ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ НАУКИ
ИНСТИТУТ ПСИХОЛОГИИ РОССИЙСКОЙ АКАДЕМИИ НАУК

На правах рукописи

Шелоумова Оксана Сергеевна

Госпитализационный стресс у детей с разным уровнем тревожности

Специальность: 5.3.7 – возрастная психология
(психологические науки)

Диссертация
на соискание ученой степени
кандидата психологических наук

Научный руководитель:
доктор психологических наук, профессор
Харламенкова Наталья Евгеньевна

Москва – 2026

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение **4**

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ И ЗАРУБЕЖНЫХ ПОДХОДОВ К ИССЛЕДОВАНИЮ ГОСПИТАЛИЗАЦИОННОГО СТРЕССА У ДЕТЕЙ **17**

1.1. Психологические характеристики ситуации госпитализации и особенности стрессового реагирования на нее в детском возрасте 17

1.2. Факторы различий в реагировании на стресс у детей 29

1.2.1 Характер отношений ребенка со значимым взрослым и устойчивость к стрессу 29

1.2.1.1 Тревожность у детей как следствие дисфункциональных отношений со значимым взрослым и ее взаимосвязь с другими психологическими проблемами 35

1.2.1.2 Репрезентация себя и мира в контексте психологического благополучия 38

1.2.2 Совладание со стрессом и его особенности в детском возрасте. Фрустрационные реакции как элемент совладающего поведения 48

Выводы по первой главе 53

ГЛАВА 2. МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ **56**

2.1. Процедура психологического обследования 56

2.2. Обоснование релевантности диагностического инструментария. Методы статистической обработки данных 57

2.2.1 Методики 57

2.2.2 Методы статистической обработки данных 62

2.3 Исследовательская база 62

2.3.1 Выборка исследования 62

2.3.2 Контроль влияния латентных переменных 63

ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ..... 70

3.1 Особенности госпитализационного стресса у детей 70

3.2 Госпитализационный стресс у детей с разным уровнем тревожности 86

3.2.1 Сопряженность типов госпитализационного стресса с тревожностью .. 86

3.2.2 Возрастные особенности госпитализационного стресса у детей с разным уровнем тревожности 88

3.2.3 Признаки госпитализационного стресса у детей с разным уровнем тревожности 94

3.3 Взаимосвязь репрезентаций себя и мира с госпитализационным стрессом при разном уровне тревожности 104

3.3.1 Специфика репрезентаций себя и мира у детей с разным уровнем тревожности..... 105

3.3.2 Сопряженность репрезентаций себя и мира с разными типами госпитализационного стресса 119

3.4 Фрустрационные реакции и их взаимосвязь с госпитализационным стрессом при разном уровне тревожности..... 127

Обсуждение результатов 137

Выводы 143

Заключение 145

Список литературы..... 147

Приложение I. Структурированное интервью..... 185

Приложение II. Результаты факторного анализа 187

Приложение III. Результаты кластерного анализа признаков госпитализационного стресса 190

Приложение IV. Результаты кластерного анализа показателей фрустрационных реакций 191

ВВЕДЕНИЕ

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, 2020 (а); 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, ключевым 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 16 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» (г. Санкт-Петербург); XI Международной конференции молодых ученых «Психология – наука будущего», посвященной 30-летию Факультета психологии Государственного академического университета гуманитарных наук (г. Москва); Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Аксеновские чтения», посвященной памяти профессора В. А. Аксеновой; Международной научно-практической конференции «Клиническая (медицинская) психология в здравоохранении», посвященной 91-летию Курского государственного медицинского университета.

Структура и объем работы. Диссертация состоит из введения, трех глав, обсуждения результатов, выводов, заключения, списка использованной литературы, приложения. Объем основного текста диссертации составляет 146 страниц и содержит 32 таблицы, 18 рисунков. Список литературы составил 366 наименований, из них 202 работы на английском языке.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ И ЗАРУБЕЖНЫХ ПОДХОДОВ К ИССЛЕДОВАНИЮ ГОСПИТАЛИЗАЦИОННОГО СТРЕССА У ДЕТЕЙ

1.1. Психологические характеристики ситуации госпитализации и особенности стрессового реагирования на нее в детском возрасте

Болезнь, являющаяся, с одной стороны, экзистенциальным событием, с другой стороны – частью внутреннего субъективного опыта, ставит человека перед ситуацией утраты ряда возможностей, а также меняет самоощущение (Семенков, 2019). Указанные изменения обусловливают стрессогенную природу заболевания и приводят к необходимости психологической адаптации к нему. Данная проблема нашла отражение в многочисленных исследованиях как в России, так и за рубежом (Demetriou, Boulton, Bowden et al., 2024; Абросимов, 2020; Вассерман, Абабков, Трифонова, 2010; Вассерман, Трифонова, Федорова, 2008; Исаева, 2015; Fennell, 2003; Helgeson, Zajdel, 2017; Krupp, 1976; Morse, Johnson, 1991; Sharpe, Curran, 2006; Ebrahimgol, Khanjani, Abdi et al., 2025). Несмотря на то, что болезнь является стрессогенным событием в любом возрасте, ее психологические последствия для детей, ввиду возрастных особенностей, могут иметь более выраженные признаки. Н.В. Тарабрина акцентирует внимание на том, что при возникновении тяжелого соматического заболевания ребенок оказывается в новой психологической реальности, представляющей сложность как для него, так и для семейного окружения. Негативное влияние болезни на физическое и эмоциональное состояние ребенка, может обусловливать развитие посттравматического стрессового расстройства, особенно в случае госпитализации (Тарабрина, 2001).

Пребывание в стационаре, сопряженное со значительными изменениями в большинстве сфер жизни ребенка, может вызывать различные психологические трудности, основными из которых являются эмоциональные и поведенческие нарушения (Гурьева, Быкова, Валиуллина, 2022; Ковалева, Журавлева, Розумейко и др., 2020; Спирина, Бишарова, 2014; Шельшакова, 2019; Bonn, 1994; Hägglöf, 1999; Levy, Kronenberger, Carter, 2008; Misra, 2022; Small, Melnyk, 2006; Tsai, Lee, Chang, 1995; Tunde-Ayinmode, 2015). Среди факторов негативного психологического

воздействия госпитализации можно выделить как общие, характерные для стационарного лечения любого заболевания, так и специфичные для конкретной болезни. Рассмотрим особенности госпитализации при туберкулезе органов дыхания (ТОД) и их психологические последствия для детей.

Первой особенностью является *длительность* стационарного лечения ТОД. Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу во всем мире характеризуется ростом доли лекарственно-устойчивого туберкулеза, требующего длительной госпитализации для проведения комплексного лечения. По данным Глобального отчета Всемирной организации здравоохранения по туберкулезу за 2024 год Россия находится на втором месте по количеству больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ) и в числе стран с наибольшей долей больных туберкулезом с МЛУ-ТБ от ранее леченных случаев (>50%) (Global Tuberculosis Report, 2024). Длительность стационарного этапа лечения в клинически сложных случаях может достигать 18 месяцев и более (Клинические рекомендации «Туберкулез у детей», 2024). Результаты многочисленных исследований демонстрируют негативные психологические последствия длительной госпитализации, которые в ряде случаев сохраняются и после выписки ребенка из стационара (Марголис, Куртанова, 2024; Замышляева, Куртанова, 2024; Куртанова, Щербакова, Хохлова и др., 2020; Чубурова, 2024; Щербакова, 2016; Mîndru, Stănescu, Mioara, 2016; Shorr, 1954).

В качестве второй особенности ситуации госпитализации во фтизиатрический стационар можно выделить *высокий уровень неопределенности*, связанной с временными аспектами лечебного процесса, течением заболевания и необходимыми медицинскими процедурами, которые нередко могут носить психотравмирующий характер. Так, в качестве одного из методов комплексного лечения ТОД используется хирургическое лечение, представляющее в настоящее время особую важность ввиду роста доли лекарственно-устойчивых форм туберкулеза в структуре заболеваемости туберкулезом у детей, при которых наблюдается невысокая эффективность консервативного лечения по показателю закрытия полостей распада легочной ткани (Эргешов, Овсянкина, Губкина, 2019). По данным исследований

любое хирургическое вмешательство оказывает стрессогенное воздействие на пациентов, приводя к развитию психоэмоциональных нарушений. При этом отмечается, что даже перед плановыми малоинвазивными вмешательствами у 50-70% детей выявляются различные психологические проблемы (Kain, Wang, Mayes et al., 2001), в то время как торакальные операции, к которым относятся хирургические вмешательства во фтизиатрии, вызывают значительную предоперационную тревогу (Tomaszek, Cepuch, Fenikowski, 2019). В ряде исследований было установлено существенное повышение уровня дистресса у детей после госпитализации и хирургического лечения (Ben Ari, Margalit, Udassin et al., 2018; Rossen, McKeever, 1996). Также было показано, что наибольший уровень предоперационной тревоги наблюдается во время введения в наркоз (Cohen-Salmon, 2010).

У определенной части хирургических пациентов возникшие психологические проблемы сохраняются в отдаленном периоде после операции (Миленин, 2012; Ben Ari, Margalit, Udassin et al., 2018). Ряд авторов относит хирургическое лечение к категории психотравмирующих событий вследствие наличия таких его критериев, как страх (в том числе и страх смерти), неуверенность, беспомощность (Ben Ari, Margalit, Udassin et al., 2018). Обоснованность подобного подхода подтверждается данными исследований, демонстрирующих наличие у 16-28% хирургических пациентов наличие симптомов посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), оказывающего заметное влияние на физическое восстановление, психическое здоровье и функционирование во всех сферах жизни (Jia Shermin, Sally, Hong-Gu, 2012). Наряду с этим, у 6-8% детей выявляются симптомы депрессии, тревоги, у 16% − поведенческие проблемы (Stanzel, Sierau, 2022). Однако, относительно симптомов депрессии авторами было отмечено отсутствие различий с контрольной группой, не проходившей хирургическое лечение, и сохранение данных нарушений в течение, по крайней мере, полугода после госпитализации.

С повышенной стрессовой нагрузкой связано и такое малоинвазивное диагностическое вмешательство, как бронхоскопия (Türkeli, Yılmaz, Topçu, 2016; Dong, Liu, 2025). В связи с тем, что в детском возрасте данное вмешательство осуществляется с использованием наркоза, высокий уровень стресса обусловлен

преимущественно воспринимаемой неопределенностью и непредсказуемостью ситуации (Харламенкова, Еськин, Акиньшина и др., 2021), особенно в условиях дефицита имеющейся у ребенка информации. По некоторым оценкам, 60% детей испытывают сильную тревогу перед введением в наркоз (Dreger, Tremback, 2006). Еще одним значимым источником неопределенности при лечении ТОД являются сроки стационарного лечения и проведения хирургического этапа лечения (Губкина, Юхименко, Стерликова и др., 2021; Губкина, Петракова, Багиров и др., 2022).

Отметим, что при исследовании взрослых пациентов неопределенность, с которой они сталкиваются в процессе лечения, неоднозначно влияет на психическое состояние больного (Лифинцева, Деркач, Штолде, 2018; Сирота, Фетисов, 2024). У детей более высокий уровень неопределённости обстоятельств лечения в значительной степени связан с усилением психологического дискомфорта (Stewart, Mishel, 2000; Woodgate, Degner, 2002; Hoff, Mullins, Chaney, 2002).

Третьей характеристикой ситуации госпитализации для лечения ТОД является *нахождение ребенка в стационаре без сопровождения родителя* или другого близкого взрослого. Научные данные указывают на то, что именно такая госпитализация сопровождается наибольшим дистрессом у ребенка (Lulgjuraj, Maneval, 2021). Так, у детей раннего и дошкольного возраста, проходящих длительное стационарное лечение МЛУ-ТБ без сопровождения близкого взрослого, наблюдались плаксивость, агрессивное поведение, гиперактивность и замкнутость (Meyerson, Hoddinott, Garcia-Prats, 2021).

Проблема родительской и, в частности, материнской депривации при госпитализации изучена в науке достаточно широко. Впервые ее неблагоприятные последствия были описаны Рене Шпицем, выделившим такие симптомокомплексы, как «анаклитическая депрессия», представляющая собой состояние частичной депривации вследствие лишения ребенка контакта с матерью на несколько месяцев, сопряженном с ограничением эмоциональных отношений с другими людьми, и «госпитализм», наблюдающийся при полной депривации (Spitz, 1945). В документальном фильме Шпица «Psychogenic Disease in Infancy», показаны чрезвычайно тяжелые и необратимые последствия материнской депривации для

психического и соматического здоровья детей раннего возраста в больницах и домах малютки, приводящие в крайних случаях к смерти.

Наряду со Шпицем, серьезный вклад в исследование последствий депривационных условий стационарного ухода для маленьких детей внес Джон Боулби, описавший эмоциональную связь ребенка с матерью или другим близким взрослым как чрезвычайно важное условие для его нормального развития и психического здоровья. Кроме того, были описаны крайне неблагоприятные последствия разрыва этой связи вследствие разлуки ребенка с матерью (Frank van der Horst, Lenny, René van der Veer, 2019; Bowlby, 2022). Работам Боулби по проблеме стрессогенного воздействия депривации на детей в условиях стационара предшествовали отдельные публикации Джеймса Спенса и Сесили Пикерелл, придерживавшихся новаторских взглядов на организацию медицинской помощи детям с привлечением родителей к участию в уходе за ними (Shields, Mohay, 2001). Еще в 1947 году Спенсом были описаны недостатки существовавших в то время учреждений педиатрического профиля, спроектированных по образцу лечебных учреждений для взрослых и не учитывавших потребности детей, а также их негативное влияние на пациентов (Spence, 1947). Тем не менее, указанные Спенсом недостатки не стали основанием для проведения широкомасштабных изменений в практике стационарного ухода за детьми, ввиду отсутствия научного обоснования наблюдений и нежелания специалистов распространять эти идеи для их повсеместного внедрения (Shields, Mohay, 2001).

Эта задача была решена Джоном Боулби и Джемсом Робертсоном, описавшими сепарационный дистресс у детей, разлученных с матерью (Robertson, Bowlby, 1952). В частности, для изменения подходов к организации госпитализации детей как в Великобритании, так и в других странах мира, был использован эмоциональный эффект, вызванный демонстрацией широкой общественности фильма «Двухлетний ребенок в больнице», снятого Робертсоном под научным руководством Боулби[1]. В фильме были последовательно показаны этапы

[1] 1. Robertson J.A Two-Year-Old Goes to Hospital: A Scientific Film Record (Film). 1953. Concord Film Council, Nacton.

переживания двухлетней девочкой ситуации разлуки с матерью, вызванной госпитализацией (Shields, Mohay, 2001; Jolley, Shields, 2009).

В дальнейшем чешские психологи Йозеф Лангмейер и Зденек Матейчек, изучавшие эмоциональную депривацию у госпитализированных детей, расширили существовавшие на тот момент научные представления об этой проблеме, выявив такие физиологические корреляты вызванных госпитализацией психоэмоциональных нарушений, как изменение вегетативных реакций и нарушение сна, указав на важность посещений ребенка матерью. В качестве цели таких посещений была отмечена важность сохранения тесной связи между матерью и ребенком даже в тех случаях, когда такая встреча вызывала у ребенка повышенную эмоциональную возбудимость (Лангмейер, Матейчек, 2022).

Несмотря на детальную проработку проблемы негативного влияния изоляции госпитализированных детей, она продолжает сохранять свою актуальность как для клинической практики, так и для научных исследований, в частности, при лечении серьёзных инфекционных заболеваний, когда дети госпитализируются без сопровождения близкого взрослого (Koller, Nicholas, Goldie, 2006). Психологическими последствиями такой госпитализации, в числе прочего, становятся сепарационная тревога, ночные кошмары и раздражительность, а также регресс в развитии (Roberts, 2010).

У детей, проходящих длительное лечение туберкулеза без сопровождения близкого взрослого, синдром госпитализма проявлялся во всех важных для ребенка сферах жизни. Наблюдается снижение мотивации к учебе и ухудшение показателей успеваемости и коммуникативных навыков, повышение уровня агрессии по отношению к сверстникам и больничному персоналу, нарастающая физическая пассивность (Земляных, Тихая, Соколова, 2022).

В качестве четвертой особенности ситуации госпитализации во фтизиатрический стационар выступает *стигматизирующий характер заболевания* (Courtwright, Turner, 2010). Стереотипы в контексте стигматизации больных туберкулезом представляют собой санкционированные обществом чрезвычайно стойкие, иррациональные, эмпирически не подтвержденные негативные

представления о больных или проекцию отрицательных качеств на образ пациента с отождествлением его с маргинальной личностью и снижением толерантности к данной категории больных (Абрамов, Ряполова, Лепшина и др., 2016). Существующие представления о неизлечимости туберкулеза, о том, что «все больные туберкулезом заразны», а также традиционные мифы об этиологии туберкулеза приводят к ряду психосоциальных проблем. Так пациенты и взрослого, и детского возраста отмечают наличие оскорблений, насмешек, дискриминации, социальной изоляции и отчуждения, что приводит к снижению самооценки, стремлению к неразглашению информации о заболевании, трудностям с соблюдением режима лечения (Cremers, de Laat, Kapata et al., 2015). Выявлено негативное отношение к собственному статусу пациента с заболеванием «туберкулез», переживания по поводу предстоящей противотуберкулезной химиотерапии, страх перед изменением своего положения в привычной социальной среде, восприятие болезни как преграды к достижению значимых целей (Золотова, Ахтямова, 2020).

Существующие предрассудки и предубеждения способствуют возникновению особого отношения семьи к факту заболевания ребенка, порождают своеобразные стили общения семьи с внешним окружением, что проявляется в стремлении скрыть факт заболевания, в сокращении социальных связей, неспособности общения с другими людьми как с равными, в регрессивном типе приспособительного поведения (Абрамов, Ряполова, Лепшина и др., 2016).

На рис. 1 обобщены особенности ситуации госпитализации ребенка во фтизиатрический стационар, обусловливающие ее стрессогенный характер.



Рис. 1. Особенности ситуации госпитализации во фтизиатрический стационар

Рассмотрев характеристики ситуации госпитализации при туберкулезе органов дыхания, следует проанализировать особенности стрессового реагирования на нее в детском возрасте. Для начала обратимся к понятию стресса, которое было введено в научный дискурс Гансом Селье в 1936, описавшим его как адаптационный синдром, включающий три этапа: стадию тревоги, резистентности и истощения (Исаев, 2005).

Были выделены фазы адаптации к стрессу:

1. *Разрушение привычного функционирования организма*;
2. *Фаза становления нового функционирования организма* (суммарная продолжительность первых двух фаз определяется 11 сутками).
3. *Фаза неустойчивой адаптации* (продолжительность составляет 20 – 60 суток).
4. *Фаза устойчивой адаптации*.
5. *Фаза разрушения систем функционирования организма (истощение)* (Кадыров, 2012).

По определению Fogiel M. стресс является таким психологическим состоянием организма, когда существует несоответствие между способностью человека удовлетворительно справиться с требованиями окружающей среды и уровнем таких требований (Абабков, Перре, 2004). Выделяют три вида стрессовых состояний:

1. *Эмоциональный (психический)* стресс, под которым понимают состояние выраженного психоэмоционального переживания человеком жизненных ситуаций, сопряженных с нарушением удовлетворения эмоциональных, социальных или биологических потребностей (Кадыров, 2012), которое сопровождается комплексом соматовегетативных реакций с активацией симпатоадреналовой системы, мобилизирующей организм на борьбу (Исаев, 2005).
2. *Физический* стресс, представляющий собой класс реакций, выражающихся резкими сдвигами физиологических функций, вызванных действием на организм стрессоров, не связанных с какими-либо эмоциональными переживаниями.
3. *Смешанный* стресс, обусловленный одновременным действием на организм как эмоциональных, так и физических стрессоров (Кадыров, 2012).

Эмоциональные стрессы в большинстве случаев социальны по своему происхождению (Исаев, 2005) и могут варьировать по степени тяжести (Shonkoff, Garner, 2012). Измерение и концептуализация детского стресса с целью его изучения или разработки психокоррекционных вмешательств сопряжены с рядом трудностей, связанных с тем, что маленькие дети не всегда могут достоверно сообщить своих о стрессовых переживаниях и могут не знать о семейных стресс-факторах, которые не прямо, а косвенно влияют на ребенка, находят отражение в стратегиях ухода за ним (Doom, Cicchetti, 2018). Ретроспективные сообщения взрослых о пережитом в детском возрасте стрессе не очевидны, поскольку подвержены влиянию различных механизмов, связанных с вытеснением, кумулятивным эффектом, интерференцией и проч. В частности, результаты исследований, в которых проводилась количественная оценка достоверности ретроспективных воспоминаний о сексуализированном и физическом насилии, физическом / эмоциональном пренебрежении или семейных разногласиях в сравнении с актуальной информацией, полученной проспективно и объективными данными − записями суда, клиники или исследований, − указывают на большой процент ложноотрицательных результатов относительно имевшего место насилия (Doom, Cicchetti, 2018; Hardt, Rutter, 2004; Maughan, Rutter, 1997). Так или иначе этот вопрос остается открытым из-за разногласий между теми, кто предлагает оценивать объективно происходящие стрессовые события, и теми, кто предпочитает ориентироваться на субъективную реакцию человека на стрессор (Doom, Cicchetti, 2018).

Изучение стресса у детей продемонстрировало вариабельность его проявлений на разных возрастных этапах ввиду наличия биологических различий, обусловливающих специфику адаптационных механизмов (Акарачкова, 2022). Так, например, отмечается, что в младшем школьном возрасте значимым фактором, отрицательно влияющим на психологическое состояние, являются страхи (Вачков, 2026). Тем не менее, в переживании стресса детьми выделяют ряд общих характеристик, к которым относится повышенный уровень эмоциональности, сензитивности к неблагоприятным обстоятельствам жизни (Захарова, Ершова, Творогова и др. 2021; Харламенкова, Никитина, Шаталова и др., 2022, а также

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).

Отмечается, что, несмотря на личностную незрелость, спектр реакций детей на стрессовую ситуацию госпитализации оказывается чрезвычайно широким (Hägglöf, 1999; Levy, Kronenberger, Carter, 2008; Tsai, Lee, Chang, 1995; Mîndru, Stănescu, Mioara et al., 2016). Наиболее распространенными реакциями являются:

1. *Тревога*, представляющая собой отрицательную эмоцию, направленную в будущее и субъективно воспринимаемую как ощущение неопределенной угрозы (Шац, 2016). Ее проявления достаточно разнообразны и могут выражаться как в чувстве напряжения, ожидания чего-то неприятного, ужасного с часто выраженной заторможенностью, оцепенением (Нуллер, 1981), так и в виде суетливости и двигательного беспокойства, возбуждения, подозрительности, непереносимости ожидания и многоречивости (Шац, 2016).

2. *Страхи*, проявляющиеся чувством внутренней напряженности, непосредственной опасности для жизни ожидаемых угрожающих событий, которые сопровождаются разнообразными соматовегетативными изменениями (Блейхер, Крук, 1996; Шац, 2016). Страх это – переживание какой-либо реальной или воображаемой опасности, при этом его проявление и интенсивность зависят от индивидуальных особенностей психического развития ребенка и конкретных социальных условий, в которых происходит формирование его личности (Захаров, 2007). Источниками страха, связанными с ситуацией болезни, являются госпитализация (отрыв от привычной среды), болезненные диагностические и лечебные манипуляции (Шац, 2016; Hart, Bossert, 1994). Наряду с этим отмечено, что дети боятся разлуки с матерями и неизвестности, которая их ждет в больничной обстановке (Tuncay, Sarman, 2025; Öztürk, Topan, 2019).

3. *Поведенческие* проблемы, в частности, агрессивное поведение (Lestari, Lee, Hayati, 2023), реакции протеста (оппозиции), причинами возникновения которых во время госпитализации может выступать определенный режим, а также связанные с болезнью и условиями стационара различные виды запретов и ограничений,

диагностические и лечебные процедуры (Шац, 2016; McClowry, 1991). В зависимости от характера нарушений поведения различают реакции активного и пассивного протеста. К реакциям активного протеста относят непослушание, грубость, вызывающие агрессивное поведение в ответ на требования и рекомендации медицинского и педагогического персонала, выполнение режима (Земляных, Тихая, Соколова, 2022); к реакциям пассивного протеста – отказ от сотрудничества со специалистами, работающими с ребенком. В ряде случаев данный тип реакций проявляется избирательным отказом от речи (элективным мутизмом), отказом от еды (Шац, 2016). Наряду с этим выделяют реакции отказа, связанные с переживанием отчаяния, массивными страхами. В стационаре такой тип реакций проявляется в ограничении или в стремлении к полному отказу от контактов, пассивности, отсутствии выражения желаний и потребностей (Шац, 2016; Воронцов и др., 2016).

Кроме того, стресс у детей младшего школьного возраста в ситуации госпитализации может проявляться в депрессивных симптомах, имеющих психогенный характер и проявляющихся переживаниями грусти, печали и скуки (Антропов, 2022; Асташенко, 2015; Kashani, Venzke, Millar, 1981; Valero-Moreno, Lacomba-Trejo, Casaña-Granell et al., 2019). В качестве факторов возникновения такого рода психогенной депрессии у детей с соматическими заболеваниями выделены нарушения воспитания, нарушения системы мать–дитя, конфликтные отношения с родителями. При этом, разлука с родителями оказывала на детей стрессогенное воздействие, усугубляя депрессивные проявления (Антропов, 2022). Указанные факторы, приводя к развитию депрессии, обусловливают нарушение адаптации у детей, а также формирование ряда личностных особенностей, включая низкую самооценку и неразвитые социальные навыки. Дети с сочетанием тревоги и депрессии имеют наибольшее число проблем в психологической адаптации (Акарачкова, 2022).

Наблюдаемое разнообразие реакций детей на стрессовую ситуацию госпитализации обусловило разработку за рубежом модели педиатрического медицинского травматического стресса (ПМТС), выступающей в качестве

концептуальной основы для изучения стресса, связанного с оказанием медицинской помощи, а также эффективного психологического сопровождения пациентов (Kazak, Kassam-Adams, Schneider et al., 2006; Price, 2016). Феномен ПМТС, объединяющий в себе широкий спектр психологических и физиологических реакций детей на ситуацию заболевания и лечения, может включать симптомы посттравматического стресса, но не ограничивается ими (Price, 2016).

Описаны различные фазы ПМТС, начиная с воздействия потенциально травмирующего медицинского события, заканчивая отсроченными реакциями на травматический стресс, которые могут сохраняться с течением времени и препятствовать восстановлению после травмы или болезни и/или возвращению к нормальной деятельности (Christofferson, 2015).

Описывая возможные проявления ПМТС, авторы модели относят к ним тревожные и депрессивные симптомы, проблемы со сном, ночные кошмары, поведенческие проблемы, ряд физиологических проблем, среди которых встречаются нарушения аппетита, ночное недержание мочи; также могут отмечаться различные диссоциативные симптомы, проблемы с концентрацией внимания, нарушения повседневного функционирования (например, трудности в школе) (Christofferson, 2015). Однако данная модель не включает анализ психологических механизмов возникновения отдельных категорий симптомов (тревожных, депрессивных, поведенческих).

В отечественной науке в рамках психологии состояний к психическим реакциям на стресс относят нарушения адаптации, проявляющиеся в виде (1) эмоциональных расстройств в период приспособления к существенным изменениям в жизни или стрессовому жизненному событию; (2) депрессивных реакций, (3) реакций с преобладанием тревоги или проблем поведения (Прохоров, 2023). Схожие подходы к классификации стрессовых реакций применяются в медицине (Дюкова, 2010).

Обобщая теоретические представления о стрессе, отметим, что под госпитализационным стрессом у детей следует понимать совокупность психологических реакций на ситуацию помещения в стационар, относящихся к

следующим категориям: формально-динамическим проявлениям стресса, особенностям взаимодействия с окружением и признакам способности/неспособности субъекта удерживать оптимальный мотивационный уровень, интересы и ориентиры на будущее либо утрачивать оптимальное мотивационное состояние (депрессивные реакции) (рис. 2).



Рис. 2. Компоненты госпитализационного стресса

Таким образом, ситуация госпитализации во фтизиатрический стационар, характеризующаяся рядом особенностей, обусловливающих ее стрессогенный характер, приводит к возникновению госпитализационного стресса как ответной реакции на изменения в большинстве сфер жизни ребенка с фрустрацией значимых потребностей.

1.2 Факторы различий в реагировании на стресс у детей

1.2.1 Характер отношений ребенка со значимым взрослым и устойчивость к стрессу

Важное как теоретико-методологическое, так и практико-ориентированное значение имеет для возрастной психологии разработка и реализация принципа

развития, направленная на понимание определяющих сил в развитии и регуляции человеческой индивидуальности и характера взаимодействий, а также определения отрезков жизненного пути, которые становятся наиболее значимыми в становлении личности ребенка и взрослого (Журавлев, Сергиенко, 2025, с. 84). Особую актуальность данная проблема приобретает в связи с изучением факторов гармоничного психического развития ребенка, включая формирование у него различных компонентов устойчивости к стрессу.

Несмотря на очевидно стрессогенный характер ситуации госпитализации, реакции детей на нее не являются универсальными, поскольку их развитие опосредовано влиянием ряда факторов, к которым, наряду с характеристиками самого стрессора, относят личностные особенности, компетентность в преодолении нагрузок (тенденции копинга) и социальную поддержку (Абабков, 2004; Вассеман, 2010). Последняя, рассматривается в настоящее время в качестве одного из наиболее значимых социальных факторов, влияющих на эффективность совладания со стрессом (Вассерман, 2010). Под социальной поддержкой понимается, в том числе, информация, вселяющая в индивида уверенность в том, что он небезразличен, что его ценят, любят, а также что он включен в систему межличностных связей. Эта информация ребенка о себе рождается и воспринимается в процессе социального взаимодействия, прежде всего в отношениях личности с близкими людьми (Вассерман, 2010).

Схожей точки зрения придерживалась Л.И. Анцыферова, выделившая такое основание для различения реагирования на стрессовые ситуации, как психологическое своеобразие личности. Описывая тип личности, характеризующийся неэффективным совладанием со стрессовыми ситуациями, автор относит к нему и людей с приобретенной (выученной) беспомощностью, акцентируя внимание на таких условиях формирования данной личностной особенности, как отсутствие необходимой социальной поддержки, одобрения со стороны значимого взрослого в раннем возрасте (Анцыферова, 1994, с. 14).

Осмысление основополагающей роли значимого взрослого в психическом развитии ребенка было осуществлено как зарубежными, так и отечественными

учеными. Впервые значимость раннего опыта взаимодействия ребенка с близким взрослым, в частности с матерью, была специально описана в работах, Зигмунда Фрейда, который впервые ввел эту проблему в научный дискурс, выделил психологические механизмы коммуникации диады ребенок–мать и триады ребенок–мать–отец (Breuer, Freud, 1895). В дальнейшем данная проблематика стала центральной в исследованиях привязанности (Бриш, 2012). В отечественной психологической науке основополагающие исследования в этой области были проведены М.И. Лисиной, раскрывшей решающую роль общения в психическом развитии ребенка. Предложенный М. И. Лисиной подход к изучению формирования личности в контексте общения был основан на общеметодологических концепциях, разработанных в отечественной психологии Б.Г. Ананьевым, А.Н. Леонтьевым, В. Н. Мясищевым, С. Л. Рубинштейном. Сравнительные исследования, сопоставляющие детей с полноценным по количеству и содержанию контактами с близкими людьми, с детьми, растущими в условиях дефицита общения со взрослым, позволили ученому выявить драматическое влияние недостаточности контактов со взрослыми на психическое развитие ребенка, сопряженное со снижением его сопротивляемости к болезням, темпа психического развития и его уровня, достигнутого в младенческом и раннем возрасте (Лисина, 2009).

