности. Отдельные признаки

госпитализационного стресса – убежденность ребенка в собственной неэффективности, преобладание негативного настроения и эмоциональные симптомы, т.е. признаки, относящиеся к группе «депрессивные реакции», характерны для детей с повышенной тревожностью.

3. Для детей с высоким уровнем тревожности типичны негативные саморепрезентации и репрезентации мира, отражающие субъективное восприятие себя как недостойного любви, заботы и принятия, ориентированного на удовлетворение потребностей других людей в ущерб собственным желаниям, уверенного в неблагоприятном развитии событий и в неизбежности наказания за любую ошибку. Широкий спектр негативных репрезентаций себя и мира выявлен при тяжелом типе госпитализационного стресса с признаками подавленности, для которого характерен и высокий уровень тревожности. Это убеждения, отражающие завышенные требования к себе, низкую самооценку и последствия семейной дисфункции в виде ориентации на удовлетворение потребностей других людей.

4. В стрессовой ситуации госпитализации дети с высоким уровнем тревожности используют специфический паттерн фрустрационного поведения, включающий показатели экстрапунитивной направленности реакций с фиксацией на препятствии, сопутствующий интенсификации госпитализационного стресса и проявлению выраженных проблем во взаимоотношениях со сверстниками и депрессивных реакций.

Соответствие паспорту научной специальности. Работа соответствует тематике специальности 5.3.7 – возрастная психология и направлена на изучение факторов риска и жизнестойкости в психическом развитии человека, объективных и субъективных факторов, содействующих или препятствующих позитивному функционированию в детском возрасте (п. 1.7 паспорта специальности) при влиянии ненормативных кризисов (п. 2.5 паспорта специальности), а также на исследование совладающего поведения и возрастной индивидуальной регуляции процесса преодоления стрессовых ситуаций (п. 2.10 паспорта специальности) в детском возрасте.

Эмпирическую базу исследования составили дети с туберкулезом органов дыхания. Всего в исследование было включено 85 детей с ТОД в возрасте 7 – 12 лет (Md = 11), поступивших на стационарное лечение в младшее детское отделение ФГБНУ «ЦНИИТ», из них 54 (63,5%) девочки и 31 (36,5%) мальчик. Родители госпитализированных детей давали письменное согласие на проведение исследования в рамках сотрудничества с учреждением. Участие для всех респондентов было добровольным. Исследование реализовано на базе Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Центральный научно-исследовательский институт туберкулеза».

Апробация работы. Теоретические и эмпирические результаты исследования обсуждались на заседаниях лаборатории психологии развития субъекта в нормальных и посттравматических состояниях Института психологии РАН (2022-2025 гг.). По результатам диссертационного исследования опубликовано 15 работ, в том числе 4 статьи в рецензируемых научных журналах, рекомендованных ВАК. Материалы исследования были представлены на следующих научно-практических

конференциях: III Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Диагностика в медицинской (клинической) психологии: традиции и перспективы (к 105-летию С.Я. Рубинштейн)» (Москва, 2021); Всероссийской научно-практической конференции «Медицинская психология в здравоохранении» (Курск, 2022); III Международной конференции по консультативной психологии и психотерапии, посвященной памяти Федора Ефимовича Василюка: консультативная психология: традиции и новации (Москва, 2022); Всероссийской научной конференции, посвященной 90-летию со дня рождения А. В. Брушлинского и 300-летию основания Российской академии наук «Человек, субъект, личность: перспективы психологических исследований» (Москва, 2023); Международной научной конференции Ананьевские чтения – 2023. Человек в современном мире: потенциалы и перспективы психологии развития (Санкт-Петербург, 2023); X Международной конференции молодых ученых «Психология - наука будущего» (Москва, 2023); XII Научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы профилактики, диагностики и лечения туберкулеза у детей и подростков» (Московская область, 2024); Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Междисциплинарный подход к изучению психологической травматизации» (Рязань, 2024); XII Ежегодной научно-практической конференции московских фтизиатров с международным участием «Различные подходы к профилактике туберкулеза» (Москва, 2024); Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Достижения и перспективы противотуберкулезной работы среди детей и подростков» (Москва, 2024); Всероссийской научной конференции с международным участием, посвященной 100-летию со дня рождения Л.И. Анцыферовой «Психология личности: методология, теория, практика» (Москва, 2024); Международной научной конференции, посвященной 80-летию общей психологии в Санкт-Петербургском государственном университете «Ананьевские чтения – 2024» (Санкт-Петербург, 2024); XII Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной Дню российской науки «Современные тренды фтизиатрии: лечение и профилактика» (Новосибирск, 2025); XIII Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы профилактики, диагностики и лечения туберкулеза у детей и подростков», посвященной памяти профессора В.А. Аксеновой (Москва, 2025); Международной научно-практической конференции «Стресс и саморегуляция в образовательной и профессиональной средах» (Москва, 2025); Всероссийской научной конференции с международным участием «Посттравматический стресс: методология, теория, практика» (Москва, 2025); V Международном психологическом форуме «Ребенок в цифровом мире» (Москва, 2025); Научной дискуссии «Посттравматический стресс: психологические и педагогические аспекты» (Москва, Российская академия образования, 2025); VII Международной научно-практической конференции «Психология стресса и совладающего поведения: ресурсы и устойчивость в мире неопределенности» (Кострома, 2025); Международной научно-практической конференции «Ананьевские чтения – 2025. Забота о будущем: психическое здоровье и ранняя помощь ребенку и семье»

(Санкт-Петербург, 2025); XI Международной конференции молодых ученых «Психология – наука будущего», посвященной 30-летию факультета психологии Государственного академического университета гуманитарных наук (Москва, 2025); Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Аксеновские чтения», посвященной памяти профессора В. А. Аксеновой (Москва, 2026); Международной научно-практической конференции «Клиническая (медицинская) психология в здравоохранении», посвященной 91-летию Курского государственного медицинского университета (Курск, 2026).

Структура и объем работы. Диссертация состоит из введения, трех глав, обсуждения результатов, выводов, заключения, списка использованной литературы, приложения. Объем основного текста диссертации составляет 147 страниц и содержит 32 таблицы, 18 рисунков. Список литературы составил 366 наименований, из них 202 работы на английском языке.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во Введении дается оценка актуальности разрабатываемой проблемы, определяются объект, предмет исследования, его цели, задачи, обосновывается научная новизна, теоретическая и практическая значимость работы, описываются методики исследования, формулируются основные положения, выносимые на защиту.

Первая глава **«Теоретический анализ отечественных и зарубежных подходов к исследованию госпитализационного стресса у детей»** состоит из двух параграфов.

В параграфе **«Психологические характеристики ситуации госпитализации и особенности стрессового реагирования на нее в детском возрасте»,** раскрывается специфика исследуемого стрессора, связанного с длительным стационарным лечением туберкулеза органов дыхания.

Указывается, что тяжелое соматическое заболевание, погружающее ребенка в новую психологическую реальность, которая является сложной как для него самого, так и для его близких, может оказывать негативное влияние не только на физическое, но и на эмоциональное состояние ребенка и приводить к развитию посттравматического стрессового расстройства (Тарабрина, 2001).

Определены особенности ситуации госпитализации ребенка во фтизиатрический стационар: длительность стационарного лечения ТОД (Нечаева, 2020); высокий уровень неопределенности, связанной с временными аспектами лечебного процесса, течением заболевания, медицинскими процедурами (Лифинцева, Деркач, Штолде, 2018); нахождение ребенка в стационаре без значимого взрослого (Лангмейер, Матейчек, 2022; Lulgjuraj, Maneval, 2021; Meyerson, Hoddinott, Garcia-Prats, 2021; Spitz, 1945; Frank van der Horst, Lenny, René van der Veer, 2019; Bowlby, 2022; Shields, Mohay, 2001; Spence, 1947); стигматизирующий характер заболевания (Cremers, de Laat, Kapata et al., 2015).

Раскрыта связь высокого уровня неопределенности с медицинскими

процедурами (в частности, с хирургическим лечением), которые нередко могут иметь психотравмирующий характер. Приведен перечень показаний к хирургическому лечению у детей с ТОД (Эргешов, Овсянкина, Губкина, 2019). Отмечена высокая стрессогенность хирургического лечения (Ben Ari, Margalit, Udassin et al., 2018) и его сопряженность с риском развития у пациентов ряда психоэмоциональных нарушений при любых, даже плановых малоинвазивных вмешательствах (Kain, Wang, Mayes et al., 2001). Описаны психологические последствия проводимых во фтизиатрии торакальных операций для детей (Tomaszek, Cepuch, Fenikowski, 2019). Отмечается, что у определенного числа пациентов психоэмоциональные и поведенческие нарушения сохраняются и в отдаленном периоде после операции (Ben Ari, Margalit, Udassin et al., 2018; Milenin, 2012).

Показано, что хирургическое лечение, сопровождающееся страхом (в том числе и страхом смерти), неуверенностью, беспомощностью, соответствует критериям психотравмирующего события (Ben Ari, Margalit, Udassin et al., 2018). У 16-28% пациентов после проведенного хирургического лечения развиваются симптомы посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), оказывающие заметное влияние на физическое восстановление, психическое здоровье и функционирование во всех сферах жизни (Jia Shermin, Sally, Hong-Gu, 2012), у 6-8% детей выявляются симптомы депрессии или тревоги (Stanzel, Sierau, 2022). У детей с ТОД в предоперационном периоде выявлены повышенные уровни нервно-психической напряженности, тревоги и депрессии (у 86,7%, 73,3% и 13,3% пациентов, соответственно) (Шелоумова, Золотова, 2024).

Раскрывается понятие стресса (Исаев, 2005) с выделением трех видов стрессовых состояний (Кадыров, 2012). Рассматриваются особенности переживания стресса детьми (Захарова, Ершова, Творогова и др. 2021; Харламенкова, Никитина, Шаталова и др., 2022). Отмечается незрелость оценок своего состояния, трудности с осознанием чувств и эмоций, ограниченные возможности совладания с негативными переживаниями (Campbell, Wamser-Nanney, Sager, 2021; Харламенкова, Никитина, Шаталова и др., 2022).

Подчеркиваются сложности в измерении и концептуализации детского стресса (Doom, Cicchetti, 2018) и вариабельность в проявлениях и последствиях стресса у детей в разные возрастные периоды, обусловленная спецификой анатомических и физиологических особенностей приспособления организма к условиям окружающей среды (Акарачкова, 2022). Описываются особенности стресса, его проявлений и последствий у детей младшего школьного возраста. Отмечается, что значимым фактором, отрицательно влияющим на психологическое состояние детей данной возрастной категории, является страх (Вачков, 2026).

Выделены и содержательно проанализированы реакции детей на болезнь и госпитализацию (Шац, 2016; Захаров, 2007). Приведены типичные источники страхов, связанных с нахождением в стационаре (Шац, 2016; Hart, Bossert, 1994; Tuncay, Sarman, 2025; Öztürk, Topan, 2019).

В заключение параграфа рассматривается разработанная за рубежом модель

педиатрического медицинского травматического стресса (Kazak, Segal-Andrews, Johnson et al., 2006; Price, 2016), учитывающая разнообразие реакций детей на стрессовую ситуацию госпитализации, а также отечественные подходы к классификации стрессовых реакций (Прохоров, 2023; Дюкова, 2010), приводится определение госпитализационного стресса.

В следующем параграфе **«Факторы различий в реагировании на стресс у детей»** анализируются психологические механизмы опосредованного воздействия стрессовой ситуации на человека (Абабков, 2004; Вассеман, 2010).

Ставится вопрос о вариативности реагирования на стрессовую ситуацию и о причинах данного явления. В качестве методологических оснований индивидуально-психологических различий в переживании воздействия стрессора рассматриваются принципы детерминизма и субъекта (С.Л. Рубинштейн, А.В. Брушлинский, К.А. Абульханова-Славская, В.В. Знаков, Е.А. Сергиенко), динамический подход к исследованию личности (Л.И. Анцыферова).

Установлено, что неоднозначность влияния на человека трудных жизненных или стрессовых ситуаций обусловлена психологическим своеобразием личности, в частности восприятием мира как источника опасностей, низкой самооценкой, мировоззрением, окрашенным пессимизмом, а также наличием приобретенной (выученной) беспомощности, формирующейся преимущественно в раннем детстве вследствие депривации потребности ребенка в социальной поддержке, участии и одобрении (Анцыферова, 1994).

Анализируется основополагающая роль значимого взрослого в психическом развитии ребенка (Лисина, 2009). Показано, что в раннем детстве взаимодействие ребенка с близкими взрослыми, способными к адекватному пониманию его потребностей и эмоциональных состояний, становится основой для развития саморегуляции (Kopp, 1982, 1991). Акцентируется внимание на том, что саморегуляция является не только ключевым элементом здорового развития в детском возрасте, но и создает основу для развития дополнительных адаптивных способностей на протяжении всей жизни человека (Моросанова, Фомина, Бондаренко, Потанина, 2026; Loizzo, 2009; Mullen, Hall, 2015). Установлено, что материнская поддержка способствует, а родительская несензитивность в сочетании с беспорядочной средой – препятствует развитию регуляторных способностей ребенка (Сергиенко, 2009).

Выделяются детерминанты неблагоприятного реагирования на стрессовую ситуацию, в частности, повышенная тревожность, причиной возникновения которой в младшем школьном возрасте служит фрустрация потребности в надежности и защищенности со стороны ближайшего окружения, дисфункциональный характер отношений с близкими взрослыми, провоцирующий переживание ребенком постоянных психологических микротравм, порождающих состояние аффективной напряженности и беспокойства (Прихожан, 2006). Рассматривается влияние привязанности, характеризующей в том числе, качество отношений со значимыми взрослыми, на психическое здоровье ребенка и успешность его совладания со стрессом (Тарабрина, Харламенкова, Падун и др., 2017).

Показано, что неблагоприятный детский опыт является значимым и устойчивым фактором риска психических расстройств и суицидального поведения (Польская, 2026). В качестве важного модератора психологического благополучия рассматривается удовлетворенность ребенка взаимодействием с близким взрослым, ключевым аспектом которого является эффективная коммуникация, поддержка у детей удовлетворенности базовых психологических потребностей, в том числе в автономии, компетентности и связанности с другими (Гордеева, Сычев, Дворская, 2026). Подчеркивается, что семейные отношения имеют большее значение для удовлетворенности детей своей жизнью, чем социально-демографические факторы (Лето, Варшал, Петренко, Слободская, 2019).

Анализируется феномен тревожности в контексте, с одной стороны, его детерминации дисфункцией детско-родительских отношений, с другой стороны – взаимосвязи с другими психологическими трудностями. Продемонстрирована взаимосвязь дисфункциональных стилей воспитания с детской тревожностью (Быкасова, 2024; Головей, Василенко, Савенышева, 2016; Чернявская, Обидион, 2015; Агулова, Звездина, 2022; Федоренко, Писаревская, 2017; Казакова, Соколова, 2021; Chorpita, Barlow; 1998; Phillips, Hammen, Brennan et al., 2005; Murray, Creswell, Cooper, 2009).