В раннем детстве взаимодействие ребенка с близкими взрослыми, способными к адекватному пониманию его потребностей и эмоциональных состояний, становится основой для развития саморегуляции: первоначально благодаря корегуляции со стороны родителей или опекунов, а затем, т.е. по мере развития ребенка, как способность, основанная на обращении к внутренним ресурсами регуляции своих состояний (Kopp, 1982, 1991). Саморегуляция является не только ключевым элементом здорового развития в детском возрасте (McClelland, Cameron, 2011), но и создает основу для развития дополнительных адаптивных способностей на протяжении всей жизни человека (Моросанова, Фомина, Бондаренко, Потанина, 2026; Loizzo, 2009; Mullen, Hall, 2015).

Так, лонгитюдное исследование, в котором приняли участие 4983 семьи, показало, что развитие прочных основ модуляции возбуждения и хорошей

способности к переключению внимания, являющихся важным компонентом саморегуляции, было характерно для тех детей, родители которых были эмоционально поддерживающими и последовательными в своих действиях (Berthelsen, Hayes, White, Williams, 2017). Эта межличностная коммуникация позволяет ребенку начать развивать ранние формы других ключевых способностей саморегуляции, к которым относится тормозной контроль, контроль усилий, рабочая память (Geva, Feldman, 2008). В исследовании Г.А. Виленской, целью которого явилось изучение развития регуляции поведения в раннем онтогенезе, было отмечено, что в становлении эмоциональной регуляции поведения определяющую роль играют отношения с родителями. При этом подчеркивается, что аффективная регуляция, включающая эмоциональную синхронизацию и эмпатию, осуществляется преимущественно матерью, в то время как когнитивная, заключающаяся в установлении правил, в упорядочивании окружающего мира, − отцом (Виленская, 2000, с. 113; 2011). Рассматривая проблему генетических предпосылок динамических характеристик нервной системы младенцев, Е.А. Сергиенко акцентирует внимание на коактивации генетических и средовых факторов, при которой внешние факторы являются важнейшими условиями для реализации и модификации генотипа (Сергиенко, 2009, с. 5). Так, например, материнская поддержка способствует, а родительская несензитивность в сочетании с беспорядочной средой – препятствует развитию регуляторных способностей ребенка (Сергиенко, 2009).

Наряду с этим в младенческом и раннем возрасте развивается избирательная чувствительность к изменениям в окружающей среде и произвольное внимание (Coubard, 2015). Наиболее оптимально данный процесс происходит в условиях физической и эмоциональной доступности заботящегося взрослого, обеспечивающего основу безопасности и защищенности (Bosmans, De Raedt, Braet, 2007). Отмечается, что в случае отсутствия у родителя способностей к созданию чувства защищенности, при недостаточно развитой способности к регуляции эмоционального состояния ребенка (Schore, 2000) и/или патогенном

(психотравмирующем) воздействии с его стороны, внимание ребенка будет избирательно сосредоточено на угрозе (Fonzo, Ramsawh, Flagan et al., 2015).

Установлено, что эмоциональный стресс нарушает регуляцию нейронной активности в детском возрасте, подавляя префронтальную активацию во время социальных контактов, что приводит к отключению цепей обработки социальной информации и развитию пожизненных тенденций к притуплению социально-эмоционального поведения и избеганию новизны (Schore, 2003; Lewis, 2005). Также установлено, что материнская депривация и недостаток опыта эмоционально-психологической близости связаны с дефицитом понимания себя и других людей и способностью понимать ментальные причины тех или иных событий и ситуаций (Уланова, 2022; Laranjo, Bernier, Meins et al., 2014; Yagmurlu, Berument, Celimli, 2005), что в том числе затрудняет оценку стрессовых ситуаций, снижая возможности адаптации к ним.

Показано, что в случае депривации психологического пространства личности ребенка, при наличии постоянной критики, передразнивания или словесных оскорблений, у ребенка формируется повышенная чувствительность к мимическим проявлениям, сигнализирующим о потенциальной угрозе его эмоциональному благополучию, которая точки зрения ряда исследователей имеет адаптивное преимущество, способствуя раннему выявлению и предотвращению потенциально эмоционально вредного взаимодействия со значимым взрослым. Отмечено, однако, что в процессе развития такая чувствительность приобретает дезадаптивный характер, обусловливая склонность к повышенной бдительности в отношении потенциальных угроз эмоциональной стабильности в окружающей среде и способствуя усилению реакции на стресс и ухудшению состояния психического здоровья (Fonzo, Ramsawh, Flagan et al., 2015).

Наряду с этим показано, что неблагоприятный детский опыт является значимым и устойчивым фактором риска психических расстройств и суицидального поведения. Психологический механизм такого влияния заключается в постепенном истощении адаптационных ресурсов личности, нарушении эмоциональной регуляции и повышении уязвимости к психопатологии (Польская, 2026).

Таким образом, наличие эмоционально поддерживающих отношений с заботящимся взрослым и его отзывчивость, создающие у ребенка ощущение безопасности и защищенности, являются определяющим фактором для гармоничного психического развития ребенка, включая формирование у него различных компонентов устойчивости к стрессу, и открывающим возможности для благополучного функционирования в последующие возрастные периоды (Харламенкова, Никитина, Шаталова и др., 2022; McIntosh, Tan, Greenwood et al, 2021) (рис. 3).

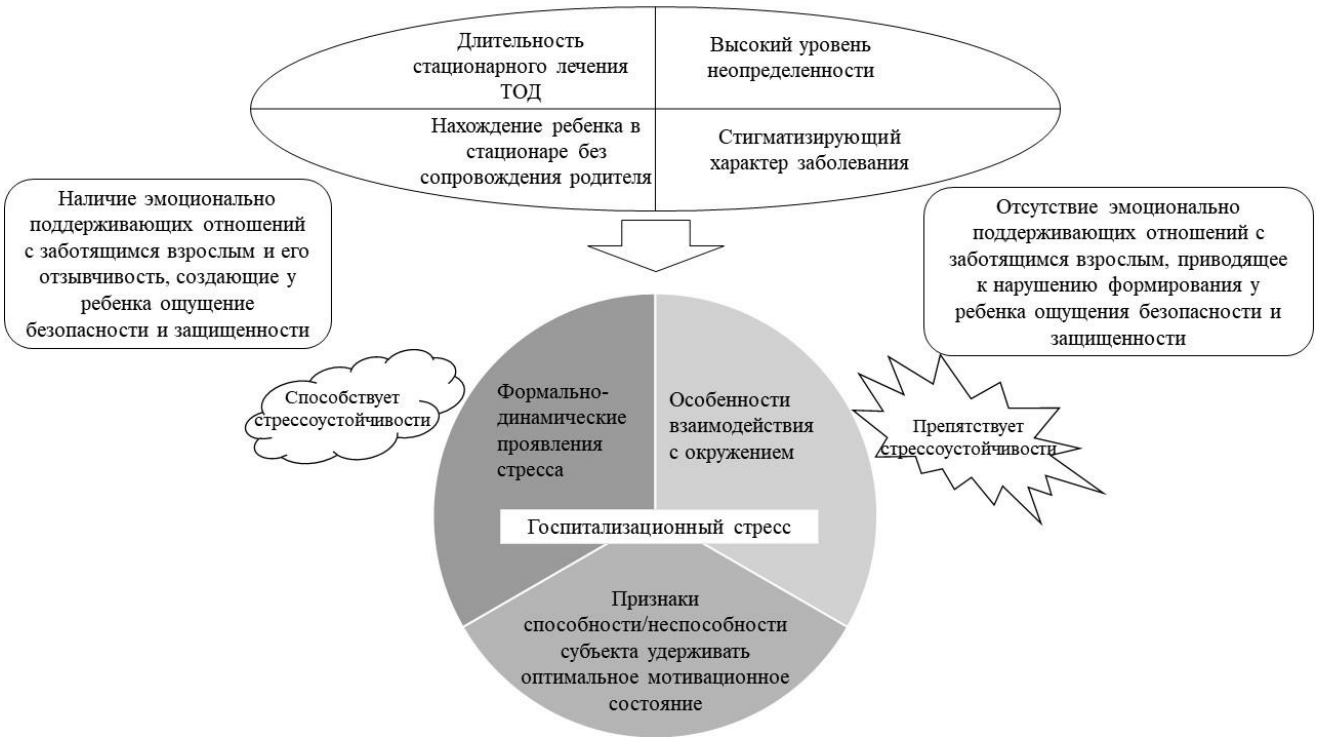


Рис. 3. Роль отношений ребенка с близким взрослым в формировании стрессоустойчивости

Важным модератором психологического благополучия является удовлетворенность ребенка взаимодействием с близким взрослым, среди ключевых аспектов которого выделяют эффективную коммуникацию, поддержку у детей удовлетворенности базовых психологических потребностей, в том числе в автономии, компетентности и связанности с другими (Гордеева, Сычев, Дворская, 2026). При этом установлено, что семейные отношения имеют большее значение для

удовлетворенности жизнью у детей, чем социально-демографические факторы (Лето, Варшал, Петренко, Слободская, 2019).

1.2.1.1 Тревожность у детей как следствие дисфункциональных отношений со значимым взрослым и ее взаимосвязь с другими психологическими проблемами

Продолжая рассматривать проблему взаимосвязи характера отношений ребенка с заботящимся взрослым и устойчивости к стрессу, проанализируем феномен тревожности в контексте, с одной стороны, его детерминации дисфункцией этих отношений, с другой стороны – его взаимосвязи с другими психологическими трудностями. К. Хорни выделяет такие особенности окружающей ребенка среды, обусловливающие возникновение тревожности, как «отсутствие подлинной теплоты и привязанности» (Хорни, 2016, с. 42). При этом автор подчеркивает, что основной причиной такого рода фрустрации является неспособность родителей давать любовь вследствие невротического развития их личности.

А.М. Прихожан отмечает, что в дошкольном и младшем школьном возрасте возникновение тревожности обусловлено фрустрацией потребности в надежности и защищенности со стороны ближайшего окружения, рассматриваемых на данном возрастном этапе в качестве главной причины ее появления. Неблагоприятная ситуация в семье и дисфункциональный характер отношений с близкими взрослыми, провоцируя переживание ребенком постоянных психологических микротравм, порождают носящее реактивный характер состояние аффективной напряженности и беспокойства (Прихожан, 2006). При рассмотрении феномена тревожности автор отграничивает ее как устойчивое личностное образование от тревоги, представляющей собой эмоциональное состояние, и подчеркивает, что наличие тревожности является свидетельством нарушений в личностном развитии, препятствующих нормальному развитию, деятельности, общению (Прихожан, 2006).

Значительное число исследований демонстрируют 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). Показано, что непоследовательность в воспитательных действиях со стороны родителей, гиперпротекция, незрелость родительских чувств связаны с повышенной тревожностью, в то время как позитивное воспитание обусловливает более низкий уровень тревожности (Быкасова, 2024). Обнаружена взаимосвязь между низким уровнем тревожности и использованием родителем сотрудничающего стиля воспитания (Чернявская, Обидион, 2015). Аналогичные результаты получены в отношении семей с демократическим стилем воспитания (Агулова, Звездина, 2022).

Установлено, что доминирование гиперпротекции и авторитарного стиля воспитания коррелирует с низкой самооценкой и высокой тревожностью у детей, показано, что важным ресурсом для развития личности ребенка выступает благополучие в эмоциональном взаимодействии в семье: понимание причин состояния ребенка и эмпатия матери (Головей, Василенко, Савенышева, 2016). Наряду с этим к формированию тревожного типа личности приводит гиперсоциализирующий стиль воспитания, характеризующийся повышенной принципиальностью в отношении с детьми, когда родители чрезмерно требовательны, нетерпимы к слабостям и недостаткам ребенка, не прощают оплошностей, выдвигают непомерно большое количество замечаний и порицаний, а также отвергающий стиль с несвоевременным или недостаточным откликом родителей на просьбы детей, их потребности, настроение, аффекты (Федоренко, Писаревская, 2017). Отмечается, что наряду с тревожностью, неблагоприятные стили семейного воспитания могут вызывать и другие нарушения эмоционального здоровья ребенка: агрессивность, появление трудностей с распознаванием и осмыслением эмоций, низкий уровень эмпатии (Казакова, Соколова, 2021).

Наряду с выявлением взаимосвязи дисфункциональных стилей воспитания с детской тревожностью, осуществляется поиск ее психологических и нейробиологических механизмов (Barlow, Chorpita, Turovsky, 1996; Chorpita, Barlow; 1998; Brown, Chorpita, Barlow, 1998; Chorpita, Albano, Barlow, 1998; Gray,

McNaughton, 1996; Chorpita, Brown, Barlow, 2016). Так, установлено, 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), обусловливая возникновение повышенной тревожности.

Научные данные указывают на то, что тревожность может играть центральную роль в возникновении других эмоциональных нарушений, в том числе симптомов депрессии (Chorpita, Barlow; 1998). Наряду с этим чрезмерная фокусировка на обнаружении и избегании опасности приводит к недостаточной активизации к началу подросткового возраста тех областей мозга, которые связаны с распознаванием и интерпретацией выражения лица, что, в свою очередь, обусловливает серьезные трудности в отношениях вследствие неспособности распознавать сигналы, передающие эмоции и намерения других людей (Sylvester, Petersen, Luby, Barch, 2016). В исследовании, посвященном выявлению особенностей интерпретации жизненных ситуаций детьми с разным уровнем тревожности, получены данные, указывающие на то, что дети с высоким уровнем тревожности склонны к использованию ряда стратегий искаженной интерпретации жизненных ситуаций (утрированию негативных аспектов ситуации и прогнозированию фатального исхода) (Фокина, 2009). Показано, что дети с низким уровнем тревожности эффективнее справляются с госпитализационным стрессом (Bossert, 1994).

На рис. 4 схематично представлено возникновение тревожности у детей как следствие отсутствия эмоционально поддерживающих отношений со значимым взрослым, а также роль этой личностной характеристики в усилении проявлений госпитализационного стресса.



Рис. 4. Механизм возникновения тревожности и ее последующее влияние на выраженность госпитализационного стресса

Существующие взгляды на возникновение детской тревожности в ответ на хроническую микротравматизацию в отношениях с близкими людьми (Прихожан, 2006) обусловливают важность учета влияния психической травмы на личность. М.А. Падун и А.В. Котельникова акцентируют внимание на изменении, вследствие психической травматизации целостной «картины мира» и на формировании устойчивых негативных представлений человека о себе и о мире, которые обусловливают изменения в мышлении, эмоциональном состоянии и поведении (Падун, Котельникова, 2012). Эти теоретические представления дают возможность системного взгляда на обширные научные данные о механизмах возникновения тревожности и ее влиянии на другие психологические проблемы. В следующем разделе будут рассмотрены различные подходы к пониманию особенностей формирования таких представлений.

1.2.1.2 Репрезентация себя и мира в контексте психологического благополучия

Ключевая роль ранних отношений со значимым взрослым в формировании личности ребенка, а также его психического и соматического здоровья наиболее

широко рассмотрена в контексте проблемы привязанности. Теория привязанности явилась плодотворной основой для изучения, в том числе, индивидуальных различий в репрезентации себя и других, межличностного взаимодействия, регуляции эмоций и психического здоровья. Исследования процессов привязанности взрослых предоставили убедительные доказательства значимости индивидуальных различий, связанных с привязанностью, для преодоления стресса, управления дистрессом и сохранения психологической устойчивости (Тарабрина, Харламенкова, Падун и др., 2017).

Основополагающими работами в указанной области явились публикации Джона Боулби (Bowlby, 1960 (a, b), 1973, 1979, 1980, 1982, 1988), освещающие вопросы формирования привязанности, последствия разрыва эмоциональных связей и психотерапевтические возможности их преодоления. В рамках теории привязанности подчеркивается уникальная роль фигур привязанности, заключающаяся в обеспечении защиты, поддержки и близости (Ainsworth, 1991; Hazan, Shaver, 1994; Zegers, Schuengel, Van IJzendoorn et al., 2008), характеризующая нормативные процессы привязанности (Cassidy, Shaver, 2008). Недостаточная же эмоциональная доступность и отзывчивость объекта привязанности приводит к появлению паттернов ненадежной привязанности, что в случае возникновения трудных жизненных ситуаций усугубляет дистресс путем активации ряда психических и поведенческих процессов, препятствующих адаптации (Микулинджер, Шейвер, 2023). В этом случае формируются так называемые вторичные стратегии – гиперактивация и деактивация системы привязанности (Cassidy, Kobak, 1988; Main, 1990), соответствующие тревожной и избегающей привязанности и являющиеся предикторами различных психологических проблем (Atkinson, Goldberg, 2004).

Показано, что дети с надежной привязанностью лучше справляются с регулированием эмоций (Thompson, 2008; Thompson, Meyer, 2007; Gilliom, Shaw, Beck et al., 2002; Kochanska, 2001). Кроме того, безопасность привязанности в значительной степени связана с конструктивным преодолением стресса детьми (Contreras, Kerns, Weimer et al., 2000; Kerns, Abraham, Schlegelmilch et al., 2007), с

позитивной эксплицитной (Doyle, Markiewicz, Brendgen et al., 2000) и имплицитной самооценкой (Colman and Thompson, 2002; Cassidy, Ziv, Mehta, Feeney, 2003), с представлениями о себе как о любимых и привлекательных (Cassidy, 1988).

У детей с надежной привязанностью выявлено лучшее понимание эмоций других людей, в том числе негативных эмоций и смешанных чувств, являющихся концептуально более сложными, чем позитивные эмоции. В качестве катализатора такого понимания выступает открытое и гибкое общение между детьми с безопасной привязанностью и их родителями (Bretherton, 1993; Ontai, Thompson, 2002; Laible, 2004), позволяющее делиться эмоциями и обсуждать их.

Многочисленные исследования указывают также на различия в восприятии окружающей среды между детьми с разным ранним опытом взаимодействия с фигурами привязанности: дети с небезопасной привязанностью с большей вероятностью приписывают негативные намерения неоднозначным социальным ситуациям и с меньшей вероятностью доводят выдуманные конфликты до успешного разрешения (Belsky, Spritz, Crnic, 1996; Bretherton, Ridgeway, Cassidy, 1990; Fury, Carlson, Sroufe, 1997; Main, 1993; Rieder, Cicchetti, 1989; Suess, Grossmann, Sroufe, 1992;). В систематическом обзоре Демитриу с коллегами (Demetriou, Boulton, Bowden et al., 2024) было установлено, что надежная привязанность является также фактором адаптации к стационару. Наряду с этим в междисциплинарных исследованиях в области психологии развития и нейробиологии была выявлена взаимосвязь между серьезными нарушениями привязанности, нарушениями раннего развития систем преодоления стресса в правом полушарии мозга и психопатологическими симптомами у детей и взрослых (Schore, 2001).

При объяснении механизма влияния привязанности на психическое развитие ребенка Боулби придерживался следующей точки зрения: такое влияние происходит посредством формирования у детей представлений о социальном мире, обусловленных сохранением в долговременной ассоциативной памяти ментальных репрезентаций значимых взаимодействий с объектом привязанности (Bowlby, 1973; Микулинджер, Шейвер, 2023), так называемых *внутренних рабочих* или

репрезентативных моделей (Bowlby, 1973), вносящих вклад в процесс регуляции аффекта (Bowlby, 1988; Kobak, 1988; Mikulincer, 1990). Российскими учеными разработано представление о существовании базовых когнитивных репрезентаций в раннем онтогенезе человека (Сергиенко, 1996, 1998, 2002; Харламенкова, Знаков, Сергиенко, Казымова, 2022). Наряду с этим, описана возрастная динамика изменений репрезентаций родителей и себя у детей с опытом материнской депривации и выявлены различия в формировании репрезентаций в зависимости от наличия раннего опыта детско-родительских отношений. В частности, показано что отсутствие опыта детско-родительских отношений не только затрудняет формирование позитивной репрезентации родителей, но и способствует развитию виктимной идентичности у ребенка, репрезентации себя как заслуживающего агрессии и наказания (Ослон, 2012).

Показано, что *внутренние рабочие* или *репрезентативные модели* состоят из эпизодических воспоминаний о последовательности взаимодействий с объектом привязанности, декларативных знаниях о реакциях фигуры привязанности, эффективности индивидуальных реакций, а также процедурных знаний о том, как человек реагирует на такие ситуации и справляется с различными источниками стресса (Mikulincer, Shaver, 2003). Установлено, что ментальные представления о значимых взаимодействиях с объектом привязанности позволяют ребенку прогнозировать реакции значимого взрослого, трансформируясь в интерпретирующие фильтры, с помощью которых дети (и, в дальнейшем, взрослые) реконструируют свое понимание новых отношений и опыта в соответствии с прошлым опытом и ожиданиями, не противоречащими сформировавшейся привязанности (Thompson, 2008). Наряду с этим, дети также усваивают представления о себе, полученные из раннего опыта взаимоотношений с близким взрослым, формирующим самоотношение (Bretherton, Munholland, 1999; Crittenden, 1990; Main, 1991; Sroufe, Fleeson, 1988; Thompson, 2006). Показано, что ранние взаимодействия со значимыми взрослыми способствуют развитию внутренних рабочих моделей «Я» и «Я в отношениях с другими людьми», влияющими, в свою

очередь, на поздние когнитивные схемы и психологическую адаптацию» (Wright, Crawford, Del Castillo, 2009).

Отмечается, что внутренние рабочие модели на протяжении всей жизни определяют стратегии регуляции аффекта, которые имплицитно направляют действия индивида в разных межличностных контекстах (Schore, 2009), конструируют реакцию на стресс и формируют способы, с помощью которых люди справляются со стрессовыми событиями (Kobak, 1993; Mikulincer, 1990; Mikulincer, 1998), при этом ряд фундаментальных вопросов, касающихся содержания, структуры и функции внутренних рабочих моделей остается открытым (Bosmans, 2010; Pietromonaco, 2000; Thompson, 2003). Чтобы заполнить этот концептуальный пробел, изучение внутренних рабочих моделей все чаще строится в соответствии с их пониманием как когнитивных схем (Baldwin, 1993; Collins, 1994), представляющих собой ментальные структуры для скрининга, кодирования, запоминания и оценки воздействующих стимулов (Clark, 1999; Bosmans, 2010).

Понятие когнитивной схемы выступает в качестве объяснительного конструкта для описания механизма возникновения психоэмоциональных проблем (Падун, 2012). Так, согласно Беку, обработка информации осуществляется на основании базисных убеждений, внедренных в схемы; отмечается взаимозаменяемость таких понятий, как «убеждения», «схемы», «когниции» (Бек, 2017; Падун, 2012); установлено влияние когнитивных схем на эффективность преодоления стресса (Вассерман, 2010).

При описании механизма функционирования дезадаптивных когнитивных схем отмечается, что конкретная неадаптивная схема остается скрытой, не влияющей на поведение человека до ее активации соответствующим контекстом или усилением дистресса. Также показано, что активные схемы влияют на внимание, запоминание и интерпретацию соответствующей им информации. Сопоставимость функционирования внутренних рабочих моделей и когнитивных схем указывает на общность психологических механизмов данных конструктов (Bosmans, 2010). Предполагается, что когнитивные схемы содержат те же убеждения, из которых состоят внутренние рабочие модели (Mason, 2005; McLean, 2014; Simard, 2011).

Дальнейшее развитие концепта когнитивных схем привело к выделению *ранних дезадаптивных схем* (РДС), характеризующихся определенным когнитивным содержанием, сгруппированных в 5 категорий (доменов), соответствующих определенным эмоциональным проблемам и неудовлетворенным потребностям (Васильева, 2023; Янг, 2020; Bosmans, 2010). Показано, что ранние дезадаптивные схемы состоят из воспоминаний, эмоций, когниций и телесных ощущений, затрагивающих отношение к себе и окружающим, сформированные в детстве вследствие нарушения удовлетворения потребностей и/или психотравмирующего опыта, оказывающие непосредственное влияние на восприятие и осмысление жизненных событий и обстоятельств, как в настоящем, так и в будущем (Васильева, 2023; Янг, 2020). Подчеркивается, что РДС выступают в качестве особых механизмов адаптации к неблагоприятному семейному окружению и характеризуются в том числе дефицитом эмоциональной поддержки, заботы и любви, затрудняют или делают невозможным нормативное прохождение стадий развития и в дальнейшем приводят к нарушению адаптации (Фресвейк и др., 2022). Активация РДС при воздействии стимулов, имеющих сходство с различными аспектами раннего негативного опыта, вызывает интенсивные негативные эмоции (Васильева, 2023).

Изучение РДС и привязанности показало, что ненадежная привязанность связана со всеми доменами РДС. Наряду с этим было проведено сопоставление концептов внутренней рабочей модели и РДС: опосредование влияния тревожной привязанности на психоэмоциональные нарушения такими доменами, как «нарушение связи и отвержение» и «направленность на других», позволило предположить, что неадаптивный компонент внутренней рабочей модели, связанной с данным типом привязанности, может состоять из содержания РДС указанных доменов; частичное опосредование влияния избегающей привязанности на симптомы психоэмоциональных нарушений схемами домена «нарушение связи и отвержение» может свидетельствовать о том, что внутренняя рабочая модель этого типа привязанности состоит из содержания РДС данного домена (Bosmans, 2010). Показано, что с развитием РДС с большей вероятностью связаны определённые

элементы следующих репрезентативных моделей: высокая тревожность по поводу того, что близкие люди могут оставить или отвергнуть, и негативное представление о себе (Simard, Moss, Pascuzzo, 2011).

В многочисленных исследованиях, проведенных как в России, так и за рубежом, была изучена взаимосвязь определенных характеристик детско-родительских отношений с РДС (Галимзянова, Касьяник, Романова, 2017; Касьяник, Галимзянова, Романова, 2017; Lockwood, Perris, 2012; Wright, Crawford, Del Castillo, 2009; Bruysters, Pilkington, 2023; Berman, Petretric, Bridges, 2021 и др.). Так, показатель эмоциональной дистанции со стороны матери был связан с РДС домена нарушенных отношений привязанности. Было показано, что наличие выраженных РДС коррелировало с восприятием матери как эмоционально холодной и не принимающей, а также с ощущением недостатка любви, тепла, заботы и поддержки в отношениях с матерью в детстве и подростковом возрасте. Отмечается, что выявленные взаимосвязи помогают лучше понять механизмы формирования негативных установок и иррациональных убеждений в детском возрасте под влиянием семейного воспитания у людей, имеющих проблемы в разных сферах межличностного взаимодействия (Галимзянова, Касьяник, Романова, 2017; Касьяник, Галимзянова, Романова, 2017).

Результаты систематических обзоров (Bruysters, Pilkington, 2023; Lockwood, Perris, 2012), посвященных проблеме сопряженности РДС с гиперопекой, способствующей зависимости от родителей и подавляющей одну из основных эмоциональных потребностей ребенка – в автономии, и данных метаанализа (Pilkington, Bishop, Younan, 2020), касающихся темы зависимости РДС от эмоционального пренебрежения и психотравматизации, подтверждают существующие представления о том, что в основе формирования РДС лежат неблагоприятные обстоятельства детства. Ввиду того, что чрезмерная опека со стороны родителей, препятствующая свободному исследованию мира и лишающая ребенка возможности развивать чувство собственной компетентности и самостоятельности, гиперопека оказывается тесно связанной с развитием РДС в области недостаточной автономии и неэффективности (Kellogg, Young, 2006; Yap,

Jorm, 2015). Обращает на себя внимание, что РДС эмоциональной депривации и социальной изоляции сопряжены с выраженным нарушением удовлетворения потребностей ребенка, с травмами и виктимизацией (Pilkington, Bishop, Younan, 2020).

Значительное число исследований было сфокусировано на изучении взаимосвязи РДС с различными психоэмоциональными проблемами и психическими заболеваниями, а также на опосредующей роли РДС в установлении и закреплении связи между определенными характеристиками дисфункционального взаимодействия со значимыми взрослыми и психопатологическими симптомами (Zadahmad, Torkan, 2016; Van Vlierberghe, Braet, Bosmans et al., 2010; Chiș, Oltean, Bîlc, 2024; Ahrnberg, Lindblom, Kaltiala et al., 2025; Muris, 2006 и др.). Была выявлена корреляция депрессивных симптомов с определенными доменами РДС (Ahrnberg, Lindblom, Kaltiala et al., 2025); представлена детализированная модель специфичности опосредования конкретными РДС связи семейной дисфункции и жестокого обращения с детьми с отдельными симптомами депрессии. Подчеркивается ключевая роль негативных глубинных убеждений о себе, формирующихся в результате неблагоприятного детского опыта, в появлении различий в некоторых симптомах (Lumley, Harkness, 2007; Chiș, Oltean, Bîlc, 2024). Данные метаанализа (Tariq, Reid, Chan, 2021) указывают на то, что выраженность симптомов депрессии зависит от уровня РДС. Обширный систематический обзор, включающий 33 исследования с участием 12 577 человек показал, что все РДС положительно коррелируют с аддиктивным поведением (Sakulsriprasert, Thawornwutichat, Phukao et al., 2023). Была выявлена важная опосредующая роль РДС во взаимосвязи между привязанностью и употреблением психоактивных веществ у подростков (Olave, Momeñe, Macía et al., 2024). Также показано, что РДС опосредуют взаимосвязь между стрессом, вызванным неблагоприятными жизненными событиями, и перееданием у подростков (Zhu, Luo, Cai, 2016). Установлено, что в группе подростков с СДВГ показатели ряда РДС, в частности, РДС «зависимость/беспомощность», «уязвимость» и «покорность» были значительно выше, чем в контрольной группе (Sireli, Colak, Demirci et al., 2024).

Получены данные, указывающие на то, что РДС являются значимым предиктором тревожности у детей. В частности, об этом свидетельствуют результаты систематического обзора и метаанализа, в который было включено 15 исследований с общим числом участников 9515 человек. При изучении отдельных доменов РДС обнаружено, что тревожность значительно сильнее связана с такими доменами, как «нарушение связи и отвержение», «нарушение автономии и эффективности» и «направленность на других» (Tariq, Quayle, Lawrie et al., 2021). Показано, что симптомы тревожности у девочек и мальчиков обусловлены наличием разных РДС (Ghamkhar, 2014). Так, в качестве наиболее сильного предиктора тревожности у мальчиков выступила схема «уязвимость», в то время как для девочек была характерна РДС «неуспешность». Установлено, что схема «покорность» как один из предикторов тревожности, сопряжена с неуверенностью в своих способностях, с застенчивостью, подчинением и склонностью к самообвинениям у детей (Cámara, 2012; Ghamkhar, 2014).

В качестве еще одного предиктора общей тревожности были идентифицированы схемы «эмоциональной депривированности» и «социальной отчужденности», связанные с чувством эмоциональной холодности со стороны близких, уверенности в том, что потребность в эмоциональной поддержке не будет удовлетворена другими, с ощущением изоляции от остального мира. Данные схемы также приводят к тому, что дети чувствуют себя одинокими и несчастными в отношениях, выступая в качестве предпосылки формирования признаков тревожного мышления или чрезмерного беспокойства (Cámara, 2012). Показано, что РДС, идентифицированные как предикторы тревожных симптомов у детей, продемонстрировали значимую связь с негативной аффективностью, агрессивным и подавленным настроением (Rijkeboer, 2010).

Особенности функционирования РДС и дезадаптивных копинговых стратегий и реакций, выработанных в раннем возрасте для снижения негативных эмоций, связанных с активацией схем, обусловливают процесс сохранения и подкрепления РДС даже в изменившихся социальных условиях. В отличие от этих особенностей надежная привязанность и невыраженные РДС способствуют тому, чтобы

оставаться открытым к новой информации даже в стрессовой ситуации, уметь пересматривать ошибочные убеждения, а также исследовать сигналы, связанные со стрессом и терпимо относиться к ним (Mikulincer, 1997). Таким образом, люди с надежной привязанностью и невыраженными РДС могут разрабатывать более гибкие и конструктивные планы преодоления трудностей, которые, в свою очередь, способствуют успешной адаптации и психологическому благополучию. Показано, что РДС положительно связаны с эмоционально-ориентированным преодолением тревоги, и отрицательно – со стилем совладания, ориентированным на решение задач (Zadahmad, Torkan, 2016).

Были выявлены двунаправленные взаимосвязи между РДС и автоматическими мыслями, указывающие на то, что РДС управляют когнитивной обработкой информации. Вследствие этого возникают тревожные негативные автоматические мысли, в свою очередь способствующие сохранению неадаптивных схем (Calvete, Orue, Hankin, 2013).