Описаны психологические и нейробиологические механизмы формирования повышенной тревожности (Gray, McNaughton, 1996; Chorpita, Brown, Barlow, 2016). Показано, что раннее воздействие неблагоприятных семейных факторов может повлиять на развитие физиологических систем ребенка, в частности, гипоталамо–гипофизарно–надпочечниковой системы (Phillips, Hammen, Brennan et al., 2005), а также на консолидацию нейронных структур, направленных на мониторинг и/или избегание угрозы (Форд, Куртуа, 2022; Luby, Barch, Whalen et al., 2017; Miller, Chen, Parker, 2011). Подчеркивается центральная роль тревожности в возникновении других эмоциональных нарушений, в том числе симптомов депрессии (Chorpita, Barlow; 1998). Установлено, что дети с низким уровнем тревожности эффективнее справляются с госпитализационным стрессом (Bossert, 1994).

Раскрывается понятие когнитивных схем и репрезентаций как фактора опосредования стрессового реагирования (Бек, 2017; Падун, 2012; Bowlby, 1973; Микулинджер, Шейвер, 2023). Рассматриваются представления о существовании базовых когнитивных репрезентаций в раннем онтогенезе человека (Сергиенко, 1996, 1998, 2002; Харламенкова, Знаков, Сергиенко, Казымова, 2022). Описана возрастная динамика изменений репрезентаций родителей и себя у детей с опытом материнской депривации, а также различия в формировании репрезентаций в зависимости от наличия раннего опыта детско-родительских отношений (Ослон, 2012). Анализируется вклад дезадаптивных схем и репрезентаций в развитие психопатологических симптомов, указывающих на неэффективность совладания с трудной жизненной ситуацией (Фресвейк и др., 2022; Янг, 2020; Bosmans, 2010).

Рассматриваются особенности совладания со стрессом у детей. Отмечается, что формирование механизмов психологической защиты связано с определенной фазой индивидуального развития, а побудителем данного процесса выступают возникающие в онтогенезе многообразные виды тревоги, типичные для детей (Захаров, 1988, 2000; Никольская, 2000). Показано, что становление совладающего

поведения ребенка происходит под влиянием процессов семейного взаимодействия и детерминировано семейной структурой, родительским копинг-стилем, полоролевыми стереотипами воспитания, а также характером детско-родительских отношений (Михайлова, Смирнова, 2006).

Подчеркивается роль дальнейшего опыта социализации и взросления в трансформации имеющихся поведенческих паттернов (Хломов, Бочавер, Корнеев, 2020). Анализируется фрустрационное поведение детей во взаимосвязи с психоэмоциональными нарушениями (Бузунова, 2016; Калинина, 2013; Котова, Колесников, 2011; Ясюкова, 2021). Приводятся данные об особенностях фрустрационного поведения в клинических выборках детей (Алексеева, Володин, Петров, 2019; Восканова, Шутенко, 2017; Коробова, 2022). Показано, что сохранение психологического благополучия ребенка определяется как наличием своих собственных ресурсов, так и его включенностью в позитивные социальные отношения, обеспечивающие актуальную защиту от угроз и обучающие его самостоятельным навыкам преодоления тревоги и стресса (Харламенкова, 2022).

В заключение первой главы делаются выводы о том, что реагирование детей на стрессовую ситуацию длительной госпитализации важно исследовать с учетом общих закономерностей, обусловленных, в том числе спецификой стрессовой ситуации госпитализации во фтизиатрический стационар, а также закономерностями, связанными с возрастными особенностями, восприятием и оценкой стрессовой ситуации, а также способами совладания с ней (рис.1).

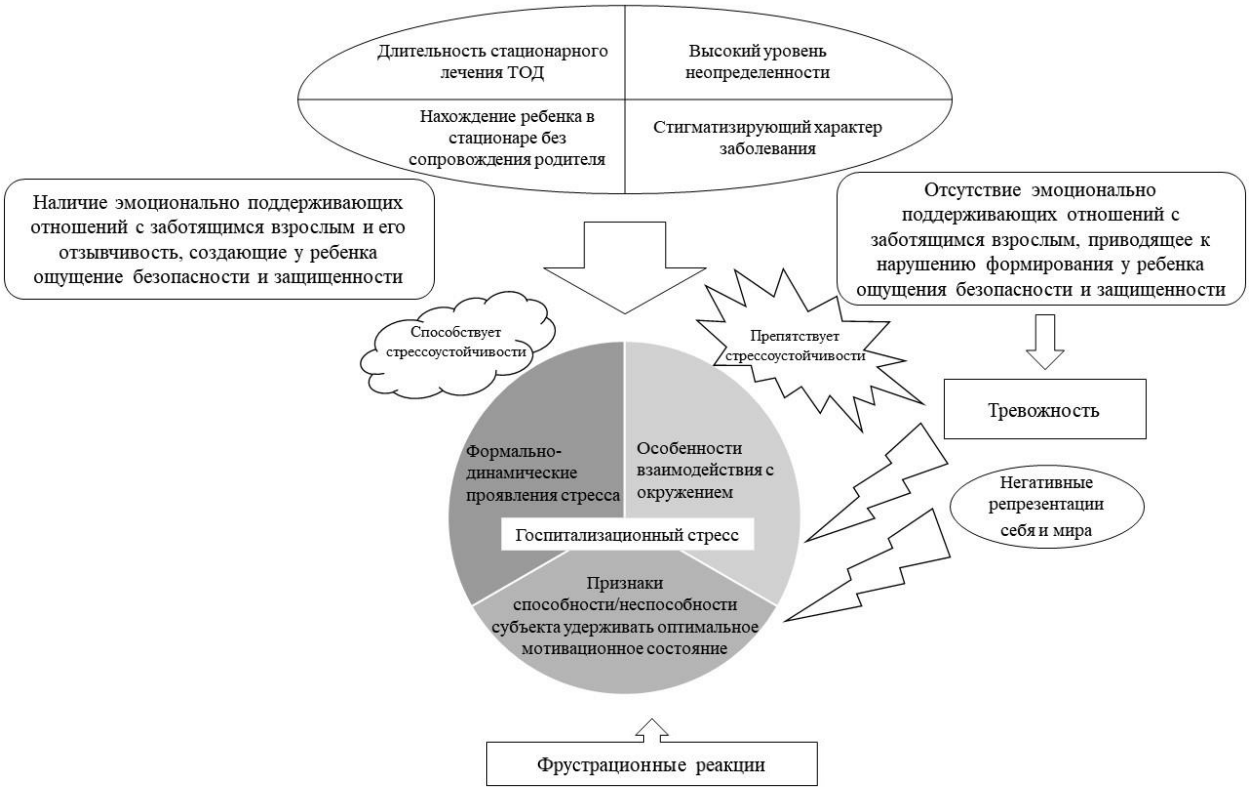


Рис. 1. Факторы различий в реагировании на ситуацию госпитализации у детей

В Главе 2 **«Методика исследования»** дается общая характеристика участников исследования, описана процедура обследования, обосновывается

выбор психодиагностических методик, а также методов математико-статистической обработки результатов исследования, приводятся данные контроля влияния латентных переменных.

В главе 3 **«Результаты исследования»** представлен анализ результатов диссертационного исследования, логика которого соответствует поставленной в диссертации цели и выдвинутым гипотезам.

В **параграфе 3.1. «Особенности госпитализационного стресса у детей»** рассмотрены признаки госпитализационного стресса (ГС) у детей и выделены разные по тяжести типы.

По данным частотного анализа *ГС с преобладанием нервно-психической напряженности*, у подавляющего большинства детей было выявлено наличие «тревоги» (64 (78,6%) и «стрессового состояния» 70 (82,2%). «Нервно-психическая напряженность» среднего уровня наблюдалась у 32 (37,6%), выше среднего – у 18 (21,2%) детей.