Согласованность научных данных, полученных в рамках изучения привязанности и когнитивных схем относительно влияния раннего опыта взаимодействия со значимым взрослым на развитие и психическое здоровье ребенка, и анализа опосредующей роли саморепрезентаций в закреплении связи между дисфункциональными детско-родительскими отношениями и психоэмоциональными нарушениями, указывает на необходимость учета этого фактора при исследовании реагирования детей на стрессовые ситуации, в том числе на ситуацию помещения ребенка в стационар.

На рис. 5 отражено совместное влияние тревожности и негативных репрезентаций себя и мира, формирующихся как следствие дисфункциональных детско-родительских отношений, на усиление проявлений госпитализационного стресса. В ситуации помещения в стационар ребенок сталкивается с необходимостью адаптации к изменившимся условиям. Наличие как тревожности, так и негативных репрезентаций, затрудняет этот процесс, приводя к возникновению различных признаков дистресса.

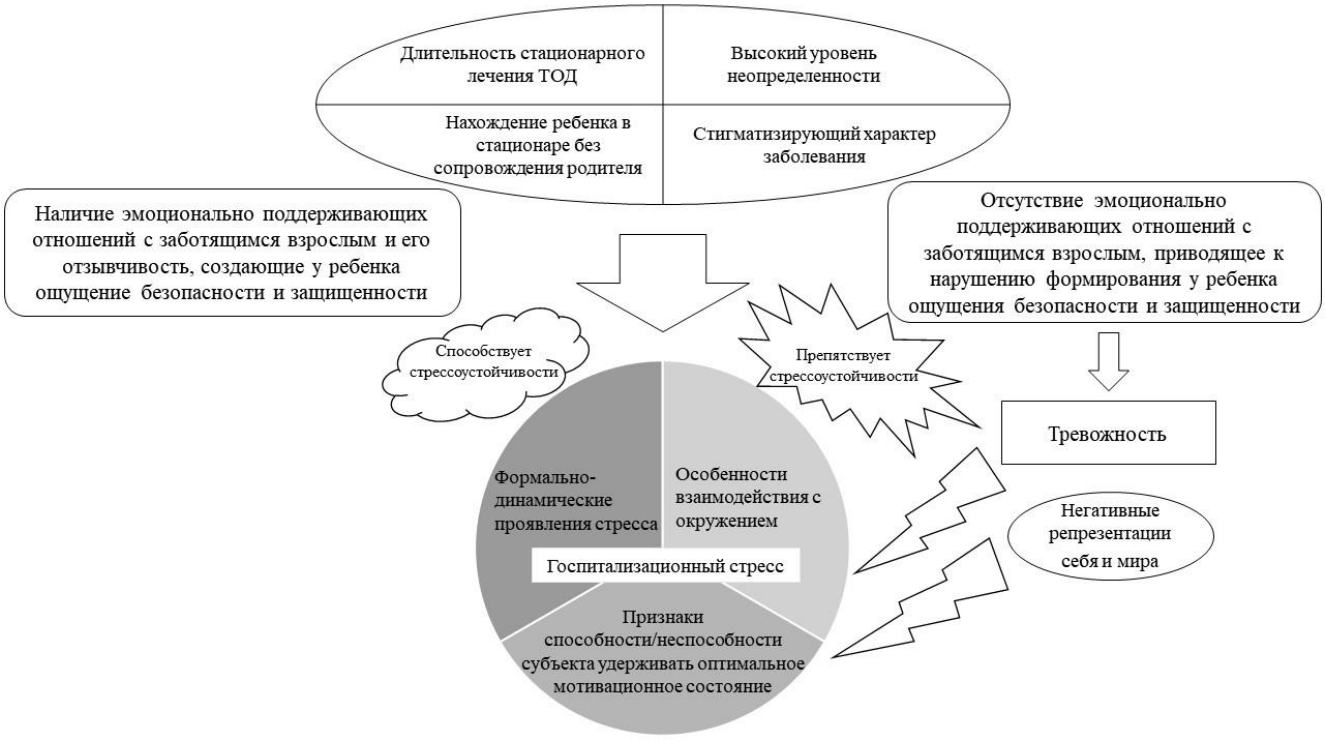


Рис. 5. Вклад тревожности и негативных репрезентаций себя и мира в усиление госпитализационного стресса

В то же время, важным является исследование совладающего поведения, поскольку общепринятым является концептуальное осмысление феномена стресса в контексте системной модели адаптации человека, представляющей собой последовательность психологических реакций на объективную ситуацию, отражающих поведение, необходимое для приспособления к ней (Вассерман, 2010). В следующем разделе будут рассмотрены различные аспекты совладающего поведения со стрессом в трудных жизненных ситуациях.

1.2.2 Совладание со стрессом и его особенности в детском возрасте. Фрустрационные реакции как элемент совладающего поведения

Как было сказано выше, доминирующим в изучении стресса является системный подход, фокусирующийся на адаптации человека к трудной жизненной ситуации. Отмечается, что реакция адаптации начинается с субъективного восприятия/оценки ситуационных характеристик и продолжается как реакция на восприятие этой ситуации (Битюцкая, 2025), проявляющаяся в виде попытки совладания с ней (Абабков, 2010). Под копингом Р. Лазарусом (Lazarus, 1991)

понимаются когнитивные и поведенческие усилия по управлению специфическими внешними или внутренними требованиями (и конфликтами между ними), которые оцениваются как напрягающие или превышающие ресурсы личности (Вассерман, 2010). Оценка ситуации и индивидуальные процессы приспособления к стрессам и их преодоления, в значительной мере определяют вид и интенсивность стрессовых реакций (Cohen, 1992; Вассерман, 2010).

Согласно литературным данным, в ситуации болезни и госпитализации дети используют широкий спектр копинговых стратегий, в том числе «принятие желаемого за действительное» (Li Y, Wei, Page, 2008), обращение за социальной поддержкой и возможность отвлечения (Claridge Powell, 2023), при этом установлено, что использование неадаптивных стратегий преодоления трудностей связано с более выраженными симптомами болезни (Proietti Checchi, Tarantino, Papetti, 2024). Отмечается влияние позитивного отношения к болезни на снижение симптомов психоэмоциональных расстройств у детей с хроническим заболеванием (LeBovidge, Lavigne, Miller, 2005).

В контексте адаптации к стрессу наряду с копингами выделяют психологические защиты, представляющие собой механизмы стабилизации личности, направленные на ограждение сознания от неприятных, психотравмирующих переживаний, сопряженных с внутриличностными и межличностными конфликтами, а также рядом негативных эмоций (Никольская, 2000). Классификации механизмов психологической защиты разнообразны, однако чаще всего при рассмотрении этой проблемы описываются следующие варианты защитной реакции личности: *отрицание*, *вытеснение*, *регрессия*, *образование реакций (реактивное образование)*, *изоляция*, *проекция*, *интроекция*, *замещение*, *рационализация*, *сублимация* (Вассерман, Абабков, Трифонова, 2010).

В настоящее время большинство исследователей рассматривают психологические защитные механизмы в качестве процессов интрапсихической адаптации личности за счет подсознательной переработки поступающей информации. Активируясь в психотравмирующей ситуации, защитные механизмы выступают в роли своеобразных барьеров на пути тревожной для личности

информации, в результате взаимодействия с которыми происходит ее игнорирование, искажение или фальсификация с формированием специфического состояния сознания, позволяющего человеку сохранить гармоничность и уравновешенность личностной структуры (Никольская, 2000).

В рамках когнитивного подхода психологические защитные механизмы рассматриваются как искажение информации на уровне ее восприятия и переработки, как попытка преодоления несоответствия между имплицитными когнитивными схемами (базовыми представлениями, установками, знаниями, системой мировосприятия и самовосприятия) и вызывающей тревогу новой информацией (Вассерман, Абабков, Трифонова, 2010; Horowitz, Znoj, 1999).

Отмечается, что формирование каждого защитного механизма у детей связано с определенным этапом онтогенеза и обусловлено возникающими на определенном этапе онтогенеза специфичными страхами и другими негативными эмоциональными переживаниями (Захаров, 1988, 2000; Никольская, 2000). Данные ряда исследований описывают специфику копинговых стратегий и психологических защит у детей и подростков (Алексеева, Володин, Петров, 2019; Куимова, Мартынова, 2021; Куфтяк, Черноградский, Лебедев, 2016; Степанова, 2025).

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. При этом подчеркивается, что ребенок не копирует паттерн совладающего поведения родителя, а адаптируется к нему в зависимости от того, как выстраиваются его отношения с близким взрослым и каково восприятие такого взаимодействия (Михайлова, Смирнова, 2006).

В дальнейшем опыт социализации и взросление трансформируют имеющиеся поведенческие паттерны. Так, например, показано, что дети, активно использовавшие конфронтационное поведение, с возрастом могут корректировать его, учитывая опыт столкновения с последствиями, а дети, избегавшие прямых столкновений, со временем получают информацию о преимуществах использования

в ряде случаев данной стратегии и вырабатывают соответствующие навыки (Хломов, Бочавер, Корнеев, 2020).

Наряду с оценкой стратегий совладания и механизмов психологической защиты, большое значение имеет изучение фрустрационных реакций (Ясюкова, 2021; Rosenzweig, 1976), представляющих собой смысловые установки, лежащие в основе совладающего поведения (Львова, Шлягина, Гусев, 2016). В соответствии с теоретическими представлениями С. Розенцвейга, фрустрационные реакции, относящиеся к кортикальному или личностному уровню реагирования на стресс, классифицируются по направлениям (экстрапунитивные - направленные вовне), интропунитивные - направленные на себя) и импунитивные направленные на снижение фрустрирующей силы ситуации) и типам (с фиксацией на препятствии, фиксацией на самозащите и фиксацией на разрешении ситуации) (Ясюкова, 2021).

Значительная часть проведенных ранее исследований по проблеме фрустрационного поведения детей и подростков фокусировались на выявлении возрастной специфики фрустрационных реакций (Антонова, Чудина, 2024; Котова, Колесников, 2011; Калинина, 2013; Медведева, Ванина, 2015; Широкова, Авраменко, 2020). Так, было продемонстрировано преобладание у детей дошкольного возраста фрустрационных реакций интропунитивной направленности со склонностью к самообвинению в трудной жизненной ситуации (Котова, Колесников, 2011). В качестве преобладающего направления реакций в младшем школьном возрасте были выделены экстрапунитивные реакции (Медведева, Ванина, 2015; Широкова, Авраменко, 2020; Калинина, 2013). Отдельные исследования выявили специфику реагирования в ситуации фрустрации у детей с особенностями поведения. Сравнение фрустрационных реакций у 11-летних детей с девиантным и нормативным поведением обнаружило преобладание реакций экстрапунитивного направления с фиксацией на самозащите в группе детей с девиантным поведением (Бузунова, 2016).

Изучены особенности фрустрационного поведения в клинических выборках детей (Вейц, 2012; Галицына, 2015; Рассказова, Манюшкина, Савельева, 2021; Коломиец, 2013; Восканова, Шутенко, 2017 и др.). В частности, описаны

особенности конструктивного и неконструктивного реагирования на ситуацию фрустрации у младших школьников с нарушениями моторного развития (Коробова, 2022). Проведено сравнительное исследование копинг-стратегий и механизмов психологической защиты у здоровых и часто болеющих детей младшего школьного возраста, показавшее отсутствие межгрупповых различий во фрустрационном поведении (Алексеева, Володин, Петров, 2019). Изучение реагирования младших школьников с нарушениями опорно-двигательного аппарата на фрустрирующие ситуации выявило преобладание препятственно-доминантного типа и импунитивного направления фрустрационных реакций (Восканова, Шутенко, 2017). У детей с сахарным диабетом определено преобладание интропунитивных реакций и реакций с фиксацией на разрешении ситуации на фоне низкой выраженности экстрапунитивных реакций и реакций с фиксацией на самозащите (Коломиец, 2013). Установлена взаимосвязь между определенными направлениями и типами фрустрационных реакций, совладанием детей с трудными жизненными ситуациями и адаптацией (Гагай, Гринева, 2014; Мамайчук, Тысячнюк, 2012).

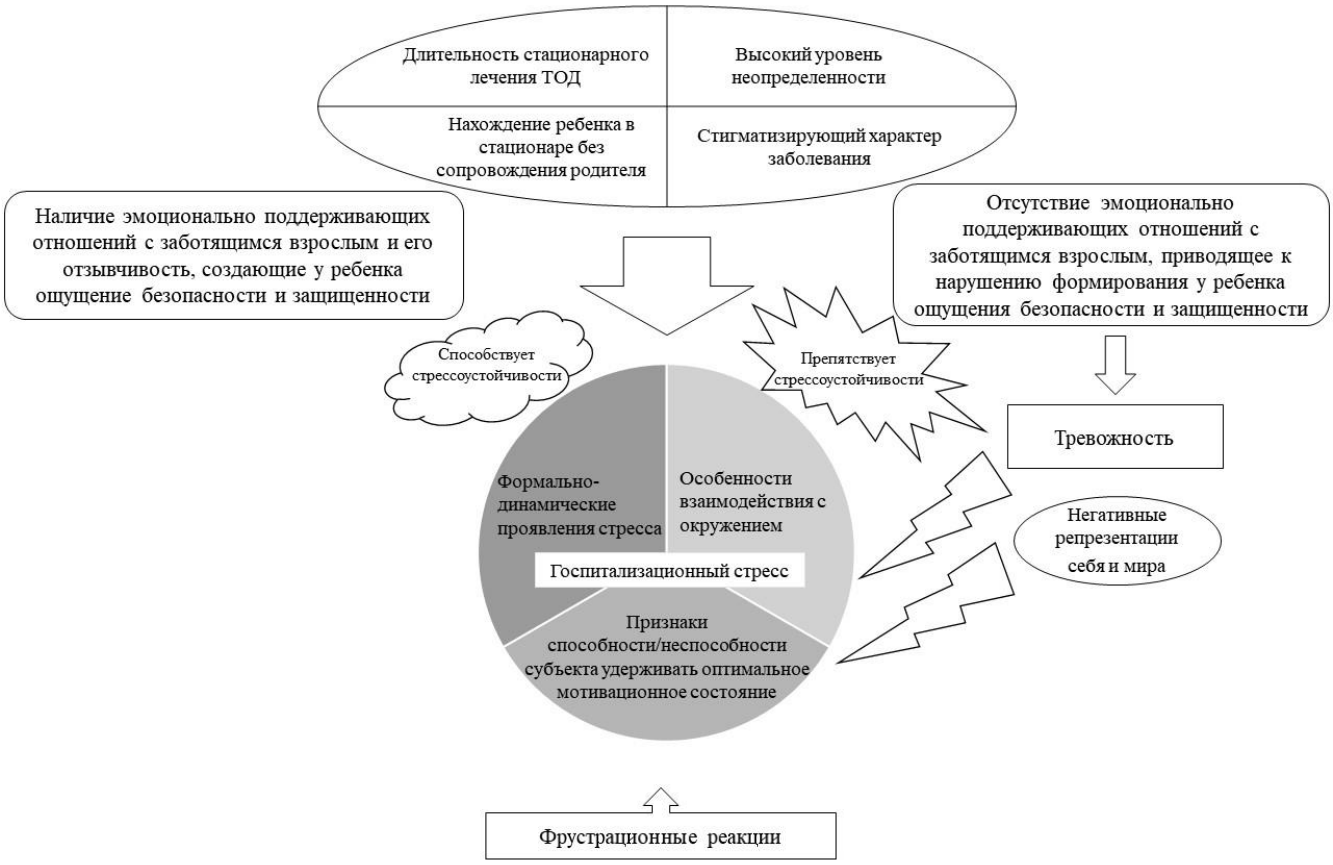


Рис. 6. Факторы различий в реагировании на ситуацию госпитализации у детей

Таким образом, 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) (рис. 6).

Выводы по первой главе

На основе проведенного анализа литературы были выделены как общие характеристики стрессовой ситуации болезни и госпитализации, так и специфичные для туберкулеза органов дыхания. Показано, что болезнь как экзистенциальное событие и часть внутреннего субъективного опыта человека, приводит к утрате некоторых возможностей и изменению самоощущения. Подчеркнута выраженная стрессогенность ситуации заболевания и госпитализации для детей, обусловленная возрастными особенностями. Рассмотрены такие характеристики госпитализации во фтизиатрический стационар, как длительность стационарного лечения туберкулеза органов дыхания, высокий уровень неопределенности, нахождение ребенка в стационаре без сопровождения родителя или другого значимого взрослого и стигматизирующий характер заболевания. При анализе факторов неопределенности, как одной из причин развития психоэмоциональных нарушений, приведены данные относительно стрессогенного потенциала хирургического лечения ТОД и такого малоинвазивного диагностического вмешательства, как бронхоскопия. Дано определение стереотипов в контексте стигматизации больных с ТОД, представляющих собой санкционированные обществом стойкие, иррациональные, эмпирически не подтвержденные негативные представления о больных; описаны их негативные последствия для пациентов, в том числе, снижение самооценки, стремление к неразглашению информации о заболевании, снижение качества жизни и социального статуса, негативное отношение к собственному статусу пациента с заболеванием «туберкулез».

Проанализированы особенности реагирования детей на стрессовую ситуацию болезни и госпитализации. Раскрыто понятие стресса как адаптационного синдрома, включающего три стадии: тревоги, резистентности и истощения, рассмотрены виды стресса – эмоциональный, физический, смешанный. При обсуждении специфики переживания стресса в детском возрасте выделены следующие особенности этого переживания: повышенный уровень эмоциональности, сензитивности к неблагоприятным обстоятельствам жизни, незрелость оценок своего состояния, трудности с осознанием чувств и эмоций, ограниченные возможности совладания с негативными переживаниями. Дана характеристика наиболее распространенных у детей реакций на стрессовую ситуацию госпитализации, в частности, тревоги, страхов, поведенческих проблем, депрессивных проявлений.

В качестве фактора различий в переживании детьми госпитализационного стресса рассмотрен характер детско-родительских отношений. Показано, что наличие эмоционально поддерживающих отношений с заботящимся взрослым и его отзывчивость, создающие у ребенка ощущение безопасности и защищенности, 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.

Приведены научные данные о влияния раннего опыта взаимодействия со значимым взрослым на формирование репрезентаций себя и окружающего мира в рамках изучения привязанности и когнитивных схем. Рассмотрен концепт внутренних рабочих моделей и его согласованность (в случае дисфункциональных ранних детско-родительских отношений) с содержанием ранних дезадаптивных схем. Показана опосредующая роль данных психологических конструктов в установлении и закреплении связи между неблагоприятным детским опытом и различными психологическими проблемами у детей и подростков.

В рамках рассмотрения проблемы совладания со стрессом и его особенностей в детском возрасте сделан акцент на актуальности изучения фрустрационных реакций как аспекта стресс-преодолевающего поведения. Обозначена возрастная специфика фрустрационных реакций и особенности, обусловленные заболеванием. Отмечена взаимосвязь ряда направлений и типов фрустрационных реакций с эффективностью совладания с трудной жизненной ситуацией у детей.

Результаты анализа различий в реагировании детей на стрессовую ситуацию госпитализации позволяют сделать вклад в разработку теоретических, методологических и практических аспектов проблемы. Особо важным является прогностический аспект исследования, включающий выявление групп риска.

ГЛАВА 2. МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Процедура психологического обследования

Перед началом проведения психологического обследования с ребенком устанавливались доверительные отношения. Основными задачами данного этапа являлись:

1) демонстрация заинтересованности и внимания к ребенку. С этой целью задавался ряд вопросов о впечатлениях об отделении, общении с другими детьми и персоналом стационара, настроении, интересах и увлечениях ребенка.

2) уточнение информации об имеющемся опыте общения с психологом либо его отсутствии. При наличии предшествующего опыта психологического консультирования, коротко прояснялась причина обращения. Наряду с этим, всем детям задавался вопрос о том, каковы, на их взгляд, функции медицинского психолога, а также, при необходимости, проводилось информирование по данному вопросу (объяснялась важность поддержания благоприятного психоэмоционального состояния для выздоровления и возможности психологической помощи).

3) получение устного согласия на процедуру.

Обследование проводилось очно, индивидуально. По желанию ребенка вопросы методик могли зачитываться психологом, бланк методики при этом лежал перед ребенком, что давало ему возможность следить за прочитанным и видеть варианты ответов. Наряду с этим, ребенку задавался вопрос о том, какой вариант фиксации результатов является для него предпочтительным – самостоятельное заполнение бланков методик или обращение к помощи психолога.

В зависимости от индивидуальных особенностей, к которым относится темп работы, утомляемость, и личные пожелания ребенка, обследование могло занимать от одной до трех встреч. Каждая встреча завершалась уточнением информации по текущему психоэмоциональному состоянию ребенка и его впечатлениях об обследовании, а также упражнением на релаксацию.

2.2. Обоснование релевантности диагностического инструментария. Методы статистической обработки данных

2.2.1 Методики

С целью анализа специфики переживания госпитализационного стресса детьми с ТОД был применен комплекс диагностических методик. Психодиагностический комплекс включал методики на оценку психоэмоциональных особенностей, фрустрационных реакций и репрезентаций детей.

1. Опросник депрессии у детей (CDI) М. Ковак (Children's Depression Inventory, M. Kovacs) был использован для определения количественных показателей спектра депрессивных симптомов, а также общего показателя депрессии. Включает в себя следующие шкалы: «негативное настроение», «межличностные проблемы», «неэффективность», «ангедония», «негативная самооценка». Может предъявляться детям школьного возраста и подростками (от 7 до 17 лет) и надежно различает детей и подростков с психиатрическим диагнозом «большая депрессия» от других психопатологических состояний и здоровых. Чувствителен к динамике депрессивных расстройств с течением времени, дает также показатель глубины депрессии. Разработан Maria Kovacs, адаптирована сотрудниками лаборатории клинической психологии и психиатрии НИИ психиатрии (Воликова, Калина, Холмогорова, 2011; Воликова, Холмогорова, Калина, 2013). К отклоняющемуся от нормы уровню депрессивных симптомов и общего показателя депрессии относили значения, превышающие 55 баллов (выше среднего уровня).

2. Шкала явной тревожности для детей (CMAS) (Children's Form of Manifest Anxiety Scale) применялась для выявления тревожности как относительно устойчивого образования. Шкала была разработана американскими психологами на основе шкалы тревожности Тейлор, предназначенной для взрослых. Как и во взрослой методике, вопросы были отобраны из опросника MMPI. Кроме того,

детский вариант дополнен контрольной шкалой, выявляющей тенденцию давать социально одобряемые ответы. Используется у детей 7-12 лет. Автором является А. Кастанеда, в отечественной психологии методика адаптирована А.М. Прихожан (Прихожан, 2009).

3. Фрустрационный тест Розенцвейга (Rosenzweig Picture Frustration Study, P-F Test Children Form) использован с целью изучения особенностей поведения детей в ситуациях фрустрации. Детский вариант методики был предложен С. Розенцвейгом с соавторами в 1948 году. Методика позволяет дифференцировать реакции детей по направлению (экстрапунитивные, интропунитивные и импунитивные) и типу (с фиксацией на препятствии, фиксацией на самозащите, фиксацией на разрешении ситуации), а также выявлять степень их стандартности с помощью показателя «групповой конформности». Методика впервые адаптирована Н.В. Тарабриной (Тарабрина, 1994). Нами использована методика в адаптации Л.А. Ясюковой (Ясюкова, 2021).

4. Опросник «Сильные стороны и трудности (SDQ)» применялся для оценки психосоциальных и эмоциональных проблем у детей. Опросник включает 25 позитивных и негативных свойств, которые объединены в пять шкал: «эмоциональные симптомы» (психофизиологические признаки дистресса, высокая тревожность, неуверенность, страхи); «проблемы с поведением» (агрессивность по отношению к другим, раздражительность, трудность или нежелание следовать правилам поведения, антисоциальное поведение); «гиперактивность/невнимательность» (значительные трудности концентрации на слабых стимулах, импульсивность); «проблемы взаимоотношений со сверстниками» (трудности установления сотрудничающих или дружеских отношений со сверстниками, неприятие сверстниками); «просоциальное поведение» (добровольное поведение, призванное приносить пользу другому человеку и обществу в целом, приверженность общепринятым правилам, внимательность к другим) (Ульянина, Сорокова, Федонкина и др., 2025). Автором является Р. Гудман. При экспертной оценке результативности опросника была

показана высокая корреляция с клиническими психиатрическими обследованиями. Адаптирован Е.Р. Слободской с соавторами (Goodman, Slobodskaya, Knyazev, 2005), О.А. Ульяниной с соавторами (Ульянина, Сорокова, Федонкина и др., 2025) и Н.А. Рудновой с соавторами (Руднова, Корниенко, Сурилова, 2026).

5. Цветовой тест Люшера (ЦТЛ) использовался с целью определения нервно-психической напряженности, оцениваемой по показателю суммарного отклонения от аутогенной нормы, и стрессового состояния с помощью математического анализа цветовых выборов пациентов в соответствии с расчетными формулами. Разработан М. Люшером. Численные показатели цветовых предпочтений предложены в результате отечественной адаптации методики (Прохоров, 2004; Тимофеев, Филимоненко, 2023; Цыганок, 2007). Методика широко используется в исследованиях коллег, занимающихся аналогичными проблемами (Кошуба, Мальчевский, Петров, 2020; Сокольская, 2014; Швецов, Елькин, 2016; Шелоумова, 2021) ввиду простоты выполнения и быстроты проведения, что позволяет использовать ее для экспресс-диагностики, в том числе в отделении анестезиологии, реанимации, интенсивной терапии (Шелоумова, Золотова, 2024, 2024 (а)). Проективный характер методики и закрытость ее психологического содержания от пациента дает возможность снизить вероятность искажения результатов под влиянием социальной желательности.

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), переведенной и адаптированной Е.В. Романовой и М.В. Галимзяновой, применялось для оценки репрезентаций себя и окружающего мира, представляющих собой когнитивный компонент ранних дезадаптивных схем (Приложение I). Ребенка просили оценить, насколько содержание каждого утверждения применимо к нему. Было доступно четыре варианта ответа: 1 – никогда, 2 – редко, 3 – часто, 4 – всегда. Для вопросов

№ 19, 20 использовалась обратная шкала: 1 – всегда, 2 – часто, 3 – редко, 4 – никогда.

Соотношение изучаемых психологических конструктов, переменных, через которые они операционализированы, и методик, использованных для их оценки, приведено на рис. 7.



Рис. 7. Соотношение изучаемых психологических конструктов, переменных и использованных методик

Обоснование использования структурированного интервью

Сопоставление концептов внутренних рабочих моделей, представляющих собой репрезентации значимых взаимодействий с объектом привязанности, а также представления о себе и окружающем социальном мире и РДС показало, что неадаптивный компонент внутренних рабочих моделей, связанных с ненадежной привязанностью, состоит из содержания РДС (Bosmans, 2010). В связи с этим было принято решение об использовании ряда утверждений The Dusseldorf Illustrated Schema Questionnaire for Children (Loose, Meyer, Pietrowsky, 2018),

выявляющих РДС у детей, для изучения репрезентаций себя и окружающего мира.

Обоснование использования Опросника «Сильные стороны и трудности (SDQ)»

Данный краткий скрининговый опросник широко применяется в мировой практике для выявления детей и подростков от 2 до 17 лет с пограничными нервно-психическими расстройствами (Goodman, Slobodskaya, Knyazev, 2005).

В исходном варианте самостоятельное заполнение опросника предполагается с 11 лет, до этого возраста опросник заполняется взрослыми (родителями, учителями). Однако условия проведения психологического обследования в рамках настоящего исследования потребовали внесения изменений в процедуру сбора данных. В связи с тем, что обследование детей проводилось в первую неделю госпитализации, медицинский и педагогический персонал не мог дать объективную оценку психоэмоционального состояния ребенка ввиду непродолжительного взаимодействия с ним. Кроме этого, поскольку дети госпитализировались без сопровождения родителя или другого близкого взрослого, родители также не могли объективно заполнить данный опросник.

Наряду с этим в настоящем исследовании важной представлялась собственная оценка детьми имеющихся у них психосоциальных и эмоциональных проблем. Ранее при одновременном заполнении данного опросника детьми и родителями было показано, что дети лучше понимают собственные мысли, эмоции и поведение, чем их родители (Loose, Meyer, Pietrowsky, 2018). Авторы пришли к выводу о том, что в случае заполнения опросника родителем, необходимо учитывать восприятие детьми собственных проблем для лучшего понимания результатов.

В нашей стране данный опросник применялся в исследовании, проведенном Е.В. Куфтяк и И.В. Тихоновой, в рамках которого дети более младшего возраста заполняли опросник самостоятельно (Куфтяк, Тихонова, 2019). В рамках настоящего исследования корректность заполнения опросника обеспечивалась

индивидуальной формой обследования с возможностью зачитывания утверждений психологом.

2.2.2 Методы статистической обработки данных

С целью статистической обработки данных использовалась программа SPSS 23.0. Достоверность научных результатов обеспечивалась адекватностью применяемых методов и методик, анализом и проверкой полученных данных с помощью различных статистических процедур, на уровне значимости $p < 0,05$.

В качестве критериев были выбраны: H-критерий Краскела-Уоллиса, критерий U Манна-Уитни, коэффициент ранговой корреляции Тау-b Кендалла (τ-Кендалла), факторный анализ (метод выделения факторов – метод главных компонент, метод вращения − варимакс с нормализацией Кайзера), кластерный анализ методом k-средних (k-means). В качестве поправки на множественную проверку гипотез использовался метод Холма (поправка Холма − Бонферрони) (Наркевич, Виноградов, Гржибовский, 2020).

2.3 Исследовательская база

Настоящее исследование было проведено на базе Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Центральный научно-исследовательский институт туберкулеза».

2.3.1 Выборка исследования

В исследование были включены дети с туберкулезом органов дыхания в возрасте 7 – 12 лет (Me = 11), поступившие на стационарное лечение в младшее детское отделение ФГБНУ «ЦНИИТ» в 2021 – 2025. Выборка составила 85 человек, 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.

В выборке отсутствовали дети из социально неблагополучных семей. Все респонденты ранее имели опыт госпитализации и находились в стационаре без сопровождения родителя или другого близкого взрослого.

2.3.2 Контроль влияния латентных переменных

Диагноз

Туберкулезный процесс при наиболее распространенных клинических формах туберкулеза органов дыхания у детей имеет ряд особенностей и характеризуется отсутствием выраженной симптоматики, в том числе на стационарном этапе лечения. В связи с этим режим дня госпитализированных детей максимально приближен к обычному, характерному для детей данного возраста, и включает прогулки, учебу в госпитальной школе, различные виды досуга, доступные в стационаре, как организованные воспитателями, так и выбранные самостоятельно. Несмотря на это, было принято решение о контроле переменной «диагноз». На рис. 8 приведено распределение частот встречаемости основных диагнозов детей.

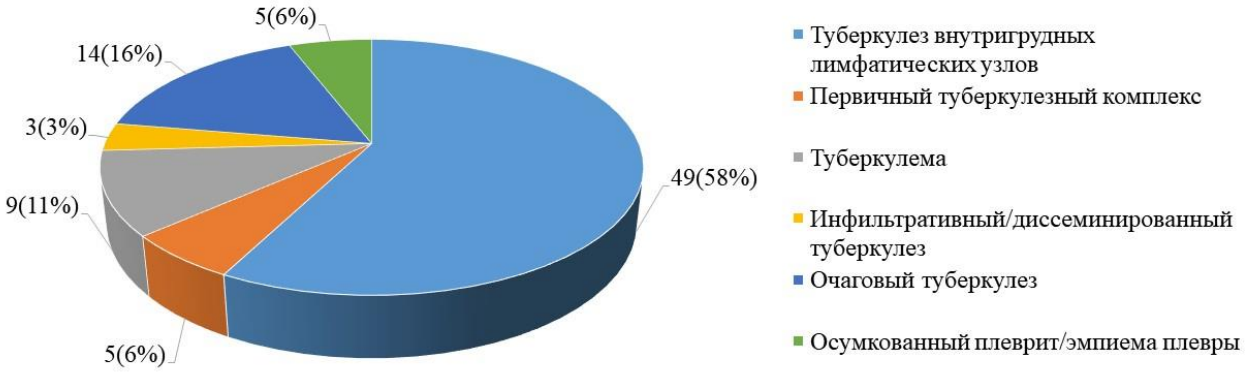


Рис. 8. Результаты частотного анализа основных диагнозов респондентов

Для контроля влияния данной переменной на изучаемые показатели был проведен анализ с помощью H-критерия Краскела-Уоллиса (табл. 1). Значимых различий между подгруппами пациентов с разным диагнозом выявлено не было.

Таблица 1.

Результаты сравнительного анализа исследуемых показателей между подгруппами детей с разным диагнозом

Показатели	Н Краскела-Уоллиса	Асимптотич. значимость
Нервно-психическая напряженность[1]	2,202	0,821
Тревога[1]	4,931	0,424
Стрессовое состояние[1]	4,715	0,452
Негативное настроение[2]	6,917	0,227
Межличностные проблемы[2]	5,098	0,404
Неэффективность[2]	4,716	0,452
Ангедония[2]	3,336	0,648
Негативная самооценка[2]	10,529	0,062
Общий показатель депрессии[2]	6,487	0,262
Эмоциональные симптомы[3]	3,998	0,550
Проблемы с поведением[3]	0,478	0,993
Гиперактивность/невнимательность[3]	6,290	0,279
Проблемы взаимоотношений со сверстниками[3]	5,160	0,397
Общее число проблем[3]	1,263	0,939
Просоциальное поведение[3]	5,759	0,330
Экстрапунитивное направление реакций (E)[4]	2,733	0,741
Интропунитивное направление реакций (I)[4]	8,459	0,133
Импунитивное направление реакций (M)[4]	4,101	0,535
Реакции с фиксацией на препятствии (O-D)	5,742	0,171
Реакции с фиксацией на самозащите (E-D)[4]	1,946	0,857
Реакции с фиксацией на разрешении ситуации (N-P)[4]	7,250	0,203
Показатель стандартности поведения в стрессовой ситуации (GCR)[4]	3,239	0,663
Тревожность[5]	4,214	0,519

Примечание: [1] – Цветовой тест Люшера; [2] – Опросник депрессии у детей (CDI) М. Ковак; [3] – Опросник «Сильные стороны и трудности, SDQ»; [4] – Фрустрационный тест Розенцвейга; [5] – Шкала явной тревожности для детей (CMAS)

Пол

С целью оценки возможного влияния пола на исследуемые показатели было принято решение о контроле данной переменной. Было проведено сравнение психологических характеристик девочек и мальчиков с помощью U-критерия Манна-Уитни, не выявившее значимых различий при сопоставлении всех изучаемых нами параметров (табл. 2).

Таблица 2.

Результаты сравнительного анализа исследуемых показателей в группах мальчиков и девочек

Показатели	Мальчики (n = 31), средний ранг	Девочки (n = 54), средний ранг	U Манна-Уитни	Асимптотич. Значимость
Нервно-психическая напряженность[1]	48,10	40,07	679,00	0,147
Тревога[1]	43,40	42,77	824,50	0,906
Стрессовое состояние[1]	46,97	40,72	714,00	0,257
Негативное настроение[2]	38,84	45,39	966,00	0,234
Межличностные проблемы[2]	43.39	42,78	825,00	0.911
Неэффективность[2]	41,18	44,05	893,50	0,601
Ангедония[2]	41,65	43,78	879,00	0,700
Негативная самооценка[2]	41,29	43,98	890,00	0,621
Общий показатель депрессии[2]	39,77	44,85	937,00	0,36
Эмоциональные симптомы[3]	34,10	48,11	1113,00	0,011[6]
Проблемы с поведением[3]	48,15	40,05	677,5	0,134
Гиперактивность/невнимательность[3]	41,82	43,68	873,50	0,734
Проблемы взаимоотношений со сверстниками[3]	47,21	40,58	706,50	0,226
Общее число проблем[3]	41,98	43,58	868,50	0,773
Просоциальное поведение[3]	40,94	44,19	901,00	0,552
Экстрапунитивное направление реакций (E)[4]	48,13	40,06	678,00	0,145
Интропунитивное направление реакций (I)[4]	40,32	44,54	920,00	0,446
Импунитивное направление реакций (M)[4]	38,87	45,37	965,00	0,241
Реакции с фиксацией на препятствии (O-D)	40,44	44,47	916,50	0,467

Продолжение таблицы 2.

Показатели	Мальчики (n = 31), средний ранг	Девочки (n = 54), средний ранг	U Манна-Уитни	Асимптотич. Значимость
Реакции с фиксацией на самозащите (E-D)[4]	47,79	40,25	688,50	0,173
Реакции с фиксацией на разрешении ситуации (N-P)[4]	43,87	42,50	810,00	0,805
Показатель стандартности поведения в стрессовой ситуации (GCR)[4]	36,52	46,72	1038,00	0,064
Тревожность[5]	38,68	45,48	971,00	0,218

Примечание: [1] – Цветовой тест Люшера; [2] – Опросник депрессии у детей (CDI) М. Ковак; [3] – Опросник «Сильные стороны и трудности, SDQ»; [4] – Фрустрационный тест Розенцвейга; [5] – Шкала явной тревожности для детей (CMAS); [6] – в соответствии с поправкой Холма-Бонферрони при данном уровне значимости H_0 принимается (различия статистически не значимы).

Полученные различия по показателю «эмоциональные симптомы» (U=1113,0; p=0,011) после применения поправки на множественную проверку гипотез Холма-Бонферрони значимыми не были.

Возраст

В выборку вошло небольшое количество респондентов в возрасте 7 лет (7,1%), в связи с чем было принято решение о контроле данной переменной. Были сопоставлены данные, подсчитанные на всей выборке и на ее части (без детей 7-летнего возраста). Сопоставление полученных данных не выявило статистически значимых различий (табл. 3)

Таблица 3.

Результаты сравнительного анализа исследуемых показателей в полной выборке и выборке без детей 7 лет

Показатели	Полная выборка (n = 85), средний ранг	Выборка без детей 7 лет (n = 79), средний ранг	U Манна-Уитни	Асимптотич. Значимость
Нервно-психическая напряженность[1]	81,29	83,80	3460,00	0,734

Продолжение таблицы 3.

Показатели	Полная выборка (n = 85), средний ранг	Выборка без детей 7 лет (n = 79), средний ранг	U Манна-Уитни	Асимптотич. Значимость
Тревога[1]	82,26	82,75	3377,50	0,946
Стрессовое состояние[1]	81,71	83,35	3425,00	0,823
Негативное настроение[2]	82,69	82,30	3341,50	0,958
Межличностные проблемы[2]	82,36	82,65	3369,50	0,968
Неэффективность[2]	82,41	82,59	3365,00	0,980
Ангедония[2]	82,01	83,03	3399,50	0,888
Негативная самооценка[2]	82,64	82,35	3346,00	0,970
Общий показатель депрессии[2]	82,5	82,5	3357,50	1,000
Эмоциональные симптомы[3]	83,05	81,91	3311,00	0,877
Проблемы с поведением[3]	82,59	82,40	3349,50	0,978
Гиперактивность/невнимательность[3]	82,25	82,77	3379,00	0,943
Проблемы взаимоотношений со сверстниками[3]	82,87	82,10	3326,00	0,916
Общее число проблем[3]	82,78	82,20	3333,50	0,937
Просоциальное поведение[3]	81,96	83,08	3403,00	0,879
Экстрапунитивное направление реакций (E)[4]	82,81	82,16	3331,00	0,930
Интропунитивное направление реакций (I)[4]	81,59	83,47	3434,50	0,799
Импунитивное направление реакций (M)[4]	83,09	81,87	3307,50	0,869
Реакции с фиксацией на препятствии (O-D)	83,01	81,95	3314,00	0,886
Реакции с фиксацией на самозащите (E-D)[4]	81,79	83,27	3418,00	0,841
Реакции с фиксацией на разрешении ситуации (N-P)[4]	82,55	82,44	3353,00	0,988
Показатель стандартности поведения в стрессовой ситуации (GCR)[4]	81,88	83,16	3410,00	0,861
Тревожность[5]	83,82	81,08	3245,00	0,709

Примечание: [1] – Цветовой тест Люшера; [2] – Опросник депрессии у детей (CDI) М. Ковак; [3] – Опросник «Сильные стороны и трудности, SDQ»; [4] – Фрустрационный тест Розенцвейга; [5] – Шкал явной тревожности для детей (CMAS).

Также было принято решение о сравнении исследуемых показателей в группах детей разного возраста. Большинство возрастных периодизаций (Л.С. Выготского, Д.Б. Эльконина, Э. Эриксона) возрастной диапазон 7 – 12 лет рассматривают как школьный или младший школьный возраст, однако в периодизации Д.Б. Эльконина возраст 11 – 12 лет определяется как начало

подросткового периода. В связи с этим было решено разделить выборку на 2 группы: в первую вошли дети 7 – 10 лет (n=37), во вторую – дети 11 – 12 лет (n=48) (табл. 4).

Таблица 4.

Результаты сравнительного анализа исследуемых показателей в группах детей 7 – 10 и 11 – 12 лет

Показатели	Группа детей 7 – 10 лет (n = 37), средний ранг	Выборка детей 11 – 12 лет (n = 48), средний ранг	U Манна-Уитни	Асимптотич. Значимость
Нервно-психическая напряженность[1]	45,22	41,29	806,00	0,465
Тревога[1]	44,07	42,18	848,50	0,718
Стрессовое состояние[1]	46,08	40,62	774,00	0,308
Негативное настроение[2]	44,34	41,97	838,50	0,658
Межличностные проблемы[2]	45,65	40,96	790,00	0,377
Неэффективность[2]	38,66	46,34	1048,50	0,149
Ангедония[2]	42,45	43,43	908,50	0,855
Негативная самооценка[2]	41,14	44,44	957,00	0,532
Общий показатель депрессии[2]	42,31	43,53	913,50	0,821
Эмоциональные симптомы[3]	40,28	45,09	988,50	0,367
Проблемы с поведением[3]	42,18	43,64	918,50	0,784
Гиперактивность/ невнимательность[3]	41,15	44,43	956,50	0,536
Проблемы взаимоотношений со сверстниками[3]	42,28	43,55	914,50	0,811
Общее число проблем[3]	40,65	44,81	975,00	0,439
Просоциальное поведение[3]	38,11	46,77	1069,00	0,102
Экстрапунитивное направление реакций (E)[4]	46,16	40,56	771,00	0,298
Интропунитивное направление реакций (I)[4]	38,84	46,21	1042,00	0,170
Импунитивное направление реакций (M)[4]	40,39	45,01	984,50	0,391
Реакции с фиксацией на препятствии (O-D)	43,18	42,86	881,50	0,954
Реакции с фиксацией на самозащите (E-D)[4]	41,88	43,86	929,50	0,712
Реакции с фиксацией на разрешении ситуации (N-P)[4]	42,70	43,23	899,00	0,922

Продолжение таблицы 4.

Показатели	Группа детей 7 – 10 лет (n = 37), средний ранг	Выборка детей 11 – 12 лет (n = 48), средний ранг	U Манна-Уитни	Асимптотич. Значимость
Показатель стандартности поведения в стрессовой ситуации (GCR)[4]	42,69	43,24	899,50	0,918
Тревожность[5]	48,85	38,49	671,50	0,053

Примечание: [1] – Цветовой тест Люшера; [2] – Опросник депрессии у детей (CDI) М. Ковак; [3] – Опросник «Сильные стороны и трудности, SDQ»; [4] – Фрустрационный тесту Розенцвейга; [5] – по Шкале явной тревожности для детей (CMAS).

Проведенное сравнение с помощью критерия U Манна-Уитни не выявило статистически значимых различий ни по одному из исследуемых показателей.

ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

3.1 Особенности госпитализационного стресса у детей

Госпитализация во фтизиатрический стационар является стрессовой ситуацией (Zvonareva, 2021; Мордык, Плеханова, 2011; Subramanian, 1998; Emami, Modarressi, Najmi, 2015). На основе анализа работ отечественных и зарубежных исследователей в параграфе 1.1 были выделены особенности этой ситуации, связанные с длительностью, высоким уровнем неопределенности, нахождением ребенка в стационаре без значимого взрослого, стигматизирующим характером заболевания, а также спецификой стрессового реагирования в детском возрасте.

В соответствии с теоретическими подходами к классификации реакций на стресс, приведенными в литературном обзоре и авторским подходом к пониманию госпитализационного стресса (ГС) (Прохоров, 2023; Дюкова, 2010), исследуемые признаки были объединены в следующие категории:

− *ГС с преобладанием нервно-психической напряженности*. Данная категория включает признаки, отражающие психофизиологические изменения, наблюдающиеся на начальной стадии общего синдрома адаптации (по Г. Селье).

Нервно-психическая напряженность характеризуется неумеренно завышенным расходованием нервно-психических ресурсов при низкой эффективности действий. Чем выше данный показатель, тем в большей мере силы человека расходуются на поддержание психической целостности, борьбу с внутриличностными проблемами, волевое преодоление усталости, в ущерб достижению субъективно значимых целей. К данной категории также относится тревога и стрессовое состояние, возникновение которых обусловлено подавлением, неудовлетворенностью значимых потребностей (Прохоров, 2004).

Таким образом, данная категория ГС представляет собой совокупность стрессовых реакций, возникающих в ответ на изменение жизненной ситуации. Ввиду того, что реакции такого рода во многом являются биологически обусловленными, признаки *ГС с преобладанием нервно-психической*

напряженности проявляются в стрессовой ситуации в первую очередь и оказываются наиболее распространенным.

− *ГС с преобладанием поведенческих проблем* представляет собой психологический аналог реакций «бей» или «беги», при которых ребенок активно взаимодействует со средой в попытке устранения источника стрессового воздействия. Однако, валентность такого рода активности является отрицательной, ввиду социальной нежелательности используемых поведенческих паттернов.

− *ГС с преобладанием депрессивных реакций* развивается в случае субъективно ощущаемой невозможности активного поведения в стрессовой ситуации. В рамках разработанной за рубежом когнитивной модели беспомощности – безнадежности (Alloy, Kelly, Mineka, Clements, 1990) развитие депрессии связывается с субъективно ощущаемым полным ослаблением чувства контроля, с возникновением безнадежности и уверенности в негативном исходе. Описана реципрокная связь между беспомощностью и переживанием стресса, представляющая следующую цепочку зависимостей: беспомощность как стрессор способствует развитию стрессового состояния, а стресс, в свою очередь, инициирует новое переживание беспомощности (Харламенкова, 2025).

ГС с преобладанием депрессивных реакций проявляется снижением настроения, гедонистической способности и самооценки, межличностными проблемами. Наряду с этим отмечается такая специфичная для детей особенность, как неэффективность, в том числе в школе. Депрессивные реакции являются наиболее тяжелыми проявлениями ГС, которые зачастую бывают окрашены экзистенциальными переживаниями одиночества, безвыходности, отсутствия надежды на будущее.

Таким образом, резюмируя, отметим, что рассмотренные категории *ГС* представляют собой содержательно разные варианты его переживания. Если рассмотреть хронологию возникновения отдельных признаков ГС, относящихся к разным категориям, можно предположить, что в первую очередь будут возникать проявления *ГС с преобладанием нервно-психической напряженности*, отражающие во многом биологически обусловленные реакции на изменившуюся ситуацию. При

этом, такие проявления стресса могут возникать не только в момент госпитализации, но и на этапе ожидания поступления в стационар.

ГС *с преобладанием поведенческих проблем* можно считать попыткой активного преодоления стрессовой ситуации, не приводящей, однако, к эффективному совладанию ввиду дисфункционального характера используемых стратегий. *Возникновение ГС с преобладанием депрессивных реакций, напротив,* обусловлено субъективно ощущаемой невозможностью активного поведения в стрессовой ситуации и чувством беспомощности.

В данном параграфе рассматриваются признаки госпитализационного стресса у детей. Анализируются данные, полученные с помощью следующих методик: Цветового теста Люшера (ЦТЛ), Опросника «Сильные стороны и трудности, (SDQ)» (ССТ), Опросника депрессии у детей (CDI).

Для проведения частотного анализа показателей депрессивных реакций (CDI) и «нервно-психической напряженности» (ЦТЛ) было осуществлено объединение ряда уровней, предусмотренных соответствующими методиками, с введением диапазона, обозначенного «выше среднего уровня». В ЦТЛ в него были включены «повышенный уровень нервно-психической напряженности» и «выраженная нервно-психическая напряженность», в CDI – все уровни выше «среднего».

Применялись методы описательной статистики, факторный анализ с использованием метода главных компонент и метода вращения варимакс с нормализацией Кайзера, кластерный анализ методом k-средних (k-means).

Отдельно рассматривается такой показатель, как «просоциальное поведение» (добровольное поведение, призванное приносить пользу другому человеку и обществу в целом, приверженность общепринятым правилам, внимательность к другим), являющееся протективным фактором (Ульянина, Сорокова, Федонкина и др., 2025).

Проверяется *первая гипотеза* о том, что 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.

Частотный анализ признаков *ГС с преобладанием нервно-психической напряженности* показал наличие у подавляющего числа детей «тревоги» и «стрессового состояния» (64 (78,6%) и 70 (82,2%) соответственно) (рис. 9). Полученные результаты подтверждают высказанное ранее предположение о том, что признаки данной категории ГС, представляющие собой биологически обусловленные реакции на изменившуюся ситуацию, являются наиболее распространенным проявлением стресса. В стрессовой ситуации госпитализации ребенок оказывается в непривычных условиях, в окружении большого числа незнакомых людей (детей разного возраста, медицинского и педагогического персонала), становясь при этом объектом различных медицинских манипуляций, что в совокупности определяет характер переживаний, выводя тревогу на первый план.



Рис. 9. Признаки ГС с преобладанием нервно-психической напряженности у детей
Примечание: [1] – Цветовой тест Люшера.

Наличие у подавляющего большинства детей «стрессового состояния» является эмпирическим подтверждением рассмотренного в теоретическом обзоре постулата о том, что госпитализация представляет собой специфическую стрессовую ситуацию.

«Нервно-психическая напряженность» среднего уровня наблюдалась у 32 (37,6%), выше среднего – у 18 (21,2%) детей. Снижение работоспособности и повышение утомляемости характерно уже для среднего уровня. Отмечается, что

поддержание относительно стабильного функционирования при данном уровне «нервно-психической напряженности» возможно в привычной обстановке, с четким субъективным разделением деятельности и отдыха. В связи с тем, что ситуация госпитализации, не являясь привычной для ребенка, оказывает нагрузку на адаптационные механизмы, детей со средним уровнем нервно-психической напряженности можно отнести к группе риска по психологической дезадаптации.

При наличии «нервно-психической напряженности» выше среднего уровня наблюдаются более выраженные признаки стресса, в частности, повышенная возбудимость, тревога и неуверенность. В эмоциональном состоянии пациентов с максимальными значениями данного показателя, помимо тревоги, отмечаются бессилие и отсутствие желания что-либо делать (Прохоров, 2004).

Результаты частотного анализа *показателей ГС с преобладанием поведенческих проблем* указывают на то, что в данной категории в большем проценте случаев преобладают «проблемы взаимоотношений со сверстниками» (рис. 10). Так, отклоняющийся от нормы и пограничный уровни были выявлены в равной мере у 19 (22,4%) детей обследуемой выборки.

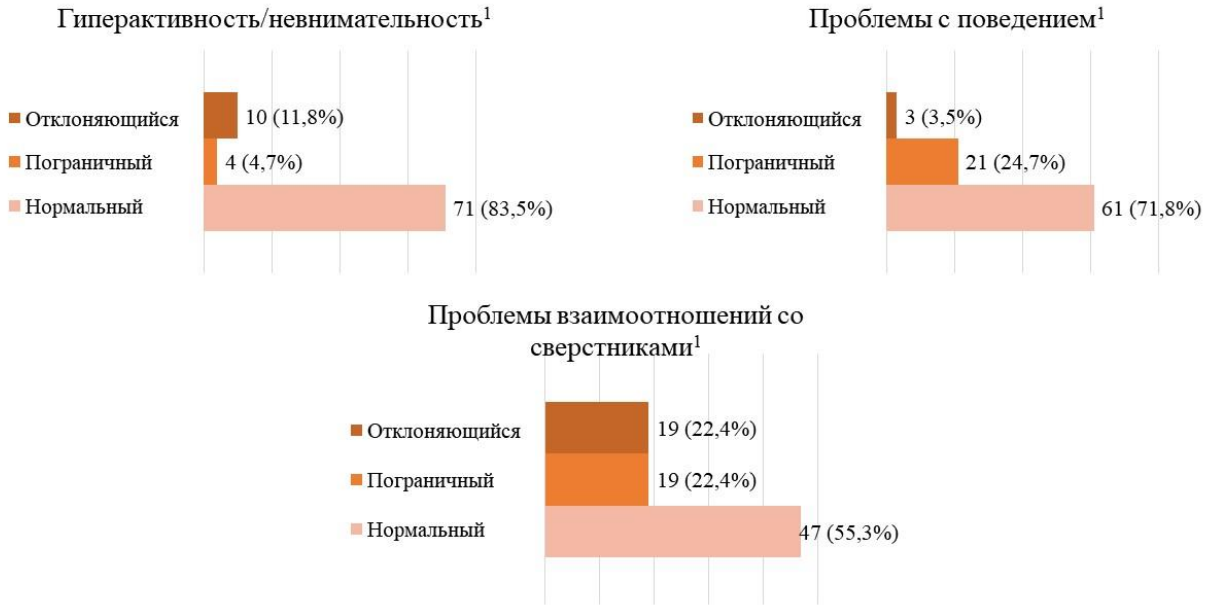


Рис. 10. Признаки ГС с преобладанием поведенческих проблем у детей

Примечание: [1] – Опросник «Сильные стороны и трудности (SDQ)».

Отмечено, что пограничные значения свидетельствуют о временных трудностях и нарушениях адаптации, в том числе, в связи с фрустрирующими событиями, в то время как высокие значения, соответствующие отклоняющемуся уровню, могут свидетельствовать о наличии проблем психопатологического характера, о слабой адаптированности ребенка в социальном пространстве, и иметь как временный, так и постоянный характер (Ульянина, Сорокова, Федонкина и др., 2025).

Таким образом, почти половина госпитализированных детей отмечала наличие трудностей в установлении сотрудничающих или дружеских отношений со сверстниками, а также неприятие сверстниками, что, с одной стороны, является признаком ГС, с другой стороны, может приобретать характер стрессора, ухудшая эмоциональное состояние ребенка.

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. Как было отмечено выше, подобные проявления ГС отражают попытки активного реагирования на стрессовую ситуацию. Однако, неконструктивная направленность такого поведения затрудняет адаптацию к условиям стационара, повышая стрессовую нагрузку. У 3 (3,5%) детей показатель «проблем с поведением» достигал отклоняющегося уровня, который указывает на слабую адаптированность в социальном пространстве.

У 10 (11,8%) детей отмечался отклоняющийся от нормы уровень «гиперактивности/невнимательности», проявляющийся в трудностях концентрации внимания и импульсивности. Данные особенности ГС, наряду с психофизиологическими проявлениями тревоги, характерны для начальной стадии реагирования на стрессовую ситуацию, при которой происходит активация симпатической нервной системы.

Выраженность «просоциального поведения» у подавляющего большинства (77 (90,6%)) детей находилась в пределах нормативных значений (рис. 11), что, с одной стороны, можно рассматривать как проявление социальной нормативности,

конформности и ориентации на групповые нормы, с другой стороны – как активную стратегию адаптации в новом социальном окружении, характеризующуюся стремлением продемонстрировать свою готовность прийти на помощь.



Рис. 11. Выраженность просоциального поведения у детей

Примечание: [1] – Опросник «Сильные стороны и трудности (SDQ)».

Как было отмечено ранее, в случае субъективно ощущаемой невозможности активного поведения в стрессовой ситуации, возможно появление признаков *ГС с преобладанием депрессивных реакций*. Результаты частотного анализа признаков данной категории ГС для удобства восприятия представлены на двух рисунках (рис. 12 (а, б)).

На рис. 12 (а) можно увидеть, что у подавляющего большинства детей (75 (88,2%)) выявлялись превышающие средний уровень значения по шкале «межличностные проблемы» (CDI). Эти результаты соотносятся с представленными ранее данными по такому признаку *ГС с преобладанием поведенческих проблем,* как «проблемы взаимоотношений со сверстниками», уровень которых почти у 50% детей был выше нормативного. Однако данные признаки отражают различные аспекты межличностного взаимодействия. В то время, как шкала «проблемы взаимоотношений со сверстниками» выявляет трудности в установлении сотрудничающих или дружеских отношений со сверстниками и неприятие с их стороны, шкала «межличностных проблем» оценивает субъективное ощущение одиночества в присутствии других людей, нежелание общения и восприятие себя плохим.

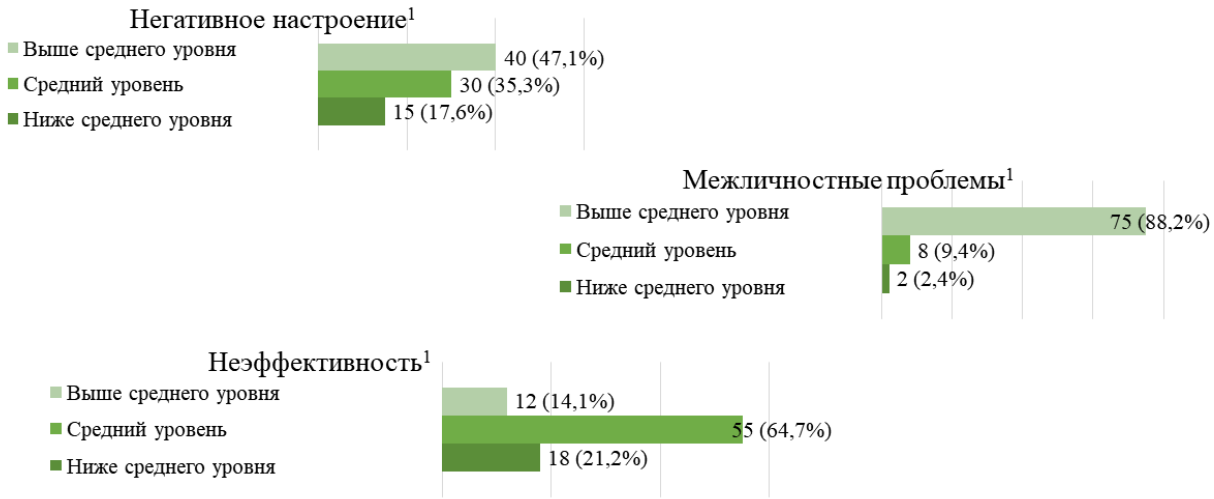


Рис. 12 (а) Выраженность «негативного настроения», «межличностных проблем» и «неэффективности» у детей

Примечание: [1] – Опросник депрессии у детей (CDI).

Почти у половины детей (40 (47,1%)) значение по шкале «негативное настроение» превышало средний уровень. В то же время такой признак *ГС с преобладанием депрессивных реакций*, как «неэффективность» был выше средних значений только у 12 (14,1%) детей.

По данным частотного анализа, у трети детей (28 (32,9%)) наблюдались превышающие средние значения показатели «ангедонии» (рис. 12 (б)). Отклоняющийся от нормы и пограничный уровень «эмоциональных симптомов» отмечался у 10 (11,8%) и 16 (18,8%) детей соответственно.

Обращает на себя внимание 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.

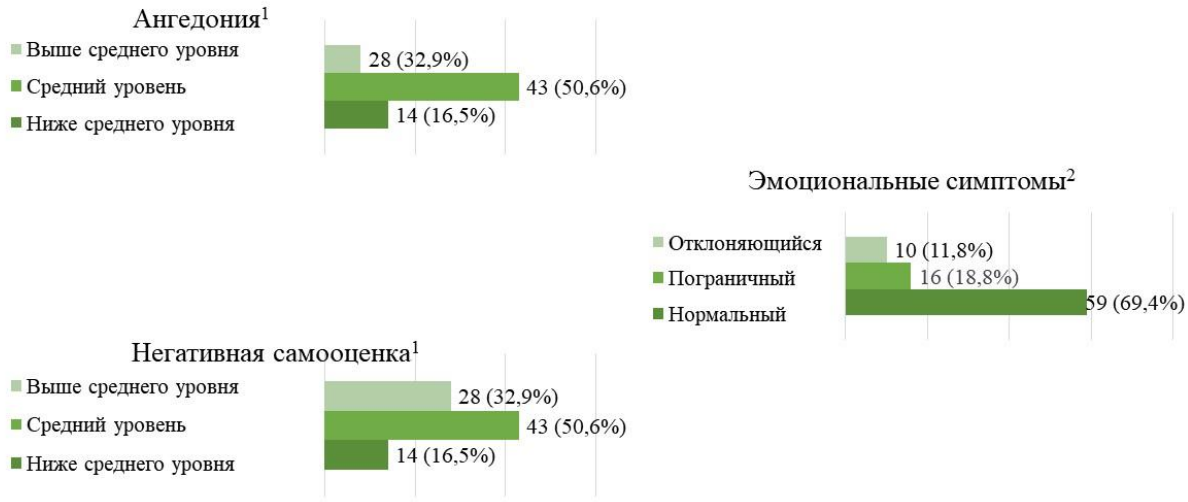


Рис. 12 (б). Выраженность «ангедонии», «негативной самооценки» и «общего показателя депрессии»

Примечание: [1] – Опросник депрессии у детей (CDI).

Резюмируя вышесказанное, отметим, что в спектре признаков *ГС с преобладанием депрессивных реакций* наиболее выраженными были «межличностные проблемы», эмоциональные проявления, такие как «негативное настроение» и «ангедония», и «негативная самооценка», в то время как снижение эффективности функционирования в школе наблюдались у меньшего числа детей.

Таким образом, *первая гипотеза* о том, что 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, частично подтверждена.

Для оценки соответствия теоретически выделенной структуры ГС эмпирическим данным был проведен факторный анализ (метод выделения факторов – метод главных компонент, метод вращения − варимакс с нормализацией Кайзера) с включением в него следующих показателей: «нервно-психической напряженности», «тревоги», «стрессового состояния», «гиперактивности/невнимательности», «проблем с поведением», «проблем взаимоотношений со сверстниками», «просоциального поведения», «негативного

настроения», «межличностных проблем», «неэффективности», «ангедонии», «негативной самооценки» и «эмоциональных симптомов» (табл. 5, Приложение II).

Таблица 5.

Результаты факторного анализа показателей ГС[1]

Показатель госпитализационного стресса	Фактор		
	1	2	3
Нервно-психическая напряженность	0,088	**0,862**	0,125
Тревога	0,012	**0,884**	0,015
Стрессовое состояние	0,078	**0,950**	0,118
Гиперактивность/невнимательность	0,258	0,160	**0,711**
Проблемы с поведением	0,023	0,069	**0,826**
Проблемы взаимоотношений со сверстниками	0,322	0,097	**0,689**
Просоциальное поведение	0,123	-0,007	**-0,631**
Негативное настроение	**0,887**	0,009	0,108
Межличностные проблемы	**0,743**	0,043	-0,040
Неэффективность	**0,617**	0,039	0,038
Ангедония	**0,791**	0,134	0,113
Негативная самооценка	**0,821**	0,080	0,093
Эмоциональные симптомы	**0,541**	-0,081	0,370

Примечание: метод выделения факторов: метод главных компонент; метод вращения − варимакс с нормализацией Кайзера.

В результате факторного анализа были выделены 3 фактора, соответствующие описанным ранее на теоретическом уровне категориям ГС (табл. 5). Фактор 1 определялся признаками *ГС с преобладанием депрессивных реакций* («негативным настроением», «межличностными проблемами», «неэффективностью», «ангедонией», «негативной самооценкой», «эмоциональными симптомами») (Рис. 13). Наибольшие факторные нагрузки имели «негативное настроение» (0,887), «негативная самооценка» (0,821) и «ангедония» (0,791). Фактор 2 определялся признаками *ГС с преобладанием нервно-психической напряженности* («нервно-психической напряженностью», «тревогой» и «стрессовым состоянием») с наибольшей факторной нагрузкой у показателя «стрессового состояния» (0,950).