В категории *ГС с преобладанием поведенческих проблем* в большем проценте случаев преобладали «проблемы взаимоотношений со сверстниками». Отклоняющийся от нормы и пограничный уровни были выявлены в равной мере у 19 (22,4%) детей обследуемой выборки. Наряду с этим, для 21 (24,7%) ребенка был характерен пограничный уровень «проблем с поведением», проявляющийся агрессивностью по отношению к другим, раздражительностью, трудностями или нежеланием следовать правилам поведения. У 10 (11,8%) детей отмечался отклоняющийся от нормы уровень «гиперактивности/невнимательности», проявляющийся в трудностях концентрации внимания и импульсивности.

Данные частотного анализа признаков *ГС с преобладанием депрессивных реакций* продемонстрировали, что у подавляющего большинства детей (75 (88,2%)) выявлялись превышающие средний уровень значения по шкале «межличностные проблемы». Почти у половины детей (40 (47,1%)) значение по шкале «негативное настроение» превышало средний уровень, у трети детей (28 (32,9%)) наблюдались превышающие средние значения показатели «ангедонии». Отклоняющийся от нормы и пограничный уровень «эмоциональных симптомов» отмечался у 10 (11,8%) и 16 (18,8%) детей соответственно. Выявлено наличие у трети детей (28 (32,9%)) «негативной самооценки», включающей не только выраженное негативное отношение к себе, достигающее в крайнем варианте ненависти к себе, но и убежденность в отсутствии любви со стороны других и суицидальные мысли. Такие проявления оказывают негативное влияние на все сферы жизни ребенка, обусловливая тяжелое эмоциональное состояние и препятствуя адаптации к условиям стационара.

Отдельно оценивалась выраженность «просоциального поведения» у детей. Данный показатель у 77 (90,6%) респондентов находился в пределах нормативных значений, что, с одной стороны, можно рассматривать как проявление социальной нормативности, конформности и ориентации на групповые нормы, с другой стороны – как активную стратегию адаптации к новому социальному окружению, характеризующуюся стремлением продемонстрировать свою готовность прийти на помощь.

Для выделения *типов* ГС был проведен кластерный анализ методом k-средних (k-means). Для кластеризации были выбраны следующие признаки ГС: «стрессовое состояние», «общий показатель депрессии» и суммарное значение показателей поведенческих проблем («гиперактивности/невнимательности», «проблем с поведением», «проблем взаимоотношений со сверстниками»). Кластер 1 (n=29) характеризовался более выраженным «стрессовым состоянием» (значение данного показателя в данном кластере равно 17,30 при значении верхнего квартиля в выборке (Q3), равном 14,1). Кластер 2 (n=17) – высоким значением «общего показателя депрессии» (значение указанного показателя в данном кластере равно 74,41 баллам, при границе наиболее высокого уровня показателя депрессии, определенной методикой, равной 70 баллам). По суммарному показателю поведенческих проблем кластеры не различались. Кластер 3 (n=39) отличался нормативными значениями всех показателей.

С учетом данных кластерного анализа были выделены следующие типы ГС (рис. 2): *ГС с признаками беспокойства*, для которого характерна большая выраженность «нервно-психической напряженности», «тревоги» и «стрессового состояния»; *ГС с признаками подавленности*, дифференцирующим признаком которого является высокий уровень «негативного настроения», «межличностных проблем», «неэффективности», «ангедонии», «негативной самооценки» и «эмоциональных симптомов», и *ГС с признаками адаптивности*, отличающийся нормативными показателями всех категорий признаков ГС.

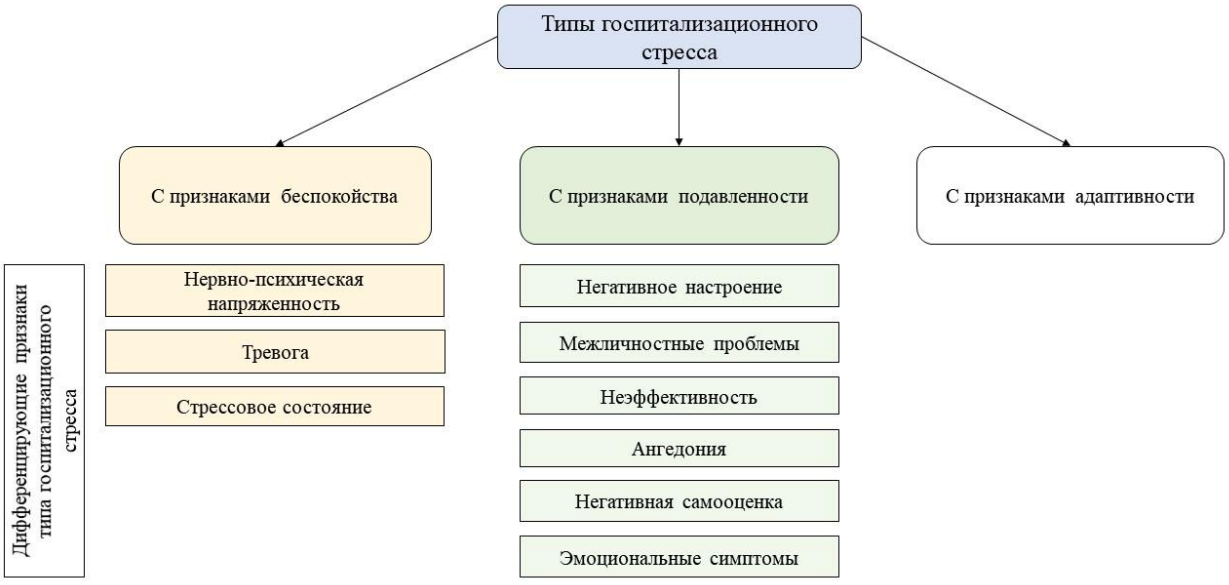


Рис. 2. Типы госпитализационного стресса

Таким образом, было показано, что наиболее распространенными проявлениями ГС у детей являются признаки нервно-психической напряженности. Поведенческие нарушения возникают при субъективно воспринимающейся возможности активных действий в стрессовой ситуации, в то время, как депрессивные реакции − в ее отсутствие. Признаки госпитализационного стресса группируются в различные по тяжести типы: от наиболее благоприятного, адаптивного, до наиболее тяжелого, характеризующегося выраженными депрессивными реакциями.

Параграф **3.2. «Госпитализационный стресс у детей с разным уровнем тревожности»** посвящен анализу вклада тревожности в госпитализационный стресс.

Анализ частотности отдельных уровней тревожности в выделенных кластерах, описывающих типы ГС, показал, что более, чем у трети детей (35,3%), для которых характерен *ГС с признаками подавленности*, отмечалась «очень высокая тревожность». Сочетание тревожности с высоким уровнем депрессии свидетельствует в пользу правомерности рассмотрения данного типа ГС в качестве наиболее тяжелого.

После рассмотрения различий между выделенными кластерами ГС в уровне тревожности была проанализирована выраженность признаков ГС и их специфика в группах детей с разным уровнем тревожности для выявления вклада данной личностной характеристики в переживание стрессовой ситуации госпитализации. Анализ отдельных признаков ГС в соотношении с уровнем тревожности позволяет представить картину их сопряженности более дифференцировано. Указанный подход к изучению ГС методологически близок к развивавшимся В.Д. Небылицыным представлениям о темпераменте, сфокусированным на том, что типологии не дают развернутую картину взаимосвязей отдельных параметров (Небылицын, 2000).

Для сравнения признаков ГС у детей, имеющих разный уровень тревожности, выборка была разделена на три группы по Шкале явной тревожности для детей (CMAS): группа 1 (n = 22) – с низким уровнем тревожности (≤ 4 стена), группа 2 (n = 43) – со средним уровнем тревожности (5 – 8 стен), группа 3 (n = 20) – с высоким уровнем тревожности (≥ 9 стену).