Фактор 3 определялся признаками *ГС с преобладанием поведенческих проблем* («гиперактивности/невнимательности», «проблем с поведением», «проблем взаимоотношений со сверстниками») с наибольшей факторной нагрузкой у показателя «проблемы с поведением» (0,826); отрицательный вклад вносил показатель просоциального поведения. Объясненная совокупная дисперсия составила 63,67%.

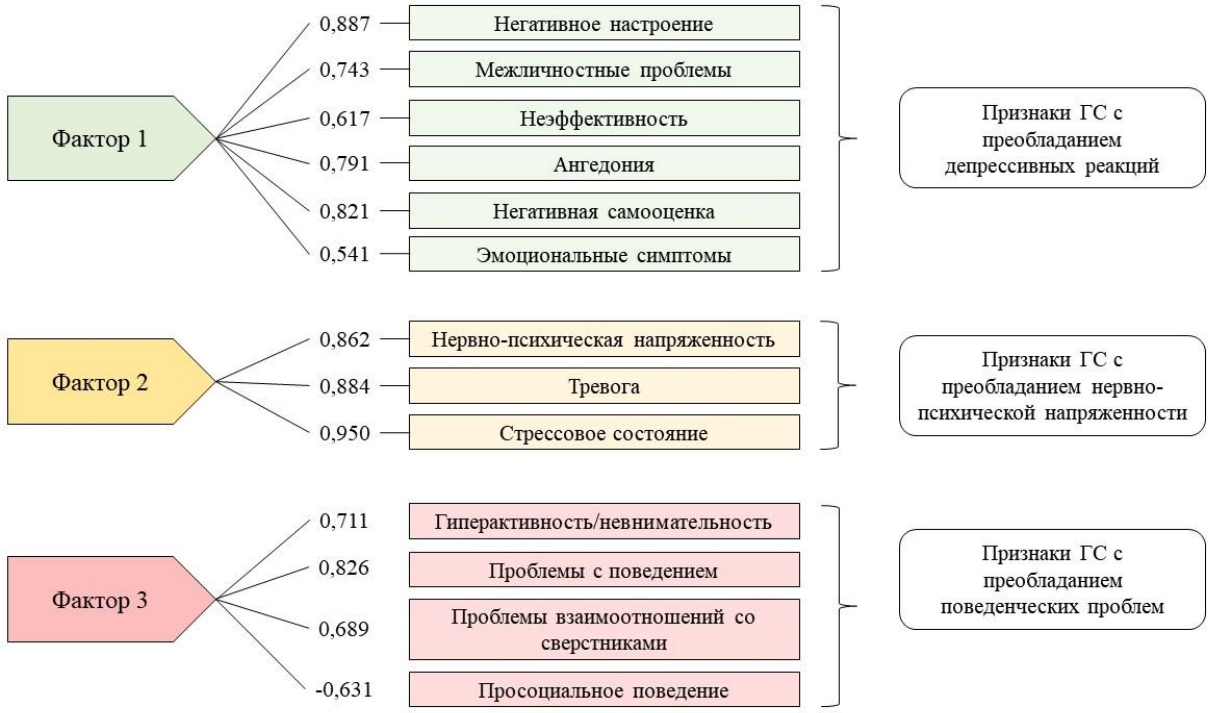


Рис.13. Факторная структура признаков ГС

Для оценки качества факторной модели были использованы критерий адекватности выборки Кайзера-Майера-Олкина (КМО), продемонстрировавший удовлетворительную адекватность (Приложение 2, табл. 2) и критерий сферичности Бартлетта, согласно которому данные были приемлемы для проведения факторного анализа.

Продолжая верификацию первой гипотезы, рассмотрим типы госпитализационного стресса у детей. С этой целью был проведен кластерный анализ методом k-средних (k-means) (Приложение III). Для кластеризации были выбраны следующие признаки ГС: «стрессовое состояние», «общий показатель

депрессии» и суммарное значение показателей поведенческих проблем («гиперактивность/невнимательность», «проблем с поведением», «проблем взаимоотношений со сверстниками») (Табл. 6).

Таблица 6.

Результаты кластеризации выборки по показателям уровня стрессового состояния ребенка, поведенческих проблем и депрессии[1]

Показатель	Кластер		
	1 (n=29)	2 (n=17)	3 (n=39)
Стрессовое состояние	**17,30[2]**	12,01	4,19
Суммарный показатель поведенческих проблем	9,86	8,76	8,67
Общий показатель депрессии	52,34	**74,41[3]**	50,59

Примечание: [1] – представлены конечные центры кластеров; [2] – значение выше верхнего квартиля (Q3) по выборке; [3] – значение относится к наибольшему уровню депрессии по CDI.

Кластер 1 характеризовался более выраженным «стрессовым состоянием» (значение данного показателя в Кластере 1 равно 17,30 при значении верхнего квартиля в выборке (Q3) равном 14,1), кластер 2 – высоким значением «общего показателя депрессии» (значение указанного показателя в Кластере 2 равно 74,41 баллам, при границе наиболее высокого уровня показателя депрессии, определенной методикой, равной 70 баллам).

По суммарному показателю поведенческих проблем, согласно данным дисперсионного анализа (табл. 7), кластеры не различались.

Таблица 7.

Результаты дисперсионного анализа (ANOVA)

Показатели	Кластер		Ошибка		F	Значимость
	Средний квадрат	Ст. св.	Средний квадрат	Ст. св.		
Стрессовое состояние	1463,321	2	26,146	82	55,968	**0,0001**
Суммарный показатель поведенческих проблем	13,037	2	24,746	82	0,527	0,5920
Общий показатель депрессии	3645,853	2	47,416	82	76,891	**0,0001**

Далее проведем сравнительный анализ отдельных признаков госпитализационного стресса у детей, относящихся к разным кластерам (табл. 8).

Таблица 8.

Результаты сравнительного анализа признаков госпитализационного стресса в трех кластерах

Показатели	Данные по полной выборке (N=85)			Кластер 1 (n=29), Md	Кластер 2 (n=17), Md	Кластер 3 (n=39), Md	H Краскела-Уоллиса
	Q1	Md	Q3				
ГС с преобладанием нервно-психической напряженности							
Нервно-психическая напряженность[1]	11,00	14,00	20,00	20,00	16,00	12,00	**H=31,540, p=0,0001**
Тревога[1]	0,50	1,00	3,00	3,00	1,00	1,00	**H=26,522, p=0,0001**
Стрессовое состояние[1]	6,00	6,80	14,10	14,90	12,00	6,00	**H=51,901, p=0,0001**
ГС с преобладанием депрессивных реакций							
Негативное настроение[2]	49,00	54,00	64,00	54,00	74,00	54,00	**H=32,400, p=0,0001**
Межличностные проблемы[2]	56,00	64,00	71,00	64,00	78,00	64,00	**H=13,211, p=0,001**
Неэффективность[2]	47,00	49,00	54,00	49,00	58,00	49,00	**H=8,779, p=0,012**
Ангедония[2]	45,00	52,00	60,00	52,00	73,00	48,00	**H=36,890, p=0,0001**
Негативная самооценка[2]	40,00	51,00	57,00	51,00	57,00	46,00	**H=31,649, p=0,0001**
Эмоциональные симптомы[3]	3,00	5,00	6,00	4,00	6,00	4,00	**H=11,435, p=0,003**
ГС с преобладанием поведенческих проблем							
Проблемы с поведением[3]	1,00	2,00	4,00	2,00	3,00	2,00	H=0,074, p=0,963
Гиперактивность/ невнимательность[3]	2,00	2,00	4,00	2,00	4,00	2,00	H=3,365, p=0,186
Проблемы взаимоотношений со сверстниками[3]	2,00	3,00	5,00	3,00	4,00	3,00	H=5,446, p=0,066
Просоциальное поведение[3]							
	7,00	8,00	9,00	7,00	10,00	8,00	**H=6,895, p=0,032**

Примечание: [1] – Цветовой тест Люшера; [2] – Опросник депрессии у детей (CDI) М. Ковак; [3] – Опросник «Сильные стороны и трудности, SDQ».

Полученные данные демонстрируют наличие значимых различий между кластерами по большинству признаков ГС, за исключением *ГС с преобладанием поведенческих проблем*. Кластер 1 отличает больший уровень «нервно-психической напряженности», «тревоги» и «стрессового состояния», представляющих собой психофизиологические проявления начальной фазы стрессового реагирования на новые условия стационара. Кластер 3 описывает наиболее благоприятный тип реагирования на стрессовую ситуацию госпитализации, поскольку медианные значения всех показателей ГС в нем находятся в пределах нижнего квартиля по всей выборке. Наиболее тяжелый тип ГС представлен Кластером 2, характеризующимся выраженными признаками *ГС с преобладанием депрессивных реакций*: «негативным настроением», «межличностными проблемами», «неэффективностью», «ангедонией», «негативной самооценкой» и «эмоциональными симптомами». В то же время, для данного кластера было характерно наибольшее медианное значение «просоциального поведения».

Сравним выраженность признаков ГС между отдельными кластерами (табл. 9). Кластеры 1 и 2 различались по следующим показателям *ГС с преобладанием депрессивных реакций* с большей их выраженностью у детей, относящихся к Кластеру 2: «негативному настроению» (U=468,00, p=0,0001), «межличностным проблемам» (U=375,50, p=0,003), «ангедонии» (U=459,00, p=0,0001), «негативной самооценке» (U=454,00, p=0,0001).

Сравнение выраженности признаков ГС в кластерах 2 и 3 продемонстрировало схожую картину по *ГС с преобладанием депрессивных* реакций: уровень всех показателей данной категории ГС был выше в Кластере 2. Наряду с этим, данный кластер характеризовался более выраженным «стрессовым состоянием» (U=133,50, p=0,0001).

Таблица 9.

Результаты попарных сравнений показателей госпитализационного стресса между кластерами с помощью критерия U Манна-Уитни

Показатели	Кластер 1 и 2	Кластер 1 и 3	Кластер 2 и 3
ГС с преобладанием нервно-психической напряженности			
Нервно-психическая напряженность[1]	U=171,5, p=0,086	U=113,50, **p=0,0001**	U=187,00, p=0,009

Продолжение таблицы 9.

Показатели	Кластер 1 и 2	Кластер 1 и 3	Кластер 2 и 3
ГС с преобладанием нервно-психической напряженности			
Тревога[1]	U=136,00, p=0,008	U=167,00, **p=0,0001**	U=238,00, p=0,080
Стрессовое состояние[1]	U=139,50, p=0,014	U=0,0001, **p=0,0001**	U=133,50, **p=0,0001**
ГС с преобладанием депрессивных реакций			
Негативное настроение[2]	U=468,00, **p=0,0001**	U=567,50, p=0,980	U=40,00, **p=0,0001**
Межличностные проблемы[2]	U=375,50, **p=0,003**	U=477,50, p=0,264	U=146,00, **p=0,001**
Неэффективность[2]	U=349,50, p=0,017	U=513,00, p=0,507	U=174,50, **p=0,005**
Ангедония[2]	U=459,00, **p=0,0001**	U=427,50, p=0,084	U=11,50, **p=0,0001**
Негативная самооценка[2]	U=454,00, **p=0,0001**	U=557,00, p=0,913	U=38,50, **p= 0,0001**
Эмоциональные симптомы[3]	U=360,50, p=0,009	U=570,50, p=0,950	U=141,50, **p=0,001**
ГС с преобладанием поведенческих проблем			
Проблемы с поведением[3]	U=236,50, p=0,815	U=562,50, p=0,969	U=345,50, p=0,798
Гиперактивность/ невнимательность[3]	U=299,00, p=0,0227	U=501,00, p=0,409	U=235,00, p=0,081
Проблемы взаимоотношений со сверстниками[3]	U=334,00, p=0,044	U=585,00, p=0,805	U=210,50, p=0,029
Просоциальное поведение[3]			
	U=354,5, p=0,012	U=636,00, p=0,373	U=217,50, p=0,038

Примечание: [1] – Цветовой тест Люшера; [2] – Опросник депрессии у детей (CDI) М. Ковак; [3] – Опросник «Сильные стороны и трудности, SDQ»; жирным шрифтом выделены различия, значимость которых сохранялась после применения поправки Холма-Бонферрони на множественную проверку гипотез.

Особый интерес представляет анализ различий признаков ГС в кластерах 1 и 3, описывающих более благоприятные типы ГС. Как видим в данных табл. 9, у детей, относящихся к Кластеру 1 выявлены более высокие значения показателей *ГС с преобладанием нервно-психической напряженности*: «нервно-психической напряженности» (U=113,50, p=0,0001), «тревоги» (U=167,00, p=0,0001) и «стрессового состояния» (U=0,0001, p=0,0001). С учетом приведенных ранее данных (табл. 8) можно резюмировать, что Кластер 3 характеризуется низкой выраженностью указанных признаков ГС, поскольку их значения находятся в

пределах нижнего квартиля по всей выборке, в то время, как в Кластере 1 они достигают верхнего квартиля.

На рисунке 14 схематично представлены описанные типы ГС.

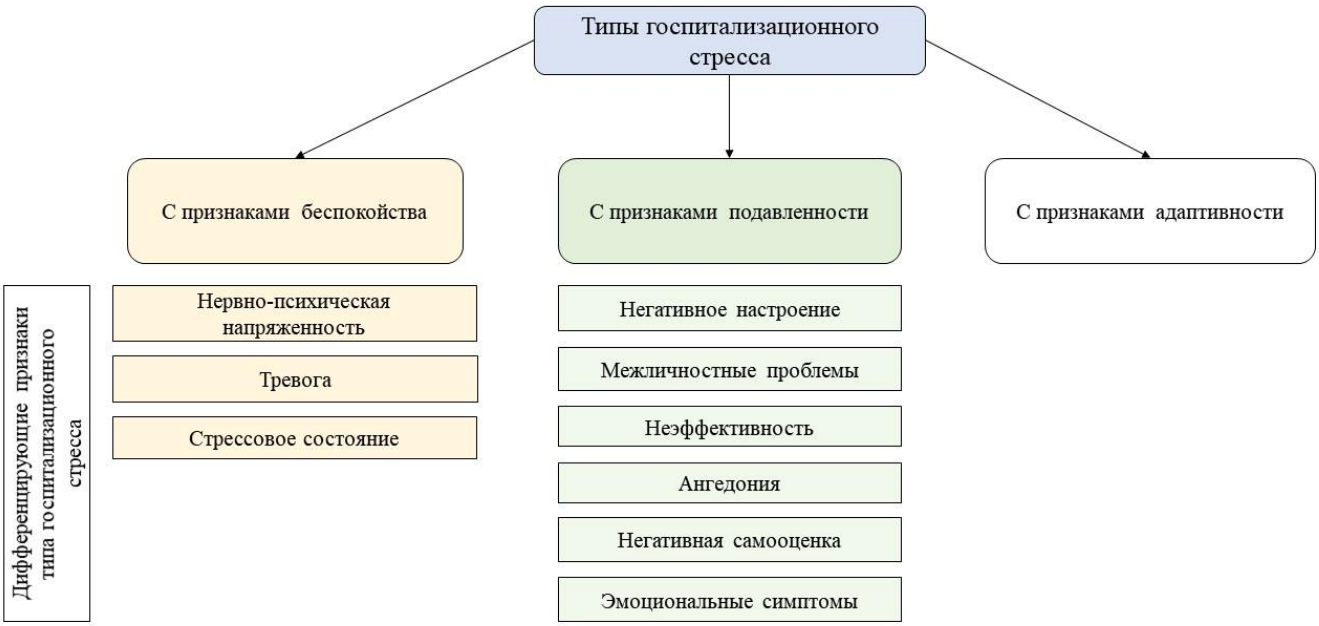


Рис. 14. Типы госпитализационного стресса

Дифференцирующим признаком типа *ГС с признаками беспокойства* являлась большая выраженность «нервно-психической напряженности», «тревоги» и «стрессового состояния»; *с признаками подавленности* – «негативного настроения», «межличностных проблем», «неэффективности», «ангедонии», «негативной самооценки» и «эмоциональных симптомов». А*даптивный тип ГС* характеризовался нормативными показателями всех категорий *признаков ГС*.

Таким образом, *первая гипотеза* о том, что 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, верифицирована частично.

Подводя итоги данного параграфа, можно сделать следующие *выводы*:

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.

3.2 Госпитализационный стресс у детей с разным уровнем тревожности

Как было показано в предыдущем параграфе, признаки и тяжесть ГС у детей варьируют в широких пределах. В связи с этим научный и практический интерес представляет определение факторов тяжелого ГС для дифференциации подходов к психологическому сопровождению детей на этапе стационарного лечения.

В параграфе 1.2 был выделен такой фактор гармоничного психического развития ребенка, в том числе формирования у него различных компонентов устойчивости к стрессу, как наличие эмоционально поддерживающих отношений с заботящимся взрослым и его отзывчивости, создающих у ребенка ощущение безопасности и защищенности. Было показано, что дезадаптивные детско-родительские отношения приводят к развитию *тревожности*, являющейся предиктором различных психологических проблем, а также негативных репрезентаций себя и мира, затрудняющих психологическую адаптацию.

В данном параграфе анализируется вклад тревожности в госпитализационный стресс. Проверяется *вторая гипотеза* о том, что тяжелый тип госпитализационного стресса, ключевым признаками которого являются выраженные депрессивные реакции, сопряжен с высоким уровнем тревожности.

3.2.1 Сопряженность типов госпитализационного стресса с тревожностью

Рассмотрим различия между выделенными в п. 3.1 кластерами ГС в уровне тревожности, предусмотренном Шкалой явной тревожности для детей (CMAS)

(табл. 10). Используется критерий Угловое преобразование Фишера (φ) на уровне значимости $p < 0,05$.

Таблица 10.

Результаты сравнительного анализа частотности отдельных уровней тревожности в выделенных кластерах

Уровень тревожности[1]	Кластер 1 (n=29), абс. (%)	Кластер 2 (n=17), абс. (%)	Кластер 3 (n=39), абс. (%)
«Состояние тревожности испытуемому не свойственно»	3 (10,3)	1 (5,9)	9 (23,1)
«Нормальный уровень тревожности»	12 (41,4)	5 (29,4)	11 (28,2)
«Несколько повышенная тревожность»	8 (27,6)	3 (17,6)	13 (33,3)
«Явно повышенная тревожность»	2 (6,9)	2 (11,8)	3 (7,7)
«Очень высокая тревожность»	4 (13,8)	6 (35,3)	**3 (7,7) [a*]**
Всего	29 (100)	17 (100)	39 (100)

Примечание: [1] – Шкала явной тревожности для детей (CMAS); [a] – различия между 2 и 3 кластерами; значимость различий по угловому преобразованию Фишера (φ): * – $p < 0,01$.

Данные сравнительного анализа показали, что Кластер 2 является наименее благополучным по уровню тревожности: более, чем у трети детей (35,3%), относящихся к данному кластеру, отмечалась «очень высокая тревожность» и только для одного ребенка из Кластера 2 было характерно отсутствие признаков тревожности. По количеству детей с «очень высокой тревожностью» наблюдались значимые различия между кластерами 2 и 3 ($\varphi_{эмп} = 2,443$; $p<0,01$). Сочетание в данном кластере тревожности с высоким уровнем депрессии свидетельствует в пользу правомерности рассмотрения *ГС с признаками подавленности* в качестве наиболее тяжелого типа.

Данные о сопряженности тревожности с депрессивными проявлениями соотносятся с результатами предыдущих исследований, указывающих на то, что тревожность может играть центральную роль в возникновении других эмоциональных нарушений, в том числе симптомов депрессии (Chorpita, Barlow; 1998). Результаты сравнительного исследования продемонстрировали отсутствие

различий по частотности уровней тревожности между кластерами 1 и 3, представляющими более благоприятные типы ГС.

Полученные данные о сопряженности тяжелого ГС, характеризующегося преобладанием депрессивных реакций, с более высоким уровнем тревожности у детей, указывают на необходимость дальнейшего изучения данной проблемы. Научные данные, приведенные в Главе 1, свидетельствуют о том, что тревожность у детей представляет собой устойчивое личностное образование, является следствием неблагоприятного раннего опыта взаимодействия со значимым взрослым и обусловливает возникновение различных психологических проблем – снижение толерантности к стрессу, в том числе, в ситуации госпитализации. В связи с этим, целесообразно проведение анализа различий в проявлениях отдельных признаков ГС у детей с разным уровнем тревожности для оценки вклада данного личностного образования в переживание детьми стрессовой ситуации болезни и госпитализации.

3.2.2 Возрастные особенности госпитализационного стресса у детей с разным уровнем тревожности

В настоящем подпараграфе рассматриваются различия в проявлениях госпитализационного стресса у детей младшего школьного и младшего подросткового возраста с разным уровнем тревожности. Анализируются данные, полученные с помощью следующих методик: Шкалы явной тревожности для детей (CMAS), Цветового теста Люшера (ЦТЛ), Опросника депрессии у детей (CDI), Опросника «Сильные стороны и трудности, (SDQ)» (ССТ).

В исследовании предполагалось, что реагирование детей на стрессовую ситуацию госпитализации будет различаться в зависимости от имеющегося уровня тревожности. Для сравнения анализируемых показателей у детей, имеющих разный уровень тревожности, выборка была разделена на три группы: 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). Распределение уровней тревожности, предусмотренных Шкалой явной тревожности для детей (CMAS) в выделенных нами группах было следующим (табл. 11):

Таблица 11.

Распределение респондентов с разным уровнем тревожности (Шкала явной тревожности для детей (CMAS)) по трем выделенным группам

Группа 1 (n = 22), с низким уровнем тревожности, ≤ 4 стенам		Группа 2 (n = 43), со средним уровнем тревожности, 5 – 8 стен		Группа 3 (n = 20), с высоким уровнем тревожности, ≥ 9 стенам	
Уровень тревожности по CMAS	Кол-во чел., абс. (%)	Уровень тревожности по CMAS	Кол-во чел., абс. (%)	Уровень тревожности по CMAS	Кол-во чел., абс. (%)
«Состояние тревожности испытуемому не свойственно» (1 – 2 стен)	13 (59,1)	«Нормальный уровень тревожности» (3 – 6 стен)[2]	19 (44,2)	«Явно повышенная тревожность» (9 стен)	7 (35,0)
«Нормальный уровень тревожности» (3 – 6 стен)[1]	9 (40,9)	«Несколько повышенная тревожность» (7 – 8 стен)	24 (55,8)	«Очень высокая тревожность» (10 стен)	13 (65,0)
Всего	22 (100)		43 (100)		20 (100)

Примечание: [1] – в Группу 1 вошли дети с тревожностью, равной 3 и 4 стенам, соответствующим «нормальному уровню тревожности»; [2] – в Группу 2 вошли дети с тревожностью, равной 5 и 6 стенам, также соответствующим «нормальному уровню тревожности».

Проведенный частотный анализ половозрастных характеристик групп (рис. 15 (а, б)) выявил наличие межгрупповых различий в соотношении числа детей 7 – 10 и 11 – 12 лет. Количество детей этих возрастных категорий в Группе 3 значимо отличалось от Группы 1 ($p < 0,05$).

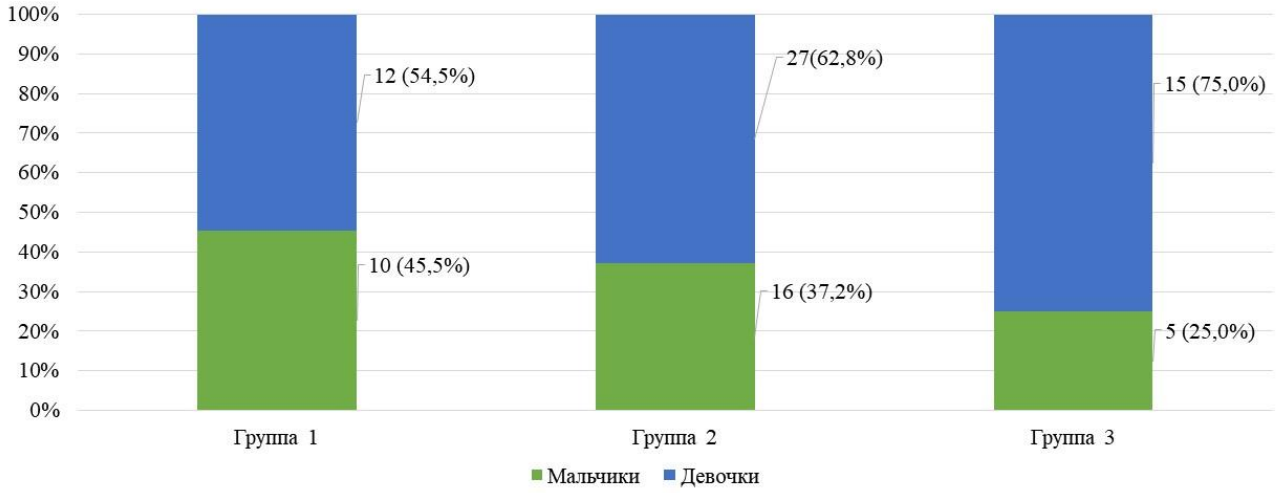


Рис. 15(а). Распределение детей в группах по полу

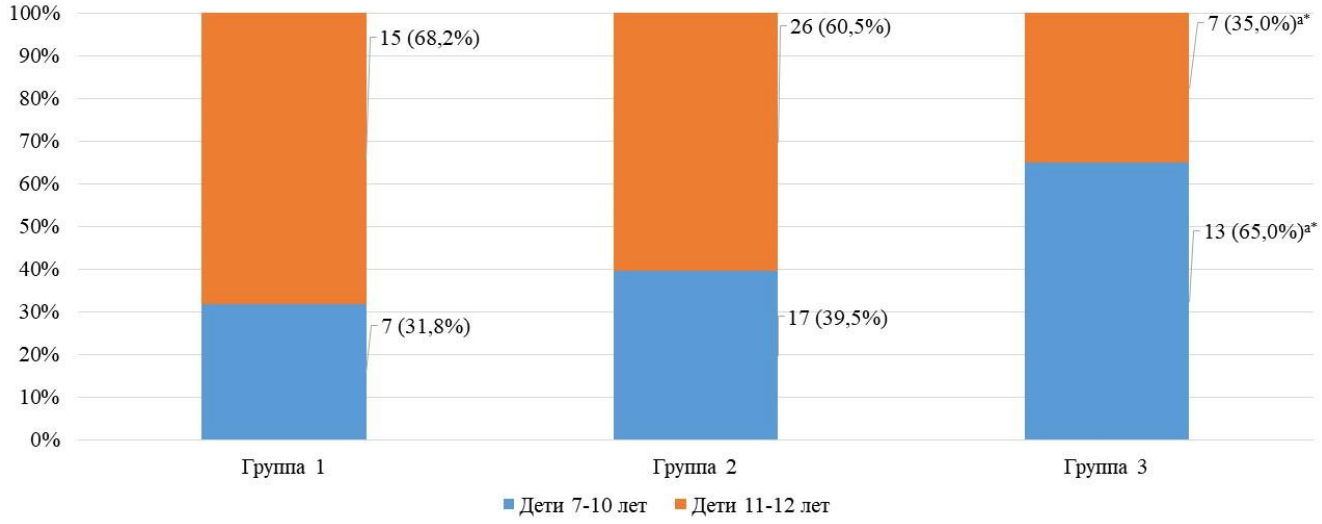


Рис. 15(б). Распределение детей в группах по возрасту

Примечание: [a] – различия между 1 и 3 группами; * − значимость различий по критерию Угловое преобразование Фишера (φ) $p < 0,05$.

Полученные результаты о преобладании в группе с высоким уровнем тревожности детей младшего школьного возраста, соотносятся с данными А.М. Прихожан, согласно которым уровень тревожности детей младшего подросткового возраста ниже, чем у младших школьников (Прихожан, 2009). По количеству мальчиков и девочек группы значимо не различались.

Далее проведем сравнительный анализ признаков ГС между группами детей 7-10 и 11-12 лет с разным уровнем тревожности с помощью критерия U Манна-

Уитни с поправкой на множественную проверку гипотез Холма-Бонферрони (табл. 12−14).

Во избежание путаницы здесь и далее в таблицах будут указаны не названия категорий ГС (например, ГС с преобладанием нервно-психической напряженности), которые в большей степени являются теоретическими конструктами, а группы признаков (показателей), измеряемые методиками – Показатели нервно-психической напряженности, Депрессивные реакции, Поведенческие проблемы.

В табл. 12 представлены данные анализа различий выраженности признаков госпитализационного стресса между подгруппами детей разного возраста в группе с низким уровнем тревожности.

Таблица 12.

Результаты сравнительного анализа признаков госпитализационного стресса детей 7 – 10 и 11 – 12 лет в Группе 1 (с низким уровнем тревожности)

Показатели	Дети 7-10 лет (n=7), средний ранг	Дети 11-12 лет (n=15), средний ранг	U Манна-Уитни	Асимпт. значимость
Показатели нервно-психической напряженности				
Нервно-психическая напряженность[1]	11,50	11,50	52,50	1,000
Тревога[1]	10,79	11,83	57,50	0,731
Стрессовое состояние[1]	13,43	10,60	39,00	0,368
Депрессивные реакции				
Эмоциональные симптомы[3]	11,14	11,67	55,00	0,891
Негативное настроение[2]	11,07	11,70	55,50	0,837
Межличностные проблемы[2]	13,29	10,67	40,00	0,407
Неэффективность[2]	11,29	11,60	54,00	0,945
Ангедония[2]	12,71	10,93	44,00	0,581
Негативная самооценка[2]	11,07	11,70	55,50	0,837
Поведенческие проблемы				
Проблемы с поведением[3]	9,57	12,40	66,00	0,368
Гиперактивность/невнимательность[3]	11,86	11,33	50,00	0,891
Проблемы взаимоотношений со сверстниками[3]	12,57	11,00	45,00	0,630
Просоциальное поведение[3]				
	9,14	12,60	69,00	0,267

Примечание: [1] – по Цветовому тесту Люшера; [2] – по Опроснику депрессии у детей (CDI) М. Ковак; [3] – по Опроснику «Сильные стороны и трудности, SDQ».

Проведенный анализ не выявил значимых различий между детьми 7 – 10 и 11 – 12 лет с низким уровнем тревожности ни по одному из изучаемых показателей. Таким образом, можно сделать вывод о том, что в данной группе выраженность признаков госпитализационного стресса не связана с возрастом.

Данные сравнительного анализа выраженности признаков госпитализационного стресса в Группе 2 (со средним уровнем тревожности) представлены в табл. 13.

Таблица 13.

Результаты сравнительного анализа признаков госпитализационного стресса детей 7 – 10 и 11 – 12 лет в Группе 2 (со средним уровнем тревожности)

Показатели	Дети 7-10 лет (n=17), средний ранг	Дети 11-12 лет (n=26), средний ранг	U Манна-Уитни	Асимпт. значимость
Показатели нервно-психической напряженности				
Нервно-психическая напряженность[1]	24,62	20,29	176,50	0,265
Тревога[1]	24,62	20,29	176,50	0,265
Стрессовое состояние[1]	25,18	19,92	167,00	0,177
Депрессивные реакции				
Эмоциональные симптомы[3]	17,24	25,12	302,00	0,042[4]
Негативное настроение[2]	20,03	23,29	254,50	0,398
Межличностные проблемы[2]	21,47	22,35	230,00	0,820
Неэффективность[2]	15,62	26,17	329,50	0,006[4]
Ангедония[2]	18,82	24,08	275,00	0,177
Негативная самооценка[2]	17,82	24,73	292,00	0,068
Поведенческие проблемы				
Проблемы с поведением[3]	20,94	22,69	239,00	0,643
Гиперактивность/невнимательность[3]	18,15	24,52	286,50	0,090
Проблемы взаимоотношений со сверстниками[3]	19,56	23,60	262,50	0,296
Просоциальное поведение[3]				
	24,50	20,37	178,50	0,282

Примечание: [1] – Цветовой тест Люшера; [2] – Опросник депрессии у детей (CDI) М. Ковак; [3] – Опросник «Сильные стороны и трудности, SDQ»; [4] – в соответствии с поправкой Холма-Бонферрони при данном уровне значимости H_0 принимается (различия статистически не значимы).

По данным сравнительного анализа в группе со средним уровнем тревожности различий в выраженности отдельных признаков ГС между детьми 7 – 10 и 11 – 12 лет выявлено не было. Результаты сравнительного анализа признаков госпитализационного стресса в Группе 3 (с высоким уровнем тревожности) представлены в табл. 14.

Таблица 14.

Результаты сравнительного анализа признаков госпитализационного стресса детей 7 – 10 и 11 – 12 лет в Группе 3 (с высоким уровнем тревожности)

Показатели	Дети 7-10 лет (n=19), средний ранг	Дети 11-12 лет (n=13), средний ранг	U Манна-Уитни	Асимпт. значимость
Показатели нервно-психической напряженности				
Нервно-психическая напряженность[1]	9,58	12,21	57,50	0,351
Тревога[1]	9,58	11,71	54,00	0,536
Стрессовое состояние[1]	9,15	13,00	63,00	0,183
Депрессивные реакции				
Эмоциональные симптомы[3]	9,58	12,21	57,50	0,351
Негативное настроение[2]	10,27	10,93	48,50	0,817
Межличностные проблемы[2]	10,62	10,29	44,00	0,938
Неэффективность[2]	9,85	11,71	54,00	0,536
Ангедония[2]	10,31	10,86	48,00	0,877
Негативная самооценка[2]	10,73	10,07	42,50	0,817
Поведенческие проблемы				
Проблемы с поведением[3]	10,62	10,29	44,00	0,938
Гиперактивность/невнимательность[3]	10,38	10,71	47,00	0,938
Проблемы взаимоотношений со сверстниками[3]	10,31	10,86	48,00	0,877
Просоциальное поведение[3]				
	8,04	15,07	77,50	0,008[4]

Примечание: [1] – по Цветовому тесту Люшера; [2] – по Опроснику депрессии у детей (CDI) М. Ковак; [3] – по Опроснику «Сильные стороны и трудности, SDQ»; [4] – в соответствии с поправкой Холма-Бонферрони при данном уровне значимости H_0 принимается (различия статистически не значимы).

Таким образом, несмотря на наличие различий в соотношении числа детей 7 – 10 и 11 – 12 лет между группами с низким и высоким уровнем тревожности, различий в выраженности признаков ГС в разных возрастных группах обнаружено не было.

3.2.3 Признаки госпитализационного стресса у детей с разным уровнем тревожности

Ранее (п. 3.2.1) был проведен анализ различий в уровне тревожности при сравнении типов ГС, который продемонстрировал сопряженность тяжелого ГС, характеризующегося преобладанием депрессивных реакций (ГС с признаками подавленности), с более высоким уровнем тревожности у детей. Далее будут 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. 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. Владимир Дмитриевич отмечал, что типологии не дают развернутую картину взаимосвязей отдельных параметров (Небылицын, 2000).

Важность такого подхода к анализу взаимосвязи тревожности и ГС обусловлена тем, что тревожность формируется в раннем возрасте вследствие воздействия неблагоприятных семейных факторов, оказывающих влияние на развитие физиологических систем ребенка, вовлеченных в мониторинг угрозы и стрессовое реагирование (п. 1.2.1.1). В дальнейшем тревожность оказывает негативное влияние на адаптацию к стрессовым ситуациям, в том числе к ситуации госпитализации. Используется угловое преобразование Фишера (φ), H критерий Краскела-Уоллиса и критерий U Манна-Уитни с поправкой на множественную проверку гипотез Холма − Бонферрони.

Для начала рассмотрим частотность выявления отдельных типов госпитализационного стресса в группах с разным уровнем тревожности (табл. 15). 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.

Таблица 15.

Различия в частотности типов госпитализационного стресса при разном уровне тревожности

Типы госпитализационного стресса	Низкий уровень тревожности (n=22), абс. (%)	Средний уровень тревожности (n=43) со средним, абс. (%)	Высокий уровень тревожности (n=20) с высоким абс. (%)
ГС с признаками беспокойства	6 (27,3)	17 (39,5)	6 (30,0)
ГС с признаками подавленности	**3 (13,6)**	**6 (14,0)**	**8 (40,0)^{a*b*}**
Адаптивный	13 (59,1)	20 (46,5)	6 (30,0)
Всего	22 (100)	43 (100)	20 (100)

Примечание: ^{a} – различия между группами со средней и высокой тревожностью; ^{b} – различия между группами с низкой и высокой тревожностью* − значимость различий по критерию Угловое преобразование Фишера (φ) $p < 0,05$.

В группе с высоким уровнем тревожности указанный тип ГС выявлялся чаще − в 40,0% случаев, что соотносится с научными данными о центральной роли тревожности в возникновении симптомов депрессии (Alloy, Kelly, Mineka et al., 1990; Chorpita, Barlow, 1998). Данный тип ГС являлся преобладающим в группе с высоким уровнем тревожности.

Далее проанализируем различия в выраженности отдельных признаков ГС при разном уровне тревожности, но для начала приведем их медианные значения в сопоставлении с аналогичными значениями в полной выборке (табл. 16).

Таблица 16.

Медианные значения признаков ГС при разном уровне тревожности

Признаки (показатели)	Данные по полной выборке (N=85)			Низкий уровень тревожности (n=22), Md	Средний уровень тревожности (n=43), Md	Высокий уровень тревожности (n=20), Md
	Q1	Md	Q3			
Показатели нервно-психической напряженности						
Нервно-психическая напряженность[1]	11,00	14,00	20,00	12,00	14,00	17,00
Тревога[1]	0,50	1,00	3,00	1,00	2,00	1,00
Стрессовое состояние[1]	6,00	6,80	14,10	6,00	8,10	12,8
Депрессивные реакции						
Негативное настроение[2]	49,00	54,00	64,00	49,50	54,00	64,00

Продолжение таблицы 16.

Признаки (показатели)	Данные по полной выборке (N=85)			Низкий уровень тревожности (n=22), Md	Средний уровень тревожности (n=43), Md	Высокий уровень тревожности (n=20), Md
	Q1	Md	Q3			
Депрессивные реакции						
Межличностные проблемы[2]	56,00	64,00	71,00	60,00	64,00	67,00
Неэффективность[2]	47,00	49,00	54,00	47,00	49,00	54,00
Ангедония[2]	45,00	52,00	60,00	48,00	52,00	57,00
Негативная самооценка[2]	40,00	51,00	57,00	51,00	51,00	56,00
Эмоциональные симптомы[3]	3,00	5,00	6,00	4,00	4,00	6,00
Поведенческие проблемы						
Проблемы с поведением[3]	1,00	2,00	4,00	1,00	3,00	3,00
Гиперактивность/ невнимательность[3]	2,00	2,00	4,00	2,00	2,00	4,00
Проблемы взаимоотношений со сверстниками[3]	2,00	3,00	5,00	3,00	3,00	3,50
Просоциальное поведение[3]						
	7,00	8,00	9,00	8,00	8,00	7,00

Примечание: [1] – по Цветовому тесту Люшера; [2] – по Опроснику депрессии у детей (CDI) М. Ковак; [3] – по Опроснику «Сильные стороны и трудности, SDQ».

Приведенные данные указывают на то, что медианные значения всех показателей ГС в группе детей с низким уровнем тревожности находятся в пределах нижнего квартиля, рассчитанного на всей выборке. В группе со средним уровнем тревожности отмечается наибольшее медианное значение показателя «тревога», в группе с высоким уровнем тревожности – показателей «нервно-психическая напряженность», «стрессовое состояние» и всех признаков *ГС с преобладанием депрессивных реакций*, а также «гиперактивности/невнимательности» и «проблем взаимоотношений со сверстниками».

Проведем сравнительный анализ выраженности отдельных показателей ГС в группах с разным уровнем тревожности (табл. 17).

Таблица 17.

Результаты сравнительного анализа показателей ГС при разном уровне тревожности

Показатели	Низкий уровень тревожности (n=22), средний ранг	Средний уровень тревожности (n=43), средний ранг	Высокий уровень тревожности (n=20), средний ранг	H Краскела-Уоллиса	Асимптотич. значимость
Показатели нервно-психической напряженности					
Нервно-психическая напряженность[1]	36,75	43,16	49,52	2,844	0,241
Тревога[1]	39,61	44,69	43,10	0,656	0,720
Стрессовое состояние[1]	35,75	44,62	47,50	2,800	0,247
Депрессивные реакции					
Негативное настроение[2]	35,93	38,77	59,88	12,665	**0,002****
Межличностные проблемы[2]	42,34	38,37	53,68	5,440	0,066
Неэффективность[2]	33,23	42,10	55,68	9,047	**0,011***
Ангедония[2]	35,77	43,06	50,82	3,936	0,140
Негативная самооценка[2]	40,43	39,64	53,05	4,552	0,103
Эмоциональные симптомы[3]	39,75	35,63	62,42	17,006	**0,0001*****
Поведенческие проблемы					
Проблемы с поведением[3]	32,18	47,06	46,18	6,056	**0,048***
Гиперактивность/ невнимательность[3]	31,34	46,06	49,25	7,109	**0,029***
Проблемы взаимоотношений со сверстниками[3]	37,32	41,91	51,60	3,794	0,150
Просоциальное поведение[3]					
	52,48	43,27	32,00	7,496	**0,024***

Примечание: [1] – по Цветовому тесту Люшера; [2] – по Опроснику депрессии у детей (CDI) М. Ковак; [3] – по Опроснику «Сильные стороны и трудности, SDQ»; значимость различий по критерию H Краскела-Уоллиса: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,0001$.

В результатах проведенного сравнительного анализа обращает на себя внимание отсутствие межгрупповых различий в признаках *нервно-психической*

напряженности (показатели «нервно-психической напряженности», «тревоги» и «стрессового состояния»), которое может объясняться влиянием актуальной стрессовой ситуации. Поскольку обследование проводилось в первую неделю госпитализации, дети находились в процессе адаптации к условиям стационара, включающем знакомство с медицинским и педагогическим персоналом и сверстниками, усвоение новых правил и требований (распорядок дня, выполнение врачебных рекомендаций и пр.). Наряду с этим при поступлении в стационар ребенок проходит различные обследования, что также способствует повышению стрессовой нагрузки и требует мобилизации адаптационных ресурсов. Если обратиться к теоретическим взглядам на стресс, то данный период будет соответствовать *фазе становления нового функционирования организма*.

Продолжая рассматривать результаты сравнительного анализа показателей ГС в выделенных группах, отметим, что в отличие от признаков *нервно-психической напряженности,* выраженность которых не различалась у детей с разным уровнем тревожности, в группе признаков ГС «Депрессивные реакции» 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 *ГС с преобладанием депрессивных реакций* в большей степени детерминирован не только влиянием актуальной стрессовой ситуации, но и тревожностью, являющейся своеобразным внутриличностным условием такого типа реагирования.

Существующая когнитивная модель беспомощности – безнадежности (Alloy, Kelly, Mineka et al., 1990), разработанная для объяснения ряда наблюдаемых сходств тревожных и депрессивных синдромов, позволяет выявить возможные механизмы такой детерминации. В частности, описана континуальность ощущения беспомощности, различия в выраженности и содержательных характеристиках которой обусловливают изменчивость наблюдающейся психопатологической симптоматики. Так, наименьший уровень беспомощности, проявляющийся неуверенностью в способности контролировать жизненные события (так

называемая «неопределенная беспомощность»), способствует возникновению тревоги. Более выраженная беспомощность, сопряженная с усилением кажущегося отсутствия контроля («определенная беспомощность»), приводит к смешанным тревожно-депрессивным расстройствам. Наиболее выраженная беспомощность, характеризующаяся полным ослаблением чувства контроля и возникновением безнадежности, уверенности в негативном исходе событий, обусловливает депрессивное состояние.

Под контролем в данном случае подразумевается способность лично влиять на события и исходы в своем социальном окружении, главным образом на те, которые связаны с положительным или отрицательным подкреплением (Chorpita, Barlow; 1998). При этом подчеркивается, что к усилению общей тенденции воспринимать или когнитивно обрабатывать события как неподвластные контролю, приводит ранний опыт неоднократного взаимодействия с неконтролируемыми событиями (Schneewind, 1995). Так, было установлено, что эмоциональное насилие в детстве связано с высоким уровнем безнадежности и эпизодами неэндогенной глубокой депрессии (Gibb, Alloy, Abramson et al., 2001).

В исследовании взаимосвязи стресса и беспомощности было показано, что отсутствие у ребенка субъективного опыта получения адекватной социальной поддержки в стрессовых ситуациях приводит к недоверию этому ресурсу совладания со стрессом и трудностям с принятием помощи (Харламенкова, 2025).

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. Полученные результаты соотносятся с данными предыдущих исследований, демонстрирующих связь различных паттернов экстернализирующего поведения с тревожностью (Carbonneau, Vitaro, Brendgen et

al., 2024), и прослеживающих механизмы их совместного развития с раннего детства (Isdahl-Troye, Villar, Domínguez-Álvarez et al., 2022).

Также были выявлены значимые различия по такому показателю, как «просоциальное поведение» с наименьшей его выраженностью у детей с высоким уровнем тревожности (H=7,496; $p < 0,05$).

Для дальнейшего уточнения межгрупповых различий в изучаемых признаках госпитализационного стресса у детей с разным уровнем тревожности проведем попарные сравнения с помощью критерия U Манна-Уитни. Рассмотрим различия между группами детей с низким и средним уровнем тревожности (табл. 18).

Таблица 18.

Результаты сравнительного анализа признаков госпитализационного стресса в группах с низким и средним уровнем тревожности

Показатели	Низкий уровень тревожности (n = 22), средний ранг	Средний уровень тревожности (n = 43), средний ранг	U Манна-Уитни	Асимптотич. значимость
Показатели нервно-психической напряженности				
Нервно-психическая напряженность[1]	29,41	34,84	552,00	0,270
Тревога[1]	30,50	34,28	528,00	0,432
Стрессовое состояние[1]	28,39	35,36	574,50	0,155
Депрессивные реакции				
Негативное настроение[2]	30,89	34,08	519,50	0,515
Межличностные проблемы[2]	34,66	32,15	436,50	0,606
Неэффективность[2]	28,57	35,27	570,50	0,170
Ангедония[2]	28,93	35,08	562,50	0,212
Негативная самооценка[2]	33,59	32,70	460,00	0,853
Эмоциональные симптомы[3]	35,36	31,79	421,00	0,465
Поведенческие проблемы				
Проблемы с поведением[3]	25,23	36,98	644,00	0,014[4]
Гиперактивность/ невнимательность[3]	25,00	37,09	649,00	0,012[4]

Продолжение таблицы18.

Показатели	Низкий уровень тревожности (n = 22), средний ранг	Средний уровень тревожности (n = 43), средний ранг	U Манна-Уитни	Асимптотич. значимость
Поведенческие проблемы				
Проблемы взаимоотношений со сверстниками[3]	30,39	34,34	530,50	0,418
Просоциальное поведение[3]				
	37,61	30,64	371,50	0,150

Примечание: [1] – по Цветовому тесту Люшера; [2] – по Опроснику депрессии у детей (CDI) М. Ковак; [3] – по Опроснику «Сильные стороны и трудности, SDQ»; [4] – в соответствии с поправкой Холма-Бонферрони при данном уровне значимости H_0 принимается (различия статистически не значимы).

Как видно из результатов сравнительного анализа, по показателям ГС группы с низким и средним уровнем тревожности значимо не различались. Проанализируем различия в выраженности признаков ГС между группами детей со средним и высоким уровнем тревожности (табл. 19).

Таблица 19.

Результаты сравнительного анализа признаков госпитализационного стресса в группах со средним и высоким уровнем тревожности

Показатели	Средний уровень тревожности (n = 43), средний ранг	Высокий уровень тревожности (n = 20), средний ранг	U Манна-Уитни	Асимптотич. значимость
Показатели нервно-психической напряженности				
Нервно-психическая напряженность[1]	30,33	35,60	502,00	0,285
Тревога[1]	32,41	31,12	412,50	0,790
Стрессовое состояние[1]	31,26	33,60	462,00	0,634
Депрессивные реакции				
Негативное настроение[2]	26,69	43,42	658,50	**0,001***
Межличностные проблемы[2]	28,22	40,12	592,50	0,015[4]
Неэффективность[2]	28,84	38,80	566,00	0,041[4]

Продолжение таблицы 19.

Показатели	Средний уровень тревожности (n = 43), средний ранг	Высокий уровень тревожности (n = 20), средний ранг	U Манна-Уитни	Асимптотич. значимость
Депрессивные реакции				
Ангедония[2]	29,98	36,35	517,00	0,197
Негативная самооценка[2]	28,94	38,58	561,50	0,047[4]
Эмоциональные симптомы[3]	25,84	45,25	695,00	**0,0001****
Поведенческие проблемы				
Проблемы с поведением[3]	32,08	31,82	426,50	0,958
Гиперактивность/ невнимательность[3]	30,97	34,22	474,50	0,503
Проблемы взаимоотношений со сверстниками[3]	29,57	37,22	534,50	0,118
Просоциальное поведение[3]				
	34,63	26,35	317,00	0,090

Примечание: [1] – Цветовой тест Люшера; [2] – Опросник депрессии у детей (CDI) М. Ковак; [3] – Опросник «Сильные стороны и трудности, SDQ»; [4] – в соответствии с поправкой Холма-Бонферрони при данном уровне значимости H_0 принимается (различия статистически не значимы); * – значимость различий $p<0,001$; ** – значимость различий $p<0,0001$.

Проведенный сравнительный анализ показал, что детей с высоким уровнем тревожности от детей со средним отличает большая выраженность таких *признаков ГС, входящих в группу «Депрессивные реакции»*, как «негативное настроение» ($U=658,50$; $p<0,001$) и «эмоциональные симптомы» ($U=695,00$; $p<0,0001$).

Далее сравним показатели ГС в группах с низким и высоким уровнем тревожности (табл. 20).

Сравнительный анализ признаков ГС у детей с низким и высоким уровнем тревожности выявил наличие межгрупповых различий по следующим показателям *ГС, входящих в группу признаков «Депрессивные реакции»*: «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.

Таблица 20.

Результаты сравнительного анализа признаков госпитализационного стресса в группах с низким и высоким уровнем тревожности

Показатели	Низкий уровень тревожности (n = 22), средний ранг	Высокий уровень тревожности (n = 20), средний ранг	U Манна-Уитни	Асимптотич. значимость
Показатели нервно-психической напряженности				
Нервно-психическая напряженность[1]	18,84	24,42	278,50	0,138
Тревога[1]	20,61	22,48	239,50	0,608
Стрессовое состояние[1]	18,86	24,40	278,00	0,139
Депрессивные реакции				
Негативное настроение[2]	16,55	26,95	329,00	0,006[4]
Межличностные проблемы[2]	19,18	24,05	271,00	0,192
Неэффективность[2]	16,16	27,38	337,50	**0,003***
Ангедония[2]	18,34	24,98	289,50	0,075
Негативная самооценка[2]	18,34	24,98	289,50	0,075
Эмоциональные симптомы[3]	15,89	27,68	343,50	**0,002***
Поведенческие проблемы				
Проблемы с поведением[3]	18,45	24,85	287,00	0,081
Гиперактивность/ невнимательность[3]	17,84	25,52	300,50	0,040[4]
Проблемы взаимоотношений со сверстниками[3]	18,43	24,88	287,5	0,083
Просоциальное поведение[3]				
	26,36	16,15	113,00	0,006[4]

Примечание: [1] – Цветовой тест Люшера; [2] – Опросник депрессии у детей (CDI) М. Ковак; [3] – Опросник «Сильные стороны и трудности, SDQ»; [4] − в соответствии с поправкой Холма-Бонферрони при данном уровне значимости H_0 принимается (различия статистически не значимы); * − значимость различий $p \leq 0,01$.

На основании вышеизложенного, опишем изменения ГС через переменную «тревожность». При низком и среднем уровне тревожности проявления госпитализационного стресса идентичны. Высокий уровень тревожности привносит в картину ГС депрессивные проявления. В то же время, наряду со схожими аспектами (большей выраженностью «эмоциональных симптомов» при высоком

уровне тревожности по сравнению с низким и средним), имеется специфика различий ГС между высоким и низким, и высоким и средним уровнями тревожности. Так, по сравнению с низким уровнем тревожности, высокий сопряжен с большей выраженностью такого показателя *ГС* как «неэффективность» (группа признаков «Депрессивные реакции»), характеризующегося убеждением в собственной неэффективности в учебе; по сравнению со средним – с большей выраженностью «негативного настроения». В то же время, как низкий, так и средний уровни тревожности отличаются от высокого менее интенсивными «эмоциональными симптомами».

Таким образом, *вторая гипотеза* о том, что тяжелый тип госпитализационного стресса, ключевым признаками которого являются выраженные депрессивные реакции, сопряжен с высоким уровнем тревожности, частично подтверждена.

Подводя итоги данного параграфа, можно сделать следующие выводы:

Тяжелый тип госпитализационного стресса с признаками подавленности сопряжен с высоким уровнем тревожности. Детей с высоким от детей с низким уровнем тревожности отличает большая выраженность следующих показателей *ГС, включенных в группу признаков «Депрессивные реакции»*: «неэффективность» и «эмоциональные симптомы». Различия между детьми с высоким и средним уровнем тревожности наблюдались по таким показателям как «негативное настроение» и «эмоциональные симптомы», включенных в ту же группу признаков. То есть, по сравнению с низким уровнем тревожности, при высоком наблюдается более выраженная убежденность в собственной неэффективности в школьной деятельности, при среднем − снижение настроения и склонность к плаксивости.

3.3 Взаимосвязь репрезентаций себя и мира с госпитализационным стрессом при разном уровне тревожности

В процессе раннего взаимодействия со значимым взрослым происходит формирование у ребенка представлений о социальном мире, обусловленных

сохранением в долговременной ассоциативной памяти ментальных репрезентаций значимых взаимодействий с объектом привязанности (Bowlby, 1973; Микулинджер, Шейвер, 2023). Наряду с этим, дети усваивают представления о себе, полученные из раннего опыта взаимоотношений, формирующих основу для развития я-концепции и других убеждений, связанных с самоотношением (Bretherton, Munholland, 1999; Crittenden, 1990; Main, 1991; Sroufe, Fleeson, 1988; Thompson, 2006). Показано, что идентификация с фигурами привязанности и включение в концепцию «я» их качеств и реакций обусловливает сходство самоотношения с отношением к ребенку фигуры привязанности (Mikulincer, Shaver, 2003), что подтверждается данными как когнитивных, так и психофизиологических исследований (Aron, Aron, Norman, 2001; Mattingly, McIntyre, Lewandowski, 2020).

В условиях недостаточности родительской отзывчивости и поддержки формируются негативные ментальные репрезентации себя и других, поскольку ребенок включает в структуру «я» отвергающие, унижающие достоинство и неодобрительные послания фигур привязанности (Микулинджер, Шейвер, 2023). В дальнейшем негативные репрезентации себя и других опосредуют взаимосвязь между дисфункциональными детско-родительскими отношениями и психоэмоциональными нарушениями, снижая адаптационные возможности человека. В ситуации госпитализации наличие таких репрезентаций может приводить к повышению стрессовой нагрузки за счет негативных ожиданий, связанных с социальным взаимодействием в стационаре, и построению прогноза с неблагоприятным исходом лечения.

3.3.1 Специфика репрезентаций себя и мира у детей с разным уровнем тревожности

В данном подпараграфе анализируется специфика репрезентаций себя и мира у детей с разным уровнем тревожности. Под репрезентациями мира в данном случае мы понимаем репрезентации отдельных характеристик социального окружения и безопасности/опасности окружающего мира. Рассматриваются данные, полученные

с помощью Структурированного интервью. Восприятие конкретного утверждения как верного для ребенка отмечалось в том случае, если количество баллов по нему было ≥ 3, что соответствует следующим вариантам ответа на вопрос «это утверждение для меня верно…»: «часто» и «всегда». Для утверждений «я уверен, что моя семья и мои друзья всегда окажутся рядом, если я буду в этом нуждаться» и «я думаю, что моя семья и мои друзья поддержат меня в любой ситуации» применялась инвертированная шкала. В качестве наиболее частотных репрезентаций мы будем рассматривать утверждения, воспринимавшиеся как верные более, чем 50,0% детей отдельной группы.

Проверяется *третья гипотеза* о том, что 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.

Используется критерий Н Краскела-Уоллиса и Угловое преобразование Фишера (φ) на уровне значимости $p < 0,05$.

Для начала рассмотрим результаты частотного анализа утверждений, отражающих репрезентации детей с низким уровнем тревожности (группа 1) (табл. 21).

Таблица 21.

Репрезентации себя и мира у детей с низким уровнем тревожности

№ п/п	Утверждения	Частота в группе 1 (n=22), абс. (%)
1.	Когда меня просят о помощи, я делаю все, даже когда я уже не в силах это делать	13 (59,1)
2.	Я чувствую себя ответственным за жизнь своих родителей	12 (54,5)
3.	Когда у моих родителей проблемы, я всегда чувствую себя плохо	12 (54,5)
4.	Я больше люблю оставаться один, чем присоединяться к группе	9 (40,9)
5.	Как бы я ни старался в школе, другие всегда оказываются более успешными, чем я	9 (40,9)

Продолжение таблицы 21.

№ п/п	Утверждения	Частота в группе 1 (n=22), абс. (%)
6.	Я делаю для других больше, чем получаю в ответ	7 (31,8)
7.	Мнение других важнее для меня, чем мое собственное	6 (27,3)
8.	Я думаю, что другие люди меня используют	6 (27,3)
9.	Я боюсь, что может случиться что-то плохое	6 (27,3)
10.	Другие не должны знать, когда я боюсь чего-то, сержусь или печалюсь	6 (27,3)
11.	Самое главное в моей жизни – это быть успешным в школе	6 (27,3)
12.	Обычно я позволяю другим принимать решения, так как я не хочу ссор	5 (22,7)
13.	Я не очень успешен, и так будет всегда	5 (22,7)
14.	Я опасаюсь, что в любой момент может произойти какая-то катастрофа	5 (22,7)
15.	Проявлять чувства – это очень небезопасно	5 (22,7)
16.	Я очень требователен к себе и изо всех сил стараюсь показать другим, насколько я хороший	5 (22,7)
17.	Я чувствую, что рано или поздно мои друзья наговорят про меня что-нибудь плохое	4 (18,2)
18.	Я не заслуживаю того, чтобы меня любили	4 (18,2)
19.	Я не получаю внимания и любви	4 (18,2)
20.	Мне трудно принимать решения, так как я при этом думаю, какие опасности могут меня подстерегать	4 (18,2)
21.	Если я совершу ошибку, я должен быть наказан	4 (18,2)
22.	Я не могу понять, как меня можно любить	3 (13,6)
23.	Я не люблю бывать в обществе других людей	3 (13,6)
24.	Я уверен, что моя семья и мои друзья всегда окажутся рядом, если я буду в этом нуждаться	3 (13,6)
25.	Я думаю, что моя семья и мои друзья поддержат меня в любой ситуации	3 (13,6)
26.	Наказание необходимо. Это справедливо для всех, кто совершает ошибки, при этом неважно, произошло это намеренно или случайно	3 (13,6)
27.	Что-нибудь всегда пойдет не так, как надо	2 (9,1)
28.	Никто не уделяет мне достаточно времени, когда я в этом нуждаюсь	1 (4,5)

На общем фоне, характеризующемся невысокой частотностью негативных репрезентаций, отдельные утверждения воспринимались как верные более, чем половиной детей данной группы: «когда меня просят о помощи, я делаю все, даже когда я уже не в силах это делать» (59,1%), «я чувствую себя ответственным за жизнь своих родителей» (54,5%), «когда у моих родителей проблемы, я всегда чувствую себя плохо» (54,5%). Как мы увидим далее, при рассмотрении репрезентаций в группах с более выраженным уровнем тревожности, данные утверждения имеют высокую частоту выявления у всех детей. Мы полагаем, что это может быть

обусловлено парентификацией, при которой ребенок вынужден брать на себя не соответствующие уровню развития и возможностям взрослые роли и обязанности (Лавринович, 2025). Парентификация характеризуется инверсией ролей в семейной системе, при которой ребенок вынужден выступать в качестве «родителя» для собственных родителей или других членов семьи, например, сиблингов, что сопряжено с размыванием личных границ, приспособлением ребенка к удовлетворению потребностей других людей за счёт игнорирования собственных чувств и потребностей. Результаты многочисленных исследований, обобщенных в мета-анализе J.K. Dariotis с соавторами, указывают на высокую распространенность парентификации и ее сопряженность с различными психологическими проблемами (Dariotis, Chen, Park, Nowak, French, Codamon, 2023).

По данным частотного анализа подавляющее большинство детей группы с низким уровнем тревожности высказывали уверенность в помощи и поддержке со стороны близких людей (семьи и друзей): несогласие с утверждением «я уверен, что моя семья и мои друзья всегда окажутся рядом, если я буду в этом нуждаться» выразили только 3 (13,6%) детей, такое же число детей не отметили в качестве верного для себя утверждение «я думаю, что моя семья и мои друзья поддержат меня в любой ситуации».

В связи с тем, что в многочисленных исследованиях как в России, так и за рубежом (Анцыферова, 1994; Вассерман, 2010; Лисина, 2009; Bowlby, 1960 (a, b); Kopp, 1982, 1991), была продемонстрирована чрезвычайная важность благополучных ранних отношений со значимым взрослым для психического здоровья и успешной адаптации к стрессовым ситуациям, можно предположить, что для детей без явных признаков тревожности наличие репрезентаций об эмоциональной доступности и отзывчивости близких, может являться, с одной стороны, отражением такого опыта, с другой стороны – своеобразным ресурсом в преодолении стрессовых ситуаций.

Далее рассмотрим специфику репрезентаций у детей со средним уровнем тревожности (группа 2) (табл. 22).

Таблица 22.

Репрезентации себя и мира у детей со средним уровнем тревожности

№ п/п	Утверждения	Частота в группе 2 (n=43), абс. (%)
1.	Когда у моих родителей проблемы, я всегда чувствую себя плохо	26 (60,5)
2.	Я чувствую себя ответственным за жизнь своих родителей	25 (58,1)
3.	Когда меня просят о помощи, я делаю все, даже когда я уже не в силах это делать	24 (55,9)
4.	Я боюсь, что может случиться что-то плохое	22 (51,2)
5.	Самое главное в моей жизни – это быть успешным в школе	22 (51,2)
6.	Как бы я ни старался в школе, другие всегда оказываются более успешными, чем я	19 (44,2)
7.	Обычно я позволяю другим принимать решения, так как я не хочу ссор	18 (41,8)
8.	Я опасаюсь, что в любой момент может произойти какая-то катастрофа	16 (37,2)
9.	Я очень требователен к себе и изо всех сил стараюсь показать другим, насколько я хороший	16 (37,2)
10.	Другие не должны знать, когда я боюсь чего-то, сержусь или печалюсь	13 (30,3)
11.	Я больше люблю оставаться один, чем присоединяться к группе	13 (30,3)
12.	Мнение других важнее для меня, чем мое собственное	12 (27,9)
13.	Я чувствую, что рано или поздно мои друзья наговорят про меня что-нибудь плохое	12 (27,9)
14.	Я делаю для других больше, чем получаю в ответ	12 (27,9)
15.	Я думаю, что другие люди меня используют	10 (23,3)
16.	Я не очень успешен, и так будет всегда	10 (23,3)
17.	Проявлять чувства – это очень небезопасно	10 (23,3)
18.	Я не заслуживаю того, чтобы меня любили	9 (20,9)
19.	Я уверен, что моя семья и мои друзья всегда окажутся рядом, если я буду в этом нуждаться	9 (20,9)
20.	Мне трудно принимать решения, так как я при этом думаю, какие опасности могут меня подстерегать	9 (20,9)
21.	Что-нибудь всегда пойдет не так, как надо	9 (20,9)
22.	Я не люблю бывать в обществе других людей	8 (18,7)
23.	Если я совершу ошибку, я должен быть наказан	7 (16,3)
24.	Я не получаю внимания и любви	6 (14,0)
25.	Наказание необходимо. Это справедливо для всех, кто совершает ошибки, при этом неважно, произошло это намеренно или случайно	6 (14,0)
26.	Я не могу понять, как меня можно любить	5 (11,6)
27.	Никто не уделяет мне достаточно времени, когда я в этом нуждаюсь	5 (11,6)
28.	Я думаю, что моя семья и мои друзья поддержат меня в любой ситуации	4 (9,3)

Наряду с репрезентациями, указывающими на возможную инверсию ролей в семье («когда у моих родителей проблемы, я всегда чувствую себя плохо» (60,5%), «я чувствую себя ответственным за жизнь своих родителей» (58,1%)), наиболее частотными в данной группе были следующие репрезентации: «когда меня просят о

помощи, я делаю все, даже когда я уже не в силах это делать» (55,9%) и «я боюсь, что может случиться что-то плохое» (51,2%).