Были рассмотрены различия в признаках ГС и их специфика в группах детей с разным уровнем тревожности для выявления вклада данной личностной характеристики в переживание стрессовой ситуации госпитализации. Проведенный сравнительный анализ данных показал, что дети с высоким уровнем тревожности значимо отличаются от детей с низкой ($\varphi_{эмп}$=1,987; p<0,05) и средней тревожностью ($\varphi_{эмп}$=2,224; p<0,05) по частотности выявления типа ГС с признаками подавленности, характеризующегося выраженными депрессивными реакциями. В группе с высоким уровнем тревожности указанный тип ГС выявлялся чаще − в 40,0% случаев и являлся преобладающим.

В результатах проведенного сравнительного анализа обращает на себя внимание отсутствие различий между группами с разным уровнем тревожности по показателям *нервно-психической напряженности* (показатели «нервно-психической напряженности», «тревоги» и «стрессового состояния»), которое может объясняться влиянием актуальной стрессовой ситуации. В группе признаков *ГС с преобладанием депрессивных реакций* были выявлены значимые различия по следующим показателям: «негативному настроению» (H = 12,665, p < 0,01), «неэффективности» (H = 9,047, p < 0,05) и «эмоциональным симптомам» (H = 17,006, p < 0,0001) с большей их выраженностью в группе детей с высоким уровнем тревожности. Таким образом, можно полагать, что признаки ГС, относящиеся к категории *с преобладанием депрессивных реакций*, в большей степени обусловлены не только влиянием актуальной стрессовой ситуации, но и тревожностью,

являющейся своеобразным внутриличностным условием такого типа реагирования.

Сравнительный анализ выраженности отдельных признаков госпитализационного стресса при разном уровне тревожности выявил также наличие межгрупповых различий в проявлениях *ГС,* относящихся *к поведенческим проблемам*: «гиперактивности/невнимательности» (H=7,109; p < 0,05) и «проблем с поведением» (H=6,056; p<0,05). Наибольшая выраженность «гиперактивности/невнимательности» отмечалась у детей с высоким уровнем тревожности.

Попарные сравнения признаков ГС в группах с разным уровнем тревожности показали, что детей с высоким уровнем тревожности от детей со средним отличает большая выраженность таких признаков ГС, входящих в группу *с преобладанием депрессивных реакций*, как «негативное настроение» (U=658,50; p<0,001) и «эмоциональные симптомы» (U=695,00; p<0,0001). Сравнительный анализ признаков ГС у детей с низким и высоким уровнем тревожности выявил наличие межгрупповых различий по следующим показателям ГС, входящих в группу признаков *с преобладанием депрессивных реакций*: «неэффективности» (U=337,50; p<0,01) и «эмоциональным симптомам» (U=343,50; p<0,01), с большей их выраженностью у детей с высоким уровнем тревожности.

В параграфе **3.3 «Взаимосвязь репрезентаций себя и мира с госпитализационным стрессом при разном уровне тревожности»** анализируется специфика репрезентаций себя и мира у детей с разным уровнем тревожности. Под репрезентациями мира в данном случае понимаются репрезентации отдельных характеристик социального окружения и безопасности/опасности окружающего мира.

Для оценки различий в выраженности репрезентаций у детей с разным уровнем тревожности был проведен сравнительный анализ (табл. 1).

Таблица 1.

Результаты попарных сравнений выраженности репрезентаций в группах с разным уровнем тревожности[1]

<table>
<tr><td>Репрезентации</td><td colspan="2">Группа 1[2] и 2[3]</td><td colspan="2">Группа 1[2] и 3[4]</td><td colspan="2">Группа 2[3] и 3[4]</td></tr>
<tr><td></td><td>Группа 1 (n=22), средний ранг</td><td>Группа 2 (n=43), средний ранг</td><td>Группа 1 (n=22), средний ранг</td><td>Группа 3 (n=20), средний ранг</td><td>Группа 2 (n=43), средний ранг</td><td>Группа 3 (n=20), средний ранг</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Я чувствую, что рано или поздно мои друзья наговорят про меня что-нибудь плохое</td><td colspan="2" rowspan="2"></td><td>16,34</td><td>27,18</td><td>27,55</td><td>41,58</td></tr>
<tr><td colspan="2">U=333,50; p=0,003</td><td colspan="2">U=621,50; p=0,003</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Я не могу понять, как меня можно любить</td><td colspan="2" rowspan="2"></td><td colspan="2" rowspan="2"></td><td>27,93</td><td>40,75</td></tr>
<tr><td colspan="2">U=605,00; p=0,005</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Я не заслуживаю того, чтобы меня любили</td><td colspan="2" rowspan="2"></td><td>16,68</td><td>26,80</td><td>26,97</td><td>42,82</td></tr>
<tr><td colspan="2">U=326,00; p=0,005</td><td colspan="2">U=646,50; p=0,001</td></tr>
</table>

Продолжение таблицы 1.

Репрезентации	Группа 1[2] и 2[3]		Группа 1[2] и 3[4]		Группа 2[3] и 3[4]	
	Группа 1 (n=22), средний ранг	Группа 2 (n=43), средний ранг	Группа 1 (n=22), средний ранг	Группа 3 (n=20), средний ранг	Группа 2 (n=43), средний ранг	Группа 3 (n=20), средний ранг
Никто не уделяет мне достаточно времени, когда я в этом нуждаюсь					27,74	41,15
					U=613,00; p=0,003	
Я делаю для других больше, чем получаю в ответ					27,83	40,98
					U=609,50; p=0,005	
Что-нибудь всегда пойдет не так, как надо	24,64	37,28	14,59	29,10		
	U=657,00; p=0,005		U=372,00; p=0,0001			
Если я совершу ошибку, я должен быть наказан					27,58	41,50
					U=620,00; p=0,003	

Примечание: [1] – представлены различия, значимость которых сохранялась после применения поправки Холма-Бонферрони на множественную проверку гипотез; [2] – группа с низким уровнем тревожности; [3] – группа со средним уровнем тревожности; [4] – группа с высоким уровнем тревожности.

Дети с низким и средним уровнем тревожности различались выраженностью репрезентации «что-нибудь всегда пойдет не так, как надо» (U=657,00; p=0,005), отражающей негативные ожидания от будущего: у детей со средним уровнем тревожности она значительно выше. Для детей из группы с высоким уровнем тревожности характерна большая, чем у детей с низким и средним уровнем тревожности, выраженность репрезентаций, содержанием которых являются негативные ожидания («я чувствую, что рано или поздно мои друзья наговорят про меня что-нибудь плохое», «что-нибудь всегда пойдет не так, как надо»), убеждения в том, что ребенок недостоин любви («я не заслуживаю того, чтобы меня любили», «я не могу понять, как меня можно любить»), ориентация на удовлетворении потребностей других людей («я делаю для других больше, чем получаю в ответ»), ощущаемое отсутствие принятия и поддержки («я не получаю внимания и любви») и убежденность в необходимости наказания за любую ошибку («если я совершу ошибку, я должен быть наказан»).

Полученные данные указывают на то, что при высоком уровне тревожности у детей наблюдается большее число негативных репрезентаций себя и мира, что является закономерным ввиду наличия общего фактора формирования данных характеристик – дисфункциональных детско-родительских отношений. В раннем возрасте этот неблагоприятный фактор приводит к развитию повышенной тревожности, обусловливающей фундаментальную аттенциональную предвзятость к угрозам и негативную антиципацию (Форд, 2022).