Отметим, что 51,2% респондентов данной группы признавали верным для себя следующее утверждение: «самое главное в моей жизни – это быть успешным в школе», и в то же время, почти у половины детей (44,2%) выявлялась репрезентация «как бы я ни старался в школе, другие всегда оказываются более успешными, чем я». Достаточно высокая частотность указанных репрезентаций может объясняться особенностями возраста. Так Эриксон в качестве центрального события среднего детства определял психосоциальный конфликт «трудолюбие против чувства неполноценности», отмечая, что в ситуации успеха ребенок включает трудолюбие в свой образ Я, в то время как дети, не успевающие в школе, могут чувствовать себя неполноценными по сравнению со сверстниками (Крайг, Бокум, 2005). Отмечается, что на данном возрастном этапе оценка своих достижений, чувство компетентности, школьная успешность вносят значительный вклад в формирование самооценки ребенка (Фатуллаева, 2009; Константинова, 2015). Ключевая роль чувства компетентности (Кулагина, Колюцкий, 2009), связанного на данном возрастном этапе со школьной успешностью, обусловливает восприятие большинством детей утверждения «самое главное в моей жизни – это быть успешным в школе» как верного для себя. В то же время высокая частотность утверждения «как бы я ни старался в школе, другие всегда оказываются более успешными, чем я» может указывать на проблемные самооценку и Я-концепцию детей, являющихся факторами риска, способствующими психологической дезадаптации (Реан, 2015; Абизехова, Шашкова, Енин, 2024).

Научные данные свидетельствуют о том, что особую роль в формировании самооценки играет семейное воспитание. Ценности, принятые в семье, могут определять отношение школьника к своим успехам и неудачам в школе. В частности, завышенные ожидания и перфекционистские установки родителей могут приводить к возникновению у ребенка ощущения собственной неполноценности, мыслей о своем несоответствии требуемому образу (Обухов, Швецова, Мякишева, Фоминова, Айгумова, Вачков и др., 2020). Иллюстрацией влияния на ребенка

завышенных ожиданий родителей является сочетание репрезентаций «самое главное в моей жизни – это быть успешным в школе» и «как бы я ни старался в школе, другие всегда оказываются более успешными, чем я».

Проанализируем специфику репрезентаций себя и мира у детей с высоким уровнем тревожности (группа 3) (табл. 23).

Таблица 23.

Репрезентации себя и мира у детей с высоким уровнем тревожности

№ п/п	Утверждения	Частота в группе 3 (n=20), абс. (%)
1.	Когда у моих родителей проблемы, я всегда чувствую себя плохо	17 (85,0)
2.	Когда меня просят о помощи, я делаю все, даже когда я уже не в силах это делать	14 (70,0)
3.	Я делаю для других больше, чем получаю в ответ	14 (70,0)
4.	Я чувствую, что рано или поздно мои друзья наговорят про меня что-нибудь плохое	13 (65,0)
5.	Я чувствую себя ответственным за жизнь своих родителей	13 (65,0)
6.	Другие не должны знать, когда я боюсь чего-то, сержусь или печалюсь	13 (65,0)
7.	Если я совершу ошибку, я должен быть наказан	13 (65,0)
8.	Обычно я позволяю другим принимать решения, так как я не хочу ссор	12 (60,0)
9.	Я не заслуживаю того, чтобы меня любили	12 (60,0)
10.	Как бы я ни старался в школе, другие всегда оказываются более успешными, чем я	12 (60,0)
11.	Что-нибудь всегда пойдет не так, как надо	12 (60,0)
12.	Самое главное в моей жизни – это быть успешным в школе	12 (60,0)
13.	Я боюсь, что может случиться что-то плохое	10 (50,0)
14.	Я не могу понять, как меня можно любить	9 (45,0)
15.	Я опасаюсь, что в любой момент может произойти какая-то катастрофа	9 (45,0)
16.	Наказание необходимо. Это справедливо для всех, кто совершает ошибки, при этом неважно, произошло это намеренно или случайно	9 (45,0)
17.	Я очень требователен к себе и изо всех сил стараюсь показать другим, насколько я хороший	9 (45,0)
18.	Я думаю, что другие люди меня используют	8 (40,0)
19.	Я больше люблю оставаться один, чем присоединяться к группе	8 (40,0)
20.	Мнение других важнее для меня, чем мое собственное	7 (35,0)
21.	Я думаю, что моя семья и мои друзья поддержат меня в любой ситуации	7 (35,0)
22.	Проявлять чувства – это очень небезопасно	7 (35,0)
23.	Я не очень успешен, и так будет всегда	5 (25,0)
24.	Я не получаю внимания и любви	5 (25,0)
25.	Никто не уделяет мне достаточно времени, когда я в этом нуждаюсь	5 (25,0)
26.	Я не люблю бывать в обществе других людей	4 (20,0)

Продолжение таблицы 23.

№ п/п	Утверждения	Частота в группе 3 (n=20), абс. (%)
27.	Я уверен, что моя семья и мои друзья всегда окажутся рядом, если я буду в этом нуждаться	4 (20,0)
28.	Мне трудно принимать решения, так как я при этом думаю, какие опасности могут меня подстерегать	4 (20,0)

Дети с высоким уровнем тревожности большинство утверждений воспринимали как верные для себя. Наряду с теми утверждениями, которые наиболее часто выявлялись у детей с низким и средним уровнем тревожности, для значительного числа детей данной группы верными были утверждения, в содержании которых высказываются убеждения о том, что ребенок недостоин любви: «я не заслуживаю того, чтобы меня любили» (60,0%), «я не могу понять, как меня можно любить» (45,0%). Четверть детей отметили как верные для себя утверждения «никто не уделяет мне достаточно времени, когда я в этом нуждаюсь» и «я не получаю внимания и любви».

Полученные результаты о наличии у детей с высоким уровнем тревожности значительного числа негативных репрезентаций себя и мира соотносятся с теоретико-эмпирическими данными, приведенными в п. 1.2.1, об определяющей роли дисфункциональных отношений со значимым взрослым в возникновении тревожности и формировании негативных репрезентаций себя и других. Так, ранее было показано, что для детей с опытом неблагоприятного взаимодействия с родителями были характерны негативные репрезентации себя и близкого взрослого (Toth, Cicchetti, Macfie, Maughan, VanMeenen, 2000). Данные ряда исследований демонстрируют наличие взаимосвязи ненадежных типов привязанности, формирующихся в условиях дисфункции детско-родительских отношений, с негативными репрезентациями родителей (Collins, Read, 1990; Levy, Blatt, Shaver, 1998;

М. Микулинджер и Ф.Р. Шейвер, изучая различия в формировании чувства собственного достоинства при разных типах привязанности, пришли к выводу, что люди с тревожной привязанностью, формирующейся в условиях таких дисфункциональных паттернов родительского поведения, как непредсказуемость и непоследовательность в принятии и поддержке, берут на себя часть вины за недостаточную заботу со стороны близкого с помощью восприятия, что «с ними что-то не так и у них отсутствует то, что нужно для получения достаточного внимания и уважения» (Shaver, Mikulincer, 2012). В настоящем исследовании у детей с высоким уровнем тревожности также отмечались негативные репрезентации, содержанием которых являлась собственная недостойность любви со стороны близких и восприятие окружающих как ненадежных, не способных на поддержку.

На рис. 16 обобщены наиболее частотные для каждой группы репрезентации, характерные более, чем для 50% детей. В то время, как для респондентов с низким уровнем тревожности были характерны лишь отдельные высокочастотные репрезентации, у детей из группы с высоким уровнем тревожности к ним относилась почти половина от общего числа репрезентаций.

При этом во всех группах наиболее частотные репрезентации были связаны с тенденцией к парентификации («я чувствую себя ответственным за жизнь своих родителей» и «когда у моих родителей проблемы, я всегда чувствую себя плохо») и ориентацией на удовлетворение потребностей других людей («когда меня просят о помощи, я делаю все, даже когда я уже не в силах это делать»).

В то же время, у детей со средним уровнем тревожности, по сравнению с детьми с низким уровнем, высокочастотными также являлись репрезентации, отражающие тенденцию к негативным ожиданиям от будущего («я боюсь, что может случиться что-то плохое») и сверхценность школьной успешности («самое главное в моей жизни – это быть успешным в школе»).

В группе с высоким уровнем тревожности, как было отмечено выше, большинство негативных репрезентаций являлись высокочастотными.

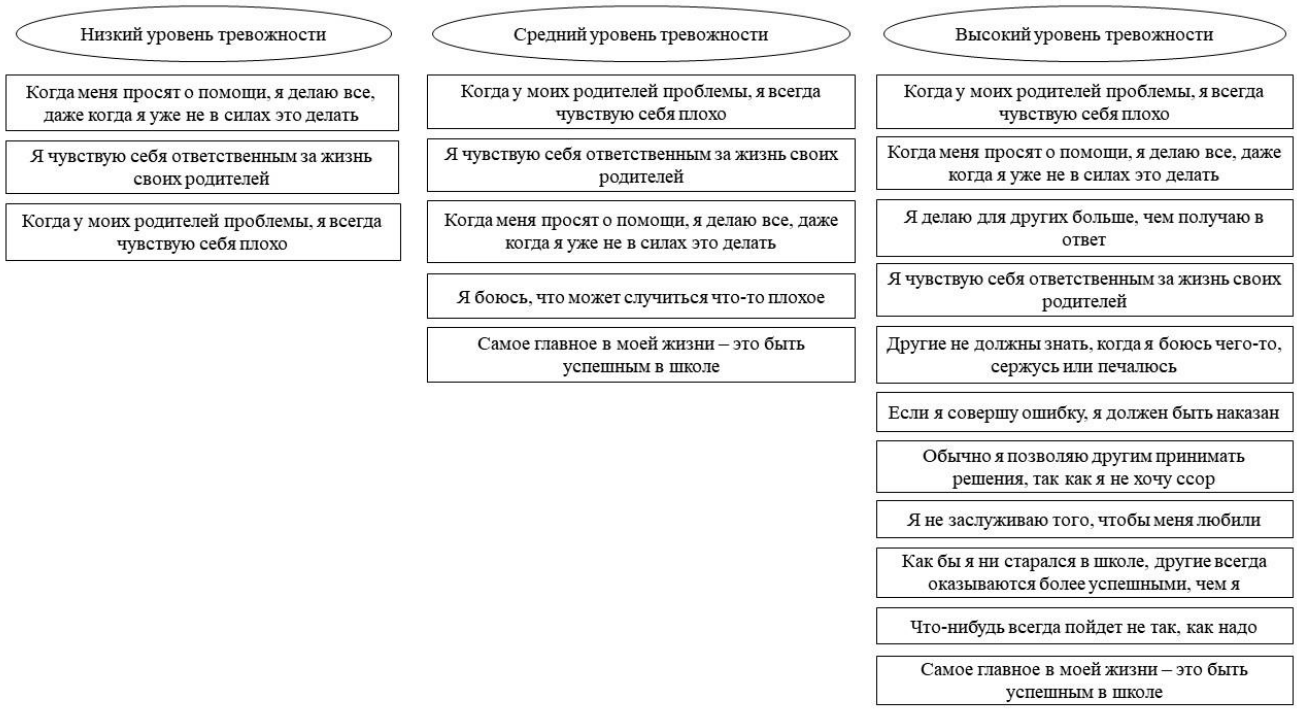


Рис. 16. Наиболее частотные репрезентации в группах с разным уровнем тревожности

Далее проанализируем различия в выраженности репрезентаций у детей с разным уровнем тревожности (табл. 24).

Таблица 24.

Результаты сравнительного анализа выраженности репрезентаций в группах с разным уровнем тревожности*

Утверждения	Группа 1 (n=22), средний ранг	Группа 2 (n=43), средний ранг	Группа 3 (n=20), средний ранг	H Краскела-Уоллиса	Асимптотич. Значимость, p=
Я чувствую, что рано или поздно мои друзья наговорят про меня что-нибудь плохое	34,18	40,42	58,25	11,936	0,003
Я не могу понять, как меня можно любить	36,05	40,07	56,95	10,138	0,006
Я не заслуживаю того, чтобы меня любили	38,09	38,01	59,12	12,964	0,002
Я боюсь, что может случиться что-то плохое	30,84	46,35	49,18	8,241	0,016
Я не получаю внимания и любви	42,55	38,17	53,88	7,173	0,028

Продолжение таблицы 24.

Утверждения	Группа 1 (n=22), средний ранг	Группа 2 (n=43), средний ранг	Группа 3 (n=20), средний ранг	H Краскела-Уоллиса	Асимптотич. Значимость, p=
Никто не уделяет мне достаточно времени, когда я в этом нуждаюсь	39,59	38,58	56,25	8,892	0,012
Я думаю, что моя семья и мои друзья поддержат меня в любой ситуации	40,75	38,69	54,75	8,208	0,017
Я делаю для других больше, чем получаю в ответ	38,43	39,21	56,18	8,384	0,015
Что-нибудь всегда пойдет не так, как надо	27,73	43,37	59,00	19,479	0,0001
Если я совершу ошибку, я должен быть наказан	36,20	39,63	57,72	10,853	0,004

Примечание: * − представлены только значимые различия.

Проведенный сравнительный анализ показал наличие значимых различий в воспринимаемой достоверности утверждений, в которых отражаются негативные ожидания («я чувствую, что рано или поздно мои друзья наговорят про меня что-нибудь плохое» (H=11,936, p<0,01), «я боюсь, что может случиться что-то плохое» (H=8,241, p<0,05), «что-нибудь всегда пойдет не так, как надо» (H=19,479, p<0,0001)), убеждения в том, что ребенок недостоин любви («я не заслуживаю того, чтобы меня любили» (H=12,964, p<0,01), «я не могу понять, как меня можно любить» (H=10,138, p<0,01)), ориентация на удовлетворении потребностей других людей («я делаю для других больше, чем получаю в ответ» (H=8,384, p<0,05).

Для детей с более высоким уровнем тревожности характерно ожидание неблагоприятных событий, в том числе, наказания за любую ошибку («если я совершу ошибку, я должен быть наказан» (H=10,853, p<0,01), а также ощущаемое отсутствие принятия и поддержки («я не получаю внимания и любви» (H=7,173, p<0,05). В ситуации госпитализации, требующей от ребенка адаптации к новым условиям, подобные представления существенно повышают стрессовую нагрузку, что было продемонстрировано ранее при сравнении госпитализационного стресса у детей с разным уровнем тревожности (п. 3.2.1), выявившим наличие у детей с

высоким уровнем тревожности значимо большей выраженности *признаков ГС с преобладанием депрессивных реакций*.

Для уточнения имеющихся межгрупповых различий проведем попарные сравнения данных (табл. 25).

Таблица 25.

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

Репрезентации	Группа 1 и 2		Группа 1 и 3		Группа 2 и 3	
	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
Я чувствую, что рано или поздно мои друзья наговорят про меня что-нибудь плохое			16,34	27,18	27,55	41,58
			U=333,50; p=0,003		U=621,50; p=0,003	
Я не могу понять, как меня можно любить					27,93	40,75
					U=605,00; p=0,005	
Я не заслуживаю того, чтобы меня любили			16,68	26,80	26,97	42,82
			U=326,00; p=0,005		U=646,50; p=0,001	
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.

Как мы видим, дети с низким и средним уровнем тревожности различаются только 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 результаты позволяют сделать вывод о том, что *третья гипотеза,* согласно которой 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, подтверждается частично, и требует дальнейшей проверки (см. 3.2.3).

Обобщая полученные данные, отметим, что при более 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).

В раннем возрасте сохранение информации о негативных аспектах взаимодействия с близким взрослым обеспечивается имплицитной памятью, задействующей мозговые структуры, которые не требуют сознательной обработки в процессе кодирования и воспроизведения (Thomson, Milliken, Smilek, 2010; Voss, Lucas, Paller, 2012; Voss, Paller, 2008). При извлечении сохраненной информации происходит реактивация профилей нейронных сетей, являющихся фундаментальной частью повседневного опыта: поведения, эмоций, телесных ощущений и образов. Показано, что имплицитные элементы составляют часть основы субъективного самоощущения, оказывающего влияние на восприятие событий в настоящем (Сигел, 2024).

Дальнейшее развитие способностей когнитивной обработки информации и вербализации приводит к появлению возможности вербального оформления имеющихся антиципационных паттернов, а также представлений о себе и окружающем мире, в том числе социальном, которые отражаются в различных репрезентационных утверждениях. Так, мы видим, что дети с высоким уровнем тревожности значимо чаще воспринимают в качестве верных для себя утверждения с негативным прогнозированием: «я чувствую, что рано или поздно мои друзья наговорят про меня что-нибудь плохое», «что-нибудь всегда пойдет не так, как надо».

Наряду с этим, детей с высокой тревожностью отличает значительно более частое восприятие достоверными по отношению к себе утверждений, отражающих семейную дисфункцию. Так, утверждение «никто не уделяет мне достаточно времени, когда я в этом нуждаюсь» указывает на воспринимаемое ребенком отсутствие поддержки и заботы. Утверждения «я не могу понять, как меня можно любить» и «я не заслуживаю того, чтобы меня любили» описывают чрезвычайно неблагоприятные последствия негативного отношения близкого взрослого к

формирующемуся самоотношению ребенка, воспринимающего себя как дефектного и недостойного любви. Другие утверждения характеризуют сформированные в условиях неблагоприятных детско-родительских отношений представления о неизбежности и необходимости наказаний за любые ошибки и промахи: «если я совершу ошибку, я должен быть наказан».

Полученные результаты демонстрируют всеобъемлющий характер влияния раннего неблагоприятного опыта взаимодействия со значимым взрослым на самовосприятие, что согласуется с существующими научными представлениями о развитии автобиографической памяти. Показано, что ощущение субъективного «Я» возникает в рамках межличностного опыта (Fivush, 2011). При этом повышенная внушаемость, характерная для детского возраста, обусловливает возможность глубокого влияния со стороны значимых взрослых на содержание эксплицитных автобиографических воспоминаний (Chae, Goodman, et al., 2014; Karpinski, Scullin, 2009). На основании вышесказанного можно предположить, что в формирование репрезентаций, отражающих крайне негативное самоотношение, могут вносить вклад как имплицитные воспоминания, связанные с неблагоприятным опытом раннего межличностного взаимодействия, так и суггестивное воздействие со стороны значимых взрослых.

Показано, что для ребенка практически любое воспоминание, включенное в нарративное взаимодействие со взрослым, исполняет роль самоопределяющего, так как через интериоризацию параметров самооценки, включенных в автобиографический рассказ, впоследствии формируется система координат личности и нарративная идентичность (Нуркова, 2014).

3.3.2 Сопряженность репрезентаций себя и мира с разными типами госпитализационного стресса

В предыдущем подпараграфе были проанализированы различия в количестве и выраженности негативных репрезентаций себя и мира у детей с разным уровнем тревожности. Показано, что при высоком уровне тревожности наблюдается

наибольшая частотность негативных репрезентаций с их максимальной выраженностью. Проведенный ранее теоретический анализ, раскрывший влияние негативных репрезентаций на эффективность адаптации к стрессу, позволил нам также выдвинуть предположение о том, что негативные репрезентации будут сопряжены с тяжелым госпитализационным стрессом.

В настоящем подпараграфе анализируются различия в выраженности негативных репрезентаций при разных типах ГС. Рассматриваются данные, полученные с помощью структурированного интервью. Используется критерий H Краскела-Уоллиса, U-критерий Манна-Уитни и Тау-b Кендалла (τ-Кендалла) на уровне значимости $p < 0,05$.

Продолжим проверку *третьей гипотезы*, согласно которой 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.

Для начала проведем сравнительный анализ выраженности репрезентаций в трех кластерах, характеризующих разные типы госпитализационного стресса: кластер 1 – с признаками беспокойства, кластер 2 – с признаками подавленности, кластер 3 – с признаками адаптивности (табл. 26).

Таблица 26.

Различия в выраженности репрезентаций между кластерами, представляющими разные типы ГС[1]

Репрезентации	Кластер 1 (n=29), средний ранг	Кластер 2 (n=17), средний ранг	Кластер 3 (n=39), средний ранг	H Краскела-Уоллиса	Асимптотич. Значимость, p=
Мнение других важнее для меня, чем мое собственное	42,67	57,71	36,83	9,394	0,009
Я не могу понять, как меня можно любить	40,48	56,74	38,88	7,713	0,021

Продолжение таблицы 26.

Репрезентации	Кластер 1 (n=29), средний ранг	Кластер 2 (n=17), средний ранг	Кластер 3 (n=39), средний ранг	H Краскела-Уоллиса	Асимптотич. Значимость, p=
Я не заслуживаю того, чтобы меня любили	45,98	54,88	35,60	9,136	0,01
Как бы я ни старался в школе, другие всегда оказываются более успешными, чем я	39,83	61,47	37,31	13,153	0,001
Я не очень успешен, и так будет всегда	39,78	58,06	38,83	9,204	0,01
Я чувствую себя ответственным за жизнь своих родителей	40,28	57,47	38,72	7,989	0,018
Никто не уделяет мне достаточно времени, когда я в этом нуждаюсь	44,62	54,56	36,76	7,466	0,024
Когда меня просят о помощи, я делаю все, даже когда я уже не в силах это делать	43,78	58,41	35,71	11,320	0,003
Я делаю для других больше, чем получаю в ответ	48,72	51,56	35,01	8,632	0,013
Мне трудно принимать решения, так как при этом я думаю, какие опасности могут меня подстерегать	40,10	56,03	39,47	7,050	0,029
Я очень требователен к себе и изо всех сил стараюсь показать другим, насколько я хороший	45,83	56,32	35,09	10,355	0,006

Примечание: [1] – приведены только значимые различия.

Согласно полученным данным, между выделенными нами типами ГС наблюдаются значимые межгрупповые различия с наибольшей выраженностью негативных репрезентаций в Кластере 2 (*с признаками подавленности*).

Для уточнения выявленных различий проведем попарные сравнения между отдельными кластерами (табл. 27).

Таблица 27.

Различия в выраженности репрезентаций между отдельными кластерами[1]

Репрезентации	Кластер 2 и 3	
	Кластер 2 (n=17), средний ранг	Кластер 3 (n=39), средний ранг
Мнение других важнее для меня, чем мое собственное	38,18	24,28
	U=167,00; p=0,002	
Как бы я ни старался в школе, другие всегда оказываются более успешными, чем я	39,79	23,58
	U=139,50; p=0,0001	
Когда меня просят о помощи, я делаю все, даже когда я уже не в силах это делать	39,29	23,79
	U=148,00; p=0,0001	
Я очень требователен к себе и изо всех сил стараюсь показать другим, насколько я хороший	37,91	24,40
	U=171,50; p=0,002	

Примечание: [1] – представлены различия, значимость которых сохранялась после применения поправки Холма-Бонферрони на множественную проверку гипотез.

Результаты сравнительного анализа выявили различия между кластерами 2 (с признаками подавленности) и 3 (с признаками адаптивности), представляющими противоположные по тяжести типы ГС. Дети, относящиеся к Кластеру 2 (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.

В предыдущих исследованиях было показано, что в случае ранней фрустрированности социальным опытом, имеющей место при дисфункциональном взаимодействии значимого взрослого с ребенком, наблюдается отсутствие

ментальных репрезентаций надежной привязанности, в том числе касающихся имплицитной самооценки, приводящее к так называемому «защитному самоутверждению» (Shaver, Mikulincer, 2009). При этом самоопределения имели характер психологической защиты: респонденты демонстрировали быстрый ментальный доступ к положительным, а не отрицательным саморепрезентациям, однако их различные аспекты «я» были плохо интегрированы (Lopez, 2001; Mikulincer, 1995).

Описывая механизм формирования самокритики и требовательности к себе, М. Микулинджер акцентирует внимание на двух взаимосвязанных процессах: на включении людьми с ненадежными стилями привязанности, формирующимися в условиях неблагоприятного опыта раннего взаимодействия с близким взрослым, отрицательных качеств своих фигур привязанности в саморепрезентации, и на таком же критичном и неодобрительном оценивании себя и самоотношении, какое наблюдалось с их стороны (Микулинджер, Шейвер, 2023).

Полученные результаты указывают на то, что дети воспринимали в качестве достоверных для себя репрезентации о собственной неуспешности, что соотносится с данными о наличии у людей с неблагоприятным ранним опытом взаимодействия с фигурой привязанности негативного когнитивного стиля, являющегося основным фактором риска депрессии (Abramson, Metalsky, Alloy, 1989; Alloy, Wagner, Black, Gerstein, Abramson, 2010). Указанный когнитивный стиль проявляется в тенденции рассматривать негативные жизненные события стабильными, то есть происходящими постоянно, охватывающими различные сферы жизни, а также в приписывании себе ответственности за их возникновение.

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.

Далее перейдем к анализу связи репрезентаций себя и мира с отдельными признаками ГС у детей с разным уровнем тревожности. В корреляционный анализ были включены репрезентации, частотность которых в группах превышала 50,0% (рис. 10). 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. 17).

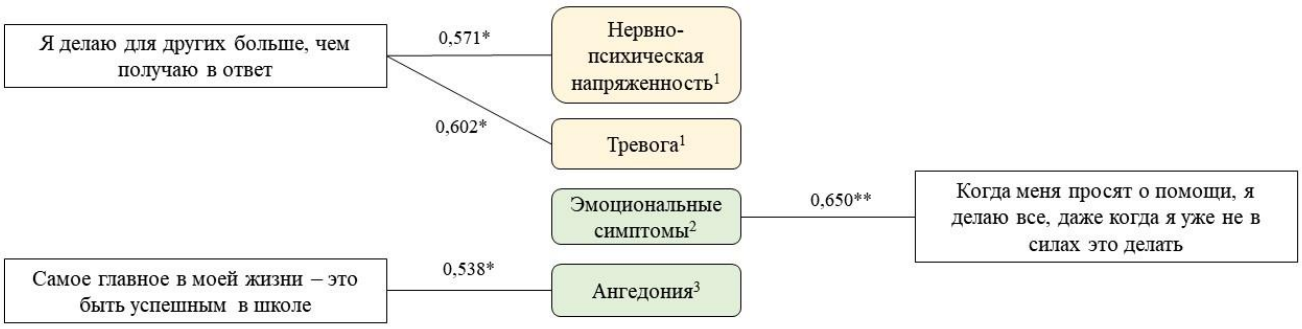


Рис. 17. Взаимосвязь репрезентаций с показателями госпитализационного стресса в группе с высоким уровнем тревожности

Примечание: [1] – Цветовой тест Люшера; [2] – Опросник «Сильные стороны и трудности, SDQ; [3] – Опросник депрессии у детей (CDI) М. Ковак; значимость различий по Тау-b Кендалла: * – $p < 0,01$, ** – $p < 0,001$.

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» ($\tau=0,571$; $p=0,002$ и $\tau=0,602$; $p=0,002$ соответственно). Данная репрезентация может отражать чувствительность к справедливости как личностную диспозицию ребенка, с восприятием себя в качестве «жертвы». Ранее было продемонстрировано, что такая позиция субъекта в гипотетической ситуации нарушения справедливости сопряжена с наиболее неблагоприятными психологическими последствиями – депрессивными симптомами, меньшим уровнем самоуважения и психологической устойчивости (Адамян, 2019).

Наряду с этим, с репрезентациями были связаны отдельные признаки *ГС*, включающие показатели, объединенные в группу*» Депрессивные реакции»*: «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.

В данном случае активная личностная позиция не сопряжена с психологическим благополучием, поскольку указанная репрезентация связана с более высоким уровнем ангедонии, то есть снижением способности получать удовольствие. Можно предположить, что такие особенности указывают на редукцию субъективной значимости повседневных занятий и на восприятие школьных достижений как единственного источника положительных эмоций. Полученные результаты о взаимосвязи вышеуказанных репрезентаций с признаками депрессии соотносятся с данными исследования S.A. Gamble и J.E. Roberts (Gamble, Roberts, 2005), продемонстрировавшими связь между негативным отношением родителей к ребенку в раннем возрасте и когнитивными стилями, связанными с риском развития депрессии.

Обращает на себя внимание отсутствие во всех группах сопряженности признаков ГС с репрезентациями «я чувствую себя ответственным за жизнь своих родителей» и «когда у моих родителей проблемы, я всегда чувствую себя плохо», косвенно указывающих на возможную парентификацию. Можно предположить, что принятие на себя более активной взрослой роли создает у ребенка ощущение собственной значимости и возможности контролировать события собственной жизни.

Полученные данные частично соотносятся с результатами ряда исследований, обобщенных в мета-анализе (Dariotis, Chen, Park, Nowak, French, Codamon, 2023), демонстрирующим ряд положительных последствий парентификации. Однако, положительные результаты были отмечены только в отношении инструментальной парентификации, при которой дети выполняют функциональные задачи, например, приготовление еды, уход за сиблингом, а не за родителем. В этом случае парентификация могла способствовать развитию чувства самоэффективности, компетентности и ряда других положительных качеств (Borchet, Lewandowska-Walter, Połomski, Pepli ´nska, Hooper, 2020).

Обобщая данные корреляционного анализа, отметим, что у детей с высоким уровнем тревожности негативные репрезентации были связаны как типом *ГС с признаками беспокойства*, так и наиболее тяжелым типом ГС - *с признаками подавленности*. Опираясь на вышесказанное, можно предположить, что в стрессовой ситуации госпитализации для детей с высоким уровнем тревожности характерно более негативное восприятие различных аспектов болезни, лечения и межличностного взаимодействия в стационаре. Так, большая выраженность репрезентаций, отражающих негативное прогнозирование, может способствовать восприятию своей болезни как тяжелой, с трудом поддающейся лечению. Отношение к себе как к недостойному любви и ожидание наказаний за ошибки может приводить к восприятию болезни как заслуженного наказания.

Таким образом, *третья гипотеза*, согласно которой 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, верифицирована частично. В частности, не подтвердилось предположение о связи при высоком уровне тревожности негативных репрезентаций с таким признаком госпитализационного стресса с преобладанием нервно-психической напряженности, как тревога, и такими признаками

госпитализационного стресса с преобладанием депрессивных реакций, как негативная самооценка и межличностные проблемы.

Подводя итоги данного параграфа, можно сделать следующие *выводы*:

Детей с высоким уровнем тревожности отличает значительное число негативных репрезентаций себя и мира, отражающих восприятие себя как недостойного любви, негативные ожидания как от мира в целом, так и от социального окружения, ориентацию детей на удовлетворение потребностей других людей и ожидание наказаний за ошибки.

Наибольшая выраженность репрезентаций отмечалась при более тяжелом типе *госпитализационного стресса с признаками подавленности*. Дети с таким типом госпитализационного стресса отмечали в качестве более достоверных для себя утверждения, отражающие завышенные требования к себе, низкую самооценку и последствия семейной дисфункции в виде ориентации на удовлетворение потребностей других людей.

У детей с высоким уровнем тревожности признаки *ГС с преобладанием нервно-психической напряженности* были связаны с репрезентаций, отражающей чувствительность к справедливости, а признаки *ГС с преобладанием депрессивных реакций* – с репрезентациями о чрезмерной фокусировке на школьной успешности и ориентации на удовлетворение потребностей других людей.