Показано, что именно социальные стрессоры, к которым относятся и негативные паттерны взаимодействия с ребенком со значимым взрослым,

оказывают наибольший негативный эффект на развивающийся мозг ребенка (Schore, 2000), обусловливая появление биологически укоренившихся представлений об опасности, консолидацию нейронных структур, направленных в основном на мониторинг и/или избегание угроз (Александров, Булава, Бахчина и др., 2022; Luby, Barch, Whalen et al., 2017; Miller, Chen, Parker, 2011).

Сравнительный анализ выраженности репрезентаций при разных типах ГС показал, что дети, для которых характерен *ГС с признаками подавленности*, отмечали в качестве более достоверных для себя утверждения, отражающие, с одной стороны, завышенные требования к себе и желание показать другим, что они хорошие («я очень требователен к себе и изо всех сил стараюсь показать другим, насколько я хороший» ($U=171{,}50$; $p<0{,}01$)), с другой стороны – низкую самооценку («как бы я ни старался в школе, другие всегда оказываются более успешными, чем я» ($U=139{,}50$; $p<0{,}0001$)). Сочетание репрезентаций такого рода может указывать на наличие у ребенка гиперкомпенсационных стратегий, направленных на поддержание позитивного самоощущения. Отдельные репрезентации, выраженность которых была выше у детей с ГС с признаками подавленности, отражали их ориентацию на удовлетворение потребностей других людей в ущерб собственным: «когда меня просят о помощи, я делаю все, даже когда я уже не в силах это делать» ($U=148{,}00$; $p<0{,}0001$), «мнение других важнее для меня, чем мое собственное» ($U=167{,}00$; $p<0{,}01$). В ситуации госпитализации, когда ребенок сталкивается с большим количеством новых людей, как сверстников, так и взрослых, подобные стратегии могут существенно повышать стрессовую нагрузку.

Для выявления связи репрезентаций себя и мира с отдельными признаками ГС у детей с разным уровнем тревожности вначале приведем перечень репрезентаций, частотность которых в группах превышала 50,0% (рис. 3).

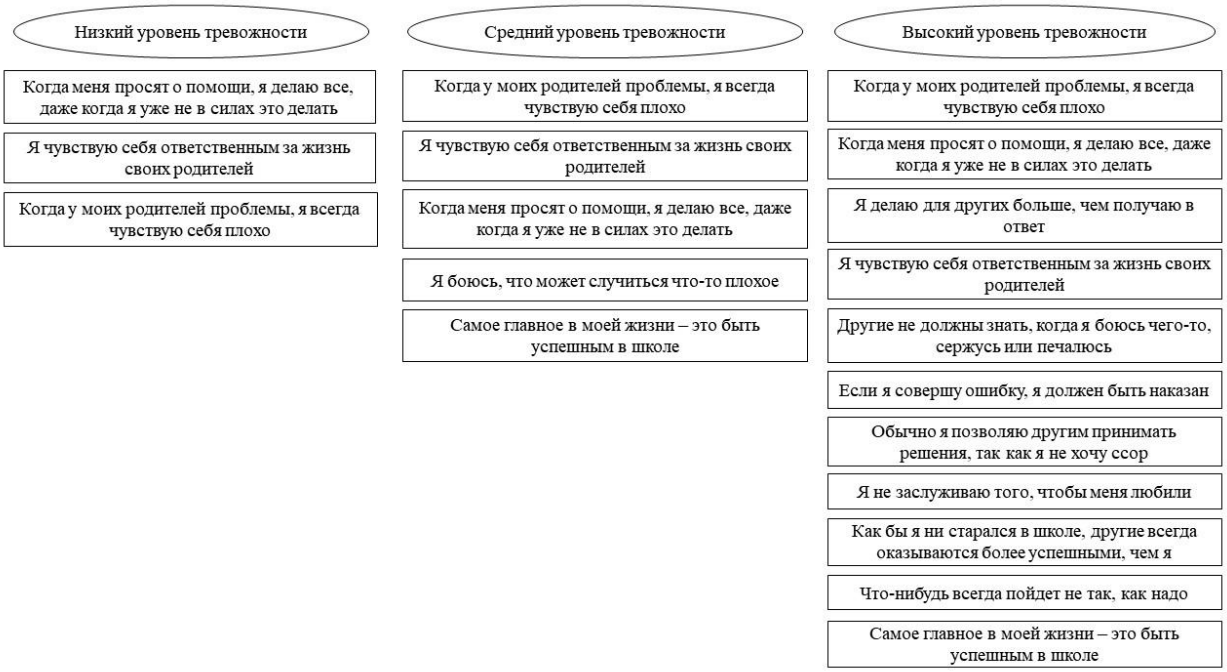


Рис. 3. Наиболее частотные репрезентации в группах с разным уровнем тревожности

В группах с низким и средним уровнем тревожности отсутствовали значимые взаимосвязи репрезентаций с признаками ГС. У детей с высоким уровнем тревожности отдельные репрезентации были связаны с признаками нервно-психической напряженности и депрессивными реакциями (рис. 4). Репрезентация «я делаю для других больше, чем получаю в ответ», была положительно связана с такими показателями ГС (показатели нервно-психической напряженности), как «нервно-психическая напряженность» и «тревога» (τ=0,571; p=0,002 и τ=0,602; p=0,002 соответственно). Данная репрезентация может отражать чувствительность к справедливости как личностную диспозицию ребенка, с восприятием себя в качестве «жертвы».

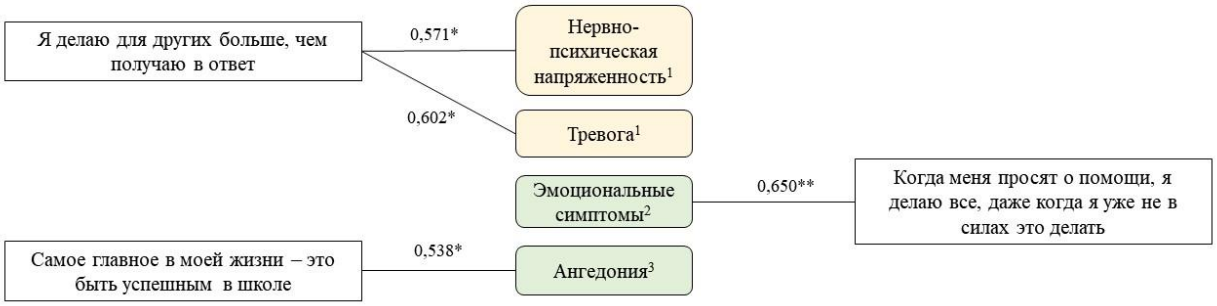


Рис. 4. Взаимосвязь репрезентаций с показателями госпитализационного стресса в группе с высоким уровнем тревожности

Наряду с этим, с репрезентациями были связаны отдельные признаки ГС, включающие показатели, объединенные в группу с преобладанием депрессивных реакций: «эмоциональные симптомы» − с репрезентацией «когда меня просят о помощи, я делаю все, даже когда я уже не в силах это делать» (τ=0,650; p=0,001), «ангедония» − с репрезентацией «самое главное в моей жизни – это быть успешным в школе» (τ=0,538; p=0,01). Указанные репрезентации отражают стратегии приспособления ребенка к условному принятию со стороны близких взрослых. При этом, репрезентация «когда меня просят о помощи, я делаю все, даже когда я уже не в силах это делать» описывает пассивную поведенческую стратегию, при которой ребенок не отказывает в просьбах о помощи даже в отсутствии личностных ресурсов для этого, а репрезентация «самое главное в моей жизни – это быть успешным в школе» − активную, направленную на школьные достижения.

Заключительный параграф эмпирической главы **3.4 «Фрустрационные реакции и их взаимосвязь с госпитализационным стрессом»** посвящен анализу взаимосвязи фрустрационных реакций, представляющих собой смысловые установки, лежащие в основе совладающего поведения, с показателями госпитализационного стресса в зависимости от имеющегося у ребенка уровня тревожности.

С целью выделения паттернов фрустрационного поведения у детей был проведен кластерный анализ методом k-средних (k-means), в который были включены все показатели фрустрационных реакций. Полученные результаты показали, что у 21% детей (n=18 чел.) наблюдался паттерн фрустрационного поведения, характеризующийся превышающими нормативные значения

показателями экстрапунитивной (65,74%) направленности и типа реакций с фиксацией на препятствии (43,86%) – Кластер А. Преобладающей направленностью реакций в данном случае являлась экстрапунитивная, при превышении нормативного значения проявляющаяся активным оживленным поведением, открытым проявлением недовольства, озабоченности, раздражения и гнева, с вовлечением в свои переживания окружающих (Ясюкова, 2021).

Показатель реакций с фиксацией на препятствии, превышающий нормативное значение, при преобладании реакций экстрапунитивной направленности указывает на тенденцию к застреванию на фрустрирующей ситуации, погружение в переживания и эмоциональную инерцию, препятствующую конструктивному подходу к анализу событий (Ясюкова, 2021). Активность ребенка при этом направляется на обсуждение случившегося с окружающими, высказывание возмущения, критику существующих правил и того, как складываются обстоятельства.

У большинства респондентов (54%, n=46 чел.) фрустрационное поведение описывалось Кластером В, с превышающими нормативные значения показателями интропунитивной (27,67%) и импунитивной (38,58%) направленности фрустрационных реакций, а также типа реакций с фиксацией на разрешении ситуации (33,17%).

Показатель реакций с фиксацией на разрешении ситуации, превышающий нормативное значение, при наличии примерно равного количества реакций интропунитивного и импунитивного направлений фрустрационных реакций указывает на беспечность и бездеятельность, при которых ребенок, понимая, каким образом необходимо действовать, не реагирует на фрустрирующую ситуацию вовремя, надеясь на ее спонтанное разрешение (Ясюкова, 2021). Несмотря на то, что использование данной стратегии в большинстве случаев позволяет справиться с проблемой, возможно появление сложностей, обусловленных несвоевременным началом действий.

Для 25% (n=21чел.) был характерен паттерн фрустрационного поведения, описываемый Кластером С, с превышающими нормативные значения показателями импунитивного направления (57,73%) и типа реакций с фиксацией на препятствии (69,74%). Для данного типа фрустрационного поведения свойственна тенденция восприятия неприятностей как мелочей жизни, на которые не стоит обращать внимания. При этом ребенок ничего не предпринимает для исправления ситуации и не замечает происходящего вокруг него (Ясюкова, 2021). На этапе стационарного лечения, когда ребенок существенно ограничен в возможности влияния на происходящее, подобная стратегия может иметь адаптивный характер. Однако, важной является сформированность и других поведенческих паттернов для дифференцированного и гибкого их использования.

По данным сравнительного анализа, при высоком уровне тревожности частота паттерна фрустрационного поведения, включающего показатели экстрапунитивной направленности реакций с их фиксацией на препятствии, была значимо больше, чем в группах с низким и средним уровнем тревожности (табл. 2).

Таблица 2.

Результаты попарных сравнений выраженности репрезентаций в группах с разным уровнем тревожности[1]

Паттерны фрустрационного поведения	Низкий уровень тревожности (n=22), абс. (%)	Средний уровень тревожности (n=43), абс. (%)	Высокий уровень тревожности (n=20), абс. (%)
Кластер А	3 (13,6)	7 (16,3)	8 (40,0) [a*b*]
Кластер В	12 (54,6)	28 (65,1)	6 (30,0) [b**]
Кластер С	7 (31,8)	8 (18,6)	6 (30,0)
Всего	22 (100)	43 (100)	20 (100)

Примечание: [a] – различия между группами с низким и высоким уровнем тревожности; [b] – различия между группами со средним и высоким уровнем тревожности; значимость различий по угловому преобразованию Фишера (φ): * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$.

Показано, что для детей с высоким уровнем тревожности характерно застревание на фрустрирующей ситуации с погружением в переживания, а также эмоциональная инерция, препятствующая конструктивному подходу к анализу событий, направление активности на высказывание возмущения и критику существующих правил, что сопровождалось, как было показано выше поведенческими проблемами и таким признаком *госпитализационного стресса с преобладанием депрессивных реакций*, как «эмоциональные симптомы».

Наряду с этим, наблюдались значимые различия в частотности паттерна фрустрационного поведения, характеризующегося превышающими нормативные значения показателями интропунитивной и импунитивной направленности фрустрационных реакций, а также типа реакций с фиксацией на разрешении ситуации, между группой со средним уровнем тревожности и группой с высоким уровнем тревожности с большей его частотностью в группе со средним уровнем тревожности. Ранее было показано, что данный паттерн фрустрационного поведения характеризуется отсутствием активных попыток повлиять на ситуацию, когда ребенок вовремя не реагирует на обстоятельства, надеясь на спонтанное разрешение фрустрирующей ситуации. Проведенный анализ показал, что наименьшая частотность данного паттерна наблюдается в группе с высоким уровнем тревожности.

Таким образом, было отмечено, что в стрессовой ситуации госпитализации дети с высоким уровнем тревожности используют менее эффективные стратегии фрустрационного поведения, сопряженные с таким признаком *госпитализационного стресса с преобладанием поведенческих проблем*, как сложности во взаимоотношениях со сверстниками, и депрессивными реакциями. Полученные результаты соотносятся с данными предыдущих исследований, демонстрирующих связь различных паттернов экстернализирующего поведения с тревожностью (Carbonneau R, Vitaro F, Brendgen et al., 2024), и прослеживающих механизмы их совместного развития с раннего детства (Isdahl-Troye, Villar, Domínguez-Álvarez et al., 2022).

Обращают на себя внимание данные о наличии меньшей выраженности «просоциального поведения» у детей с паттерном фрустрационного поведения, описываемого Кластером А, преобладающего у детей с высоким уровнем тревожности, что соотносится с выводами C.M. Sylvester с соавторами, показавшими, что наблюдающаяся при повышенной тревожности чрезмерная фокусировка на обнаружении и избегании опасности обусловливает серьезные межличностные трудности вследствие неспособности распознавать сигналы, передающие эмоции и намерения других людей (Sylvester, Petersen, Luby, Barch, 2016).

В **обсуждении результатов** дается интерпретация основных результатов проведенной работы в сопоставлении с теоретико-методологическими основами диссертационного исследования. Показывается, что систематизация различных аспектов стрессовой ситуации госпитализации во фтизиатрический стационар способствует более полному пониманию сложной природы этого явления (Д.Н. Исаев; И.К. Шац; Ю.С. Шевченко). Рассматривается вопрос о том, что реагирование детей на стрессовую ситуацию длительной госпитализации определяется не только ее объективными характеристиками, но и субъективной оценкой и способами совладания с ней. Указывается, что несмотря на безусловно стрессовый характер ситуации длительной госпитализации, влияние исследуемого стрессора на психоэмоциональное состояние пациентов не универсально. Вариативность психологического ответа на стрессогенное воздействие госпитализации обусловлена многообразием «внутренних условий» личности (Рубинштейн, 2017).

В заключение диссертационной работы подводятся итоги исследования, делаются **выводы**:

1. Основным выводом диссертационной работы является утверждение, согласно которому госпитализационный стресс представляет собой совокупность психологических реакций на ситуацию помещения в стационар, относящихся к следующим категориям: формально-динамическим проявлениям стресса (признаки нервно-психической напряженности), особенностям взаимодействия с социальным окружением (поведенческие проблемы) и признакам способности/неспособности субъекта удерживать оптимальный мотивационный уровень, сохранять интересы и ориентиры на будущее либо утрачивать оптимальное мотивационное состояние (депрессивные реакции). Признаки госпитализационного стресса группируются в различные по тяжести типы: «госпитализационный стресс с признаками беспокойства», «госпитализационный стресс с признаками подавленности», «госпитализационный стресс с признаками адаптивности».
2. Доказано, что тяжелый госпитализационный стресс с признаками подавленности у детей с туберкулезом органов дыхания, характеризующийся интенсивными депрессивными реакциями, сопряжен с высоким уровнем тревожности. Детей с высоким уровнем тревожности отличает большая выраженность отдельных признаков госпитализационного стресса – убежденности в собственной неэффективности, негативного настроения и эмоциональных симптомов.

3. Показано, что детей с высоким уровнем тревожности отличает значительное число негативных репрезентаций себя и мира, отражающих восприятие себя как недостойного любви, ориентацию на удовлетворение потребностей других людей в ущерб собственным желаниям, уверенность в неблагоприятном развитии событий и в неизбежности наказания за любую ошибку. Широкий спектр негативных репрезентаций себя и мира выявлен при тяжелом типе госпитализационного стресса с признаками подавленности.
4. Выраженность ряда признаков госпитализационного стресса у детей с туберкулезом органов дыхания связана с определенным паттерном фрустрационного поведения, − экстрапунитивными реакциями с фиксацией на препятствии. Данный паттерн фрустрационного поведения характерен для детей с высоким уровнем тревожности, явными поведенческими проблемами и депрессивными реакциями.
5. Установлено, что в стрессовой ситуации госпитализации у детей с туберкулезом органов дыхания, предпочитающих паттерн фрустрационного поведения, характеризующийся превышающими нормативные значения показателями экстрапунитивной направленности реакций с фиксацией на препятствии, выявлена слабая ориентация на просоциальное поведение.

Публикации в рецензируемых научных журналах, рекомендованных ВАК при Министерстве науки и высшего образования Российской Федерации, а также международных изданиях (Web of Science и Scopus)

1. Шелоумова О.С. Госпитализационный стресс у детей: от истории изучения к содержанию понятия // Институт психологии Российской академии наук. Организационная психология и психология труда. 2026. Т. 11, № 1. С. 93−109.

2. Шелоумова О.С. Взаимосвязь фрустрационных реакций и психоэмоционального состояния детей с туберкулезом органов дыхания // Вестник Омского университета. Серия: Психология. 2025. № 4. С. 46−56.

3. Шелоумова О.С. Психоэмоциональный статус детей младшего школьного возраста с туберкулезом органов дыхания при поступлении в стационар и его связь с ранними дезадаптивными схемами // Консультативная психология и психотерапия. 2024. Т. 32, № 2(124). С. 48−67.

4. Шелоумова О.С., Золотова Н.В. Факторы негативных переживаний у детей с туберкулезом органов дыхания, находящихся на стационарном лечении // Консультативная психология и психотерапия. 2022. Т. 30, № 2(116). С. 92−108.

Публикации в других научных изданиях

5. Шелоумова О.С. Репрезентации себя и мира у детей с разным уровнем тревожности в контексте адаптации к стационарному лечению туберкулеза органов дыхания // Клиническая (медицинская) психология в здравоохранении: Сборник статей по материалам международной научно-практической конференции, посвященной 91-летию КГМУ, Курск, 29 мая 2026 года. Курск: Курский государственный медицинский университет, 2026. С. 248−253.

6. Шелоумова О.С. Взаимосвязь дезадаптивных убеждений с показателями

депрессии у детей с туберкулезом органов дыхания // Психология стресса и совладающего поведения: ресурсы и устойчивость в мире неопределенности: Материалы VII Международной научно-практической конференции, Кострома, 18–20 сентября 2025 года. – Кострома: Костромской государственный университет, 2025. С. 213−217.

7. Шелоумова О.С. Психологические особенности детей с туберкулезом органов дыхания с разным уровнем тревожности // Стресс и саморегуляция в образовательной и профессиональной средах: Сборник статей по материалам Международной научно-практической конференции, Москва, 20–21 мая 2025 года. – Москва: Федеральный научный центр психологических и междисциплинарных исследований, 2025. С. 297−303.

8. Шелоумова О.С. Специфика дезадаптивных убеждений у детей с туберкулезом органов дыхания с разным уровнем тревожности // Ананьевские чтения - 2025: Материалы международной конференции, Санкт-Петербург, 21–24 октября 2025 года. – Нижний Новгород: ООО "Союзкниг", 2025. С. 474.

9. Шелоумова О.С. Длительное стационарное лечение туберкулеза органов дыхания как фактор риска посттравматического стресса // Психология посттравматического стресса: методология, теория, практика: Материалы конференции, Москва, 22–23 мая 2025 года. – Москва: Институт психологии РАН, 2025. С. 600−605.

10. Шелоумова О.С. Педиатрический медицинский травматический стресс у детей младшего школьного возраста с туберкулезом органов дыхания при поступлении в стационар // Психологические исследования (Труды молодых ученых ИП РАН): Сборник статей. Москва: Институт психологии РАН, 2024. С. 105−118.

11. Шелоумова, О. С. Взаимосвязь фрустрационных реакций с показателями психоэмоционального статуса и ранними дезадаптивными схемами у детей с туберкулезом органов дыхания // Психология личности: методология, теория, практика (Методология, теория и история психологии): Сборник статей. Москва: Институт психологии РАН, 2024. С. 1074−1079.

12. Шелоумова, О.С. Диагностика ранних дезадаптивных схем в оценке риска психологической дезадаптации у детей с туберкулезом органов дыхания в стационаре // Медицинская психология на страже здоровья страны: сборник научных трудов по материалам международной научно-практической конференции, посвященной 89-летию КГМУ, 25-летию факультета клинической психологии, Году семьи, Курск, 31 мая 2024 года. Курск: Курский государственный медицинский университет, 2024. С. 281−283.

13. Шелоумова, О.С. Особенности фрустрационного поведения детей младшего школьного возраста с туберкулезом органов дыхания в ситуации госпитализации // Ананьевские чтения - 2024: Материалы международной научной конференции, посвященной 80-летию общей психологии в Санкт-Петербургском государственном университете, Санкт-Петербург, 16–18 октября 2024 года. Нижний Новгород: ООО "Союзкниг", 2024. С. 51.

14. Шелоумова, О. С. Психологическое сопровождение детей с туберкулезом органов дыхания в стационаре // Медицинская психология в здравоохранении:

Сборник научных трудов по материалам Всероссийской научно-практической конференции, Курск, 26 мая 2022 года / Сост. А.И. Блюм, И.Н. Земзюлина, Н.В. Смирнов, отв. редактор В.А. Липатов. Курск: Курский государственный медицинский университет, 2022. С. 117−122.

15. Шелоумова, О. С. Взаимосвязь ранних дезадаптивных схем с уровнем нервно-психической напряженности у детей в условиях стационарного лечения туберкулеза органов дыхания // Человек, субъект, личность: перспективы психологических исследований: Материалы Всероссийской научной конференции, посвященной 90-летию со дня рождения А. В. Брушлинского и 300-летию основания Российской академии наук, Москва, 12–14 октября 2023 года. Москва: Институт психологии РАН, 2023. С. 1254−1258.

16. Шелоумова, О.С. Особенности психоэмоционального состояния детей младшего школьного возраста с туберкулезом органов дыхания в стрессовой ситуации поступления в стационар // Психология - наука будущего: Материалы X Международной конференции молодых ученых, Москва, 16–17 ноября 2023 года. Москва: Институт психологии РАН, 2023. С. 573−576.