3.4 Фрустрационные реакции и их взаимосвязь с госпитализационным стрессом

Как было показано в литературном обзоре, успешность адаптации к стрессовым ситуациям зависит как от личностных особенностей, обусловленных ранним взаимодействием со значимым взрослым, в том числе от выраженности негативных репрезентаций, так и от стратегий совладания со стрессом.

В данном параграфе рассматриваются результаты, полученные с помощью следующих методик: Фрустрационного теста Розенцвейга, Шкалы явной тревожности для детей (CMAS).

Проверяется *четвертая гипотеза* о том, что сочетание высокого уровня тревожности и специфического паттерна фрустрационного поведения,

включающего показатели экстрапунитивной направленности реакций с их фиксацией на препятствии, создает риск интенсификации госпитализационного стресса.

Используется H критерий Краскела-Уоллиса, U-критерий Манна-Уитни, кластерный анализ методом k-средних, угловое преобразование Фишера (φ) на уровне значимости $p < 0,05$.

Проанализируем особенности фрустрационных реакций у детей. В табл. 28 представлены данные о выраженности показателей направленности и типов фрустрационных реакций в выборке.

Таблица 28.

Нормативные и средние значения, среднеквадратичные отклонения и квартили показателей фрустрационных реакций в выборке (N=85)

Показатели	**Нормативное значение**	**M**	**SD**	**Q1**	**Md**	**Q3**
Экстрапунитивное направление реакций (E)	46,80	39,09	17,98	27,08	37,50	50,00
Интропунитивное направление реакций (I)	25,90	21,59	9,83	16,66	20,83	29,16
Импунитивное направление реакций (M)	27,30	39,31	16,12	29,16	37,50	48,96
Реакции с фиксацией на препятствии (O-D)	28,40	47,32	17,54	35,41	47,91	54,16
Реакции с фиксацией на самозащите (E-D)	39,50	25,68	9,90	18,75	25,00	33,33
Реакции с фиксацией на разрешении ситуации (N-P)	32,20	25,86	13,88	14,58	25,00	33,33
Стандартность поведения в стрессовой ситуации/способность к социальной адаптации (GCR)	60,50	25,86	13,88	14,58	25,00	35,41

Примечание: [1] – по Фрустрационному тесту Розенцвейга.

Как мы видим из представленных данных, средние значения показателей импунитивного направления (M=39,31) и типа реакций с фиксацией на препятствии (M=47,32) превышают нормативные значения (27,30 и 28,40 соответственно) (Ясюкова, 2021).

С целью выделения паттернов фрустрационного поведения у детей был проведен кластерный анализ методом k-средних (k-means). Кластеризация проводилась по всем показателям фрустрационных реакций (табл. 29, Приложение IV).

Таблица 29.

Результаты кластеризации выборки по показателям фрустрационных реакций

Показатели	Нормативное значение, %	Кластер		
		A (n=18), %	B (n=46), %	C (n=21), %
Экстрапунитивное направление реакций (E)	46,80	65,74	33,74	27,97
Интропунитивное направление реакций (I)	25,90	14,58	27,67	14,28
Импунитивное направление реакций (M)	27,30	19,67	38,58	57,73
Реакции с фиксацией на препятствии (O-D)	28,40	43,86	38,43	69,74
Реакции с фиксацией на самозащите (E-D)	39,50	32,06	26,94	17,46
Реакции с фиксацией на разрешении ситуации (N-P)	32,20	24,07	33,17	11,41
Стандартность поведения в стрессовой ситуации/способность к социальной адаптации (GCR)	60,50	46,60	51,93	39,95

По данным кластерного анализа, паттерн фрустрационного поведения, описываемый Кластером А, характеризовался превышающими нормативные значения показателями экстрапунитивной (65,74%) направленности и типа реакций с фиксацией на препятствии (43,86%). Преобладающей направленностью реакций в данном случае являлась *экстрапунитивная направленность*, 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. Данный паттерн фрустрационного поведения был характерен для 21% детей (n=18 чел.) в выборке.

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.

Далее проанализируем различия в выраженности признаков госпитализационного стресса у детей с разными паттернами фрустрационного поведения (табл. 30).

Таблица 30.

Результаты сравнительного анализа выраженности признаков госпитализационного стресса при разных паттернах фрустрационного поведения

Показатели госпитализационного стресса	Данные по полной выборке (N=85)			Кластер А (n=18), Md	Кластер В (n=46), Md	Кластер С (n=21), Md	H Краскела-Уоллиса
	Q1	Md	Q3				
Показатели нервно-психической напряженности							
Нервно-психическая напряженность[1]	11,00	14,00	20,00	14,00	14,00	16,00	H=1,201, p=0,548
Тревога[1]	0,50	1,00	3,00	1,00	1,00	1,00	H=0,317, p=0,853
Стрессовое состояние[1]	6,00	6,80	14,10	10,45	6,80	6,80	H=0,791, p=0,673
Депрессивные реакции							
Негативное настроение[2]	49,00	54,00	64,00	59,00	54,00	50,00	H=2,495, p=0,287
Межличностные проблемы[2]	56,00	64,00	71,00	64,00	64,00	57,00	H=1,738, p=0,419
Неэффективность[2]	47,00	49,00	54,00	48,00	48,00	52,00	H=1,318, p=0,517
Ангедония[2]	45,00	52,00	60,00	53,00	52,00	48,00	H=1,904, p=0,386
Негативная самооценка[2]	40,00	51,00	57,00	51,00	51,00	51,00	H=0,354, p=0,838
Эмоциональные симптомы[2]	3,00	5,00	6,00	5,00	4,00	5,00	**H=7,670, p=0,022**
Поведенческие проблемы							
Проблемы с поведением[3]	1,00	2,00	4,00	4,00	2,00	1,00	**H=11,333, p=0,005**
Гиперактивность/ Невнимательность[3]	2,00	2,00	4,00	4,00	2,00	2,00	H=4,306, p=0,116
Проблемы взаимоотношений со сверстниками[3]	2,00	3,00	5,00	6,50	3,00	3,00	**H=13,809, p=0,001**

Продолжение таблицы 30.

Показатели госпитализационного стресса	Данные по полной выборке (N=85)			Кластер А (n=18), Md	Кластер В (n=46), Md	Кластер С (n=21), Md	Н Краскела-Уоллиса
	Q1	Md	Q3				
Просоциальное поведение[3]							
	7,00	8,00	9,00	6,00	8,00	8,00	**H=10,657, p=0,032**

Примечание: [1] – Цветовой тест Люшера; [2] – Опросник депрессии у детей (CDI) М. Ковак; [3] – Опросник «Сильные стороны и трудности, SDQ».

Проведенный сравнительный анализ выявил различия в выраженности таких признаков госпитализационного стресса, как «эмоциональные симптомы» (H=7,670; p<0,05), «проблемы с поведением» (H=11,333; p<0,01) и «проблемы взаимоотношений со сверстниками» (H=13,809; p<0,001), у детей с разными паттернами фрустрационного поведения с наибольшими значениями в Кластере А. Выраженность «просоциального поведения» (H=10,657; p<0,01) в данном кластере была ниже. Таким образом, Кластер А описывает наиболее неблагоприятный с точки зрения проявлений госпитализационного стресса паттерн фрустрационного поведения. Полученные результаты соотносятся с данными исследования, продемонстрировавшего сопряженность низкой фрустрационной толерантности у детей с бронхиальной астмой с повышенной фиксацией на препятствии и в экстрапунитивной направленностью реакций (Галицына, 2015).

С целью уточнения наблюдающихся различий проведем попарные сравнения кластеров с помощью U-критерия Манна-Уитни, представляющих разные паттерны фрустрационного поведения, по выраженности признаков госпитализационного стресса (табл. 31).

Результаты сравнительного анализа показали, что в то время, как кластеры А и С различаются только выраженностью показателей *ГС с преобладанием поведенческих проблем*, различия между кластерами А и В также наблюдаются по такому показателю ГС *с преобладанием депрессивных реакций*, как «эмоциональные симптомы», с большей его выраженностью в Кластере А. Поскольку Кластеры В и С не различались по выраженности признаков

госпитализационного стресса, можно предположить, что отличия Кластера А от кластеров В и С обусловлены преобладанием в нем экстрапунитивного направления фрустрационных реакций.

Таблица 31.

Результаты попарного сравнения выраженности признаков госпитализационного стресса в кластерах[1]

Показатели госпитализационного стресса[2]	Кластер А и В		Кластер А и С	
	Кластер А (n=18), средний ранг	Кластер В (n=46), средний ранг	Кластер А (n=18), средний ранг	Кластер С (n=21), средний ранг
Эмоциональные симптомы	42,03	28,77		
	U=242,50; p=0,010			
Проблемы с поведением	41,92	28,82	26,14	14,74
	U=244,50; p=0,009		U=78,50; p=0,001	
Проблемы взаимоотношений со сверстниками	45,39	27,46	24,89	15,81
	U=182,00; p=0,0001		U=101,00; p=0,012	
Просоциальное поведение	21,81	36,68	14,28	24,90
	U=606,50; p=0,003		U=292,00; p=0,003	

Примечание: [1] – приведены только значимые различия; [2] – по Опроснику «Сильные стороны и трудности, SDQ».

Несмотря на отсутствие статистически значимых различий между кластерами В и С, обращает на себя внимание разница в медианных значениях ряда признаков госпитализационного стресса. В частности, медианное значение показателя «нервно-психическая напряженность» в Кластере С (Md=16,00) выше, чем в других кластерах, и превышает медианное значение в полной выборке, равное 14. В то же время для кластера В, по сравнению с Кластером С, характерны более высокие медианные значения показателей депрессивных реакций: «негативного настроения» (Md=54,00), «межличностных проблем» (Md=64,00) и «ангедонии» (Md=52,00).

Можно предположить, что более высокие медианные значения ряда показателей депрессивных реакций в Кластере В по сравнению с Кластером С обусловлены наличием в Кластере В превышающего нормативное значение

показателя интропунитивного направления фрустрационных реакций, указывающего на восприятие себя в качестве причины всех неудач и неприятностей, на глубокие внутренние переживания и чрезмерные самообвинения, при сочетании с отсутствием возможности повлиять на ситуацию являющихся причиной депрессивных состояний и невротических расстройств (Ясюкова, 2021).

Далее проведем сравнительный анализ частотного распределения паттернов фрустрационного поведения, описываемых кластерами, в группах с разным уровнем тревожности (табл. 32).

Таблица 32.

Паттерны фрустрационного поведения 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): * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$.

По данным сравнительного анализа, при высоком уровне тревожности частота паттерна фрустрационного поведения, описываемого Кластером А, была значимо больше, чем в группах с низким и средним уровнем тревожности. То есть, 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 (табл. 32) поведенческими проблемами и

таким признаком *ГС с преобладанием депрессивных реакций*, как «эмоциональные симптомы».

Наряду с этим, наблюдались значимые различия в частотности паттерна фрустрационного поведения, описываемого Кластером В, 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 3 (с высоким уровнем тревожности).

Обобщая вышесказанное, отметим, что в стрессовой ситуации госпитализации дети с высоким уровнем тревожности используют менее эффективные стратегии фрустрационного поведения, сопряженные с поведенческими проблемами, в частности, со сложностями 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).

Данные, полученные в настоящем исследовании, позволяют более дифференцированно подойти к анализу взаимосвязи тревожности и реакции на фрустрацию. Так, несмотря на преобладание в группе с высоким уровнем тревожности паттерна фрустрационного поведения, описываемого Кластером А, значительное число детей используют и другие стратегии реагирования, характерные для кластеров В и С (по 30,0 % каждый). Такие различия между детьми с высоким уровнем тревожности могут быть обусловлены спецификой имеющихся у них репрезентаций, способствующих выбору той или иной поведенческой стратегии.

Наряду с этим, представляют интерес результаты, указывающие на то, что паттерн фрустрационных реакций, описываемый Кластером С, в равных долях используется детьми как с низким, так и с высоким уровнем тревожности (31,8% и 30,0% соответственно). Из этого следует, что не все дети, внешне демонстрирующие отношение к фрустрирующей ситуации как к «мелочи жизни, на которую не стоит обращать внимания», действительно относятся к ней таким образом. Дети с высоким уровнем тревожности могут выбирать подобную стратегию в случае субъективно воспринимаемой невозможности более активных действий.

Таким образом, *четвертая гипотеза* о том, что сочетание высокого уровня тревожности и специфического паттерна фрустрационного поведения, включающего показатели экстрапунитивной направленности реакций с их фиксацией на препятствии, создает риск интенсификации госпитализационного стресса, верифицирована.

Подводя итоги данного параграфа можно сделать следующие *выводы*:

Выраженность ряда признаков госпитализационного стресса сопряжена с имеющимся у ребенка паттерном фрустрационного поведения с наибольшим их уровнем при наличии паттерна с превышающими нормативные значения показателями экстрапунитивной направленности и типа реакций с фиксацией на препятствии. У детей с высоким уровнем тревожности данный паттерн встречается чаще, чем в других группах.

Обсуждение результатов

В данной работе мы изучили специфику переживания госпитализационного стресса детьми с туберкулезом органов дыхания с разным уровнем тревожности. Комплексное изучение стресса, связанного с болезнью и стационарным лечением у детей, имеет важное значение как для развития психологической науки, так и для расширения предметного поля других наук, в том числе медицины. Выявление факторов дифференцированного реагирования детей на ситуацию госпитализации, позволяет глубже понять психологические механизмы преодоления стрессовых ситуаций.

Вариативность психологического ответа на стрессогенное воздействие госпитализации обусловлена многообразием «внутренних условий» личности. Согласно принципу детерминизма, сформулированному С.Л. Рубинштейном, о том, что «внешние причины действуют опосредствованно через внутренние условия», восприятие и реагирование на стрессовую ситуацию опосредовано личностными особенностями (Рубинштейн, 2017).

Определяющее значение для гармоничного психического развития ребенка, в том числе для формирования у него устойчивости к стрессу, имеют эмоционально поддерживающие отношения с заботящимся взрослым и его отзывчивость, создающие у ребенка ощущение безопасности и защищенности (Харламенкова, Никитина, Шаталова и др., 2022; McIntosh, Tan, Greenwood et al, 2021). В случае фрустрации потребности в надежности и защищенности со стороны ближайшего окружения развитие физиологических систем ребенка, участвующих в стрессовом реагировании, идет по пути формирования так называемой аттенциональной предвзятости к угрозам и негативной антиципации, составляющих суть повышенной тревожности (Форд, Куртуа, 2022; Luby, Barch, Whalen et al., 2017; Miller, Chen, Parker, 2011). В свою очередь, тревожность играет ключевую роль в возникновении других эмоциональных нарушений, в том числе симптомов депрессии (Chorpita, Barlow; 1998).

С учетом научных данных о роли ранних отношений ребенка с близким взрослым на формирование у него способностей к преодолению стрессовых ситуаций, нами было выдвинуто предположение о том, что госпитализационный стресс представляет собой сложное переживание, включающее в себя формально-динамические проявления стресса, особенности взаимодействия с социальным окружением и признаки способности/неспособности субъекта удерживать оптимальное мотивационное состояние; а его интенсивность сопряжена с уровнем тревожности, негативными репрезентациями себя и мира, специфическим паттерном фрустрационных реакций.

Согласно результатам проведенного исследования, высокий уровень тревожности у детей с туберкулезом органов дыхания обусловливал появление тяжелого типа госпитализационного стресса с признаками подавленности и был сопряжен с большей выраженностью отдельных показателей депрессии. Полученные данные соотносятся с результатами исследования E. Bossert, продемонстрировавшего, что дети с низким уровнем тревожности эффективнее справляются с госпитализационным стрессом (Bossert, 1994), а также научными данными о психологических механизмах совместного развития тревожных и депрессивных расстройств (Alloy, Kelly, Mineka et al., 1990). В нашем исследовании было показано, что у детей с высоким уровнем тревожности наблюдалась большая выраженность таких признаков госпитализационного стресса с преобладанием депрессивных реакций, как негативное настроение, школьная неэффективность и эмоциональные симптомы.

В то же время, выраженность показателей *госпитализационного стресса с* преобладанием нервно-психической напряженности не была сопряжена с высоким уровнем тревожности, а определялась в большей мере влиянием актуальной стрессовой ситуации: на момент обследования, проводившегося в первую неделю госпитализации, дети находились в процессе адаптации к условиям стационара. Выявленное отсутствие различий в выраженности показателей указанной категории госпитализационного стресса между детьми с разным уровнем тревожности указывает на необходимость учета не только субъективных факторов детерминации

стрессового ответа, но и объективных характеристик актуальной жизненной ситуации, в данном случае, начального этапа госпитализации.

В процессе раннего взаимодействия ребенка со значимым взрослым происходит не только развитие участвующих в стрессовом реагировании физиологических систем, но и формирование представлений о себе и окружающем мире, в том числе социальном, которые отражаются в различных репрезентационных утверждениях (Микулинджер, Шейвер, 2023; Bretherton, Munholland, 1999; Crittenden, 1990; Thompson, 2006).

В условиях недостаточности родительской отзывчивости и поддержки формирующиеся ментальные репрезентации себя и других приобретают негативный характер, поскольку ребенок включает в структуру «я» отвергающие, унижающие достоинство и неодобрительные послания значимых взрослых (Микулинджер, Шейвер, 2023). В настоящем исследовании было показано, что детей с высоким уровнем тревожности отличает значительное число негативных репрезентаций себя и мира, отражающих восприятие себя как недостойного любви, негативные ожидания как от мира в целом, так и от социального окружения, ориентацию детей на удовлетворение потребностей других людей и ожидание наказаний за ошибки.

Анализ взаимосвязи негативных репрезентаций с госпитализационным стрессом позволил прояснить картину переживания детьми с туберкулезом органов дыхания стрессовой ситуации госпитализации. Наибольшая выраженность репрезентаций была выявлена при более тяжелом типе госпитализационного стресса с признаками подавленности. Указанный тип госпитализационного стресса был сопряжен с утверждениями, отражающими завышенные требования к себе, низкую самооценку и последствия семейной дисфункции в виде ориентации на удовлетворение потребностей других людей. Также было показано, 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. Следует подчеркнуть,

что в ситуации госпитализации наличие таких репрезентаций будет способствовать повышению стрессовой нагрузки как за счет негативных ожиданий, связанных с социальным взаимодействием в стационаре, так и за счет прогнозирования неблагоприятных исходов лечения.

Говоря об успешности адаптации к стрессовым ситуациям, зависящей в том числе от стратегий совладания, стоит подчеркнуть, что специфика фрустрационного поведения также обусловлена имеющимся у ребенка уровнем тревожности. Так, выраженность ряда признаков госпитализационного стресса сопряжена с имеющимся у ребенка паттерном фрустрационного поведения с наибольшим их уровнем при наличии паттерна с превышающими нормативные значения показателями экстрапунитивной направленности и типа реакций с фиксацией на препятствии. Данный паттерн фрустрационного поведения отмечался чаще у детей с высоким уровнем тревожности, что обусловливало наличие более выраженных поведенческих проблем и депрессивных реакций. 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). Но в настоящем исследовании выявлен интересный и важный результат, согласно которому дети с высоким уровнем тревожности, помимо упомянутого выше паттерна фрустрационного поведения, используют также и другие стратегии реагирования, что может быть обусловлено спецификой имеющихся у них репрезентаций, способствующих выбору той или иной стратегии фрустрационного поведения.

На рис. 18 обобщены основные результаты исследования. Представлены как характеристики, выраженность которых была сопоставима во всех группах, так и выявленные межгрупповые различия.

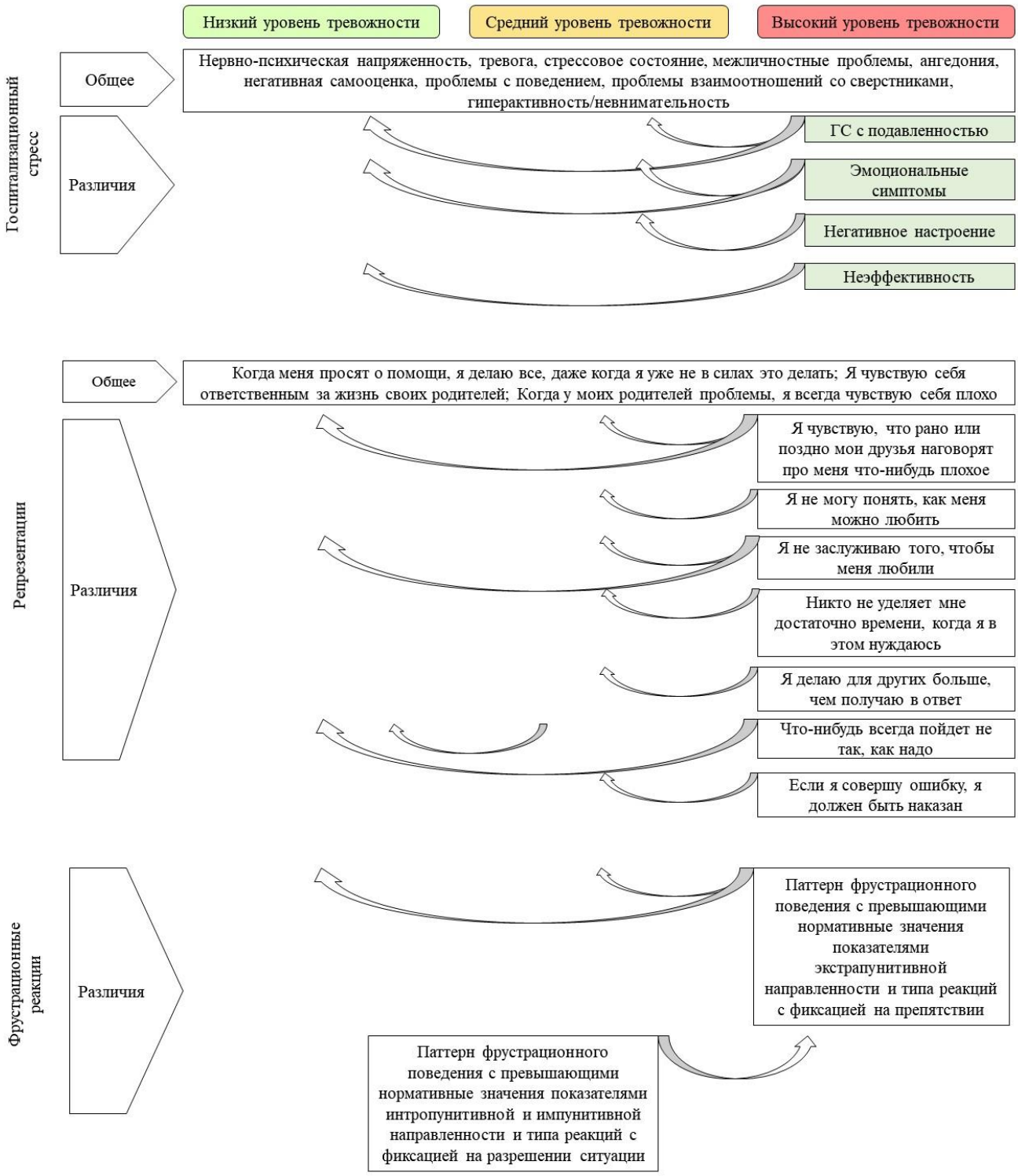


Рис. 18. Сопоставление полученных данных о госпитализационном стрессе, репрезентациях и фрустрационных реакциях в группах с разным уровнем тревожности с выделением общего и различий.
Примечание: направление стрелок – от более высокого уровня к низкому.

Таким образом, мы видим, что несмотря на бесспорно стрессогенный характер ситуации госпитализации, выраженный госпитализационный стресс

наблюдается только у части детей с туберкулезом органов дыхания, для которых, характерны личностные особенности, являющиеся последствиями неблагоприятного раннего опыта взаимодействия с близким взрослым. Однако, детерминация стрессового ответа указанными личностными предпосылками не является абсолютной.

Из результатов исследования следует, что не для всех детей с высоким уровнем тревожности характерен паттерн фрустрационного поведения, сопряженного с более выраженным госпитализационным стрессом. Значительная часть детей, имея личностные предпосылки для менее эффективной адаптации к стрессу, тем не менее выбирают стратегии совладания, позволяющие снизить негативное влияние фрустрирующей ситуации.

Значимость активного преобразования человеком трудных жизненных ситуаций была всесторонне раскрыта Л.И. Анцыферовой, показавшей, что в случае неподконтрольности события, остается возможность изменения своего отношения к нему и наделения его субъективным смыслом (Анцыферова, 1994). Подобного рода преобразование отношения к ситуации мы видим у детей, использующих стратегию фрустрационного поведения, характеризующуюся восприятием неприятностей как мелочей жизни, на которые не стоит обращать внимания. Безусловно, использование такой стратегии в течение длительного времени может иметь негативные последствия, но во время стационарного лечения, когда ребенок существенно ограничен в возможности влияния на происходящее, она оказывается адаптивной. Это подтверждается более низкими показателями госпитализационного стресса у детей с указанным паттерном фрустрационного поведения.

Обобщая результаты исследования, мы можем сказать, что вариативность психологического ответа на стрессогенное воздействие госпитализации обусловлена как личностными особенностями, связанными с неблагоприятным опытом раннего взаимодействия со значимым взрослым, так и выбором стратегий совладания с фрустрирующей ситуацией. При этом, более адаптивный характер имели стратегии фрустрационного поведения, при которых ребенок воспринимает

неприятности как мелочи жизни и не предпринимает активных попыток изменения обстоятельств.

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 б*о*льшая 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.

Заключение

Любое заболевание является стрессовым событием, поскольку сопряжено с различными негативными изменениями: утратой некоторых возможностей, необходимостью лечения и соблюдения врачебных рекомендаций. При госпитализации стрессовая нагрузка существенно возрастает, что требует от ребенка серьезных усилий по совладанию с данной ситуацией и адаптации к новым условиям. К факторам негативного психологического воздействия госпитализации во фтизиатрический стационар можно отнести длительность стационарного лечения ТОД, высокий уровень неопределенности, нахождение ребенка в стационаре без сопровождения родителя или другого значимого взрослого и стигматизирующий характер заболевания. Наряду с этим, стрессогенным потенциалом обладает хирургическое лечение ТОД и такое малоинвазивное диагностическое вмешательство, как бронхоскопия.

Однако, реакции детей на госпитализацию не универсальны и варьируют от незначительных психоэмоциональных проблем в первые дни пребывания в стационаре, до серьезных и длительных нарушений адаптации. В связи с этим, весомым становится анализ специфики переживания госпитализационного стресса детьми и выявление коррелятов психоэмоциональных нарушений.

Известно, что определяющим фактором гармоничного психического развития ребенка и формирования у него стрессоустойчивости является раннее взаимодействие со значимым взрослым, создающее ощущение безопасности и защищенности. В том случае, когда детско-родительские отношения имеют дисфункциональный характер, у ребенка с раннего возраста развивается повышенная тревожность, обусловливающая аттенциональную сверхчувствительность к угрозам и негативную антиципацию. В условиях стационара данные паттерны восприятия и реагирования обусловливают высокий уровень дистресса у ребенка.

Важным также становится учет репрезентаций себя и окружающего мира у детей, раскрывающих психологическое содержание сформированных вследствие негативного взаимодействия со значимым взрослым когнитивных схем.

Исследование специфики переживания госпитализационного стресса детьми с разным уровнем тревожности вносит существенный вклад в теорию и практику психологического сопровождения детей, госпитализированных без родителя или другого близкого взрослого, способствуя выявлению групп риска и позволяя наиболее точно определить стратегии психокоррекционной и психотерапевтической помощи.

В то же время, не подлежит сомнению то, что настоящее исследование вносит вклад в возрастную психологию, раскрывая роль ряда личностных особенностей, обусловленных спецификой ранних отношений со значимым взрослым, а также стратегий преодоления фрустрирующих ситуаций, в переживании госпитализационного стресса в детском возрасте.

Результаты проведенного теоретико-эмпирического исследования позволяют сделать вывод о подтверждении *теоретической гипотезы*, согласно которой госпитализационный стресс является сложным переживанием, включающим 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.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Абабков В.А., Бабурин И.Н., Караваева Т.А.* Алгоритм краткосрочной психотерапии, направленной на разрешение внутриличностных и межличностных конфликтов у больных с невротическими расстройствами: методические рекомендации / В. А. Абабков, И. Н. Бабурин, Т. А. Караваева. Санкт-Петербург: Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, 2014. 21 с.

2. *Абабков В.А., Перре М.* Адаптация к стрессу: Основы теории, диагностики, терапии. СПб.: Речь, 2004. 165 с.

3. *Абрамов В.А., Ряполова Т. Л., Лепшина С. М., Лепшина Е.А., Голоденко О.Н.* Стигма в психиатрии и фтизиатрии. Взгляд психиатра // Университетская клиника. 2016. Т. 12, № 3. С. 84−88.

4. *Абизехова А.И., Шашкова М. С., Енин В. В.* Феномен дидактогенного невроза у детей младшего школьного возраста // Международный студенческий научный вестник. 2024. № 6. С. 64.

5. *Абросимов И.Н.* Совладание с хронической болезнью как предиктор психологической адаптации к ней // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. 2020. Т. 8, № 2(29). С. 192−200. DOI 10.23888/humJ20202192-200

6. *Адамян А.А., Звездина Г.П.* Чувствительность к справедливости и ее последствия для личности // Психология. Журнал Высшей школы экономики. 2019. Т. 16, № 3. С. 479-490. DOI 10.17323/1813-8918-2019-3-479-493

7. *Агулова Д.С., Звездина Г.П.* Взаимосвязь между стилями семейного воспитания и уровнем креативности и тревожности у детей младших школьников // Инновационная наука: психология, педагогика, дефектология. 2022. Т. 5, № 3. С. 43−55. DOI 10.23947/2658-7165-2022-5-3-43-55.

8. *Акарачкова Е.С.* Стресс у детей и подростков: причины и последствия, лечение и профилактика. Клиническое руководство / СПб.: Скифия-принт; М.: Профмедпресс, 2022. 90 с.

9. *Александров Ю.И., Булава А.И., Бахчина А.В., Гаврилов В.В., Колбенева М.Г., Кузина Е.А., Знаменская И.И., Русак И.И., Горкин А.Г.* Стресс и индивидуальное развитие // Журнал высшей нервной деятельности им. И.П. Павлова. 2022. Т. 72, № 4. С. 437−456. DOI 10.31857/S0044467722040037

10. *Алексеева Е.В., Володин Б.Ю., Петров Д.С.* Копинг-стратегии и механизмы психологической защиты у часто болеющих детей младшего школьного возраста // Психическое здоровье. 2019. №6. С. 57−62. DOI: 10.25557/2074-014X.2019.06

11. *Антонова Е.И., Чудина Ю.А.* Сравнительный анализ тревожности и фрустрационных реакций у детей младшего школьного и младшего подросткового возраста // Вестник Набережночелнинского государственного педагогического университета. 2024. № 4(52). С. 11−14.

12. *Антропов Ю.Ф.* Психогенная депрессия в педиатрической практике // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. 2022. Т. 101, № 6. С. 146−152. DOI 10.24110/0031-403X-2022-101-6-146-152

13. *Анцыферова Л.И.* Личность в трудных жизненных условиях: переосмысливание, преобразование ситуаций и психологическая защита // Психологический журнал. 1994. Т. 15. № 1. С. 3–18.

14. *Асташенко А.П.* Попытка комплексной оценки факторов психического статуса (уровня тревоги и депрессии) и факторов гуморального гомеостаза у пациентов в соматическом стационаре // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2015. Т. 5, № 5. С. 767.

15. *Баранова Г.В., Золотова Н.В., Овсянкина Е.С., Сиресина Н.Н., Столбун Н.Н., Стрельцов В.В.* Психологические особенности детей и подростков, больных туберкулёзом органов дыхания // Туберкулез и болезни легких. 2010. Т. 87, № 1. С. 50−53.

16. *Баронова О.Д., Аксенова В.А., Барышникова Л.А., Кудлай Д.А., Наконечная С.Л.* Предикторы развития туберкулеза у детей и подростков, имеющих положительные результаты кожной пробы с аллергеном туберкулезным рекомбинантным // Медицинский совет. 2021. № 16. С. 147−154. DOI 10.21518/2079-701X-2021-16-147-154

17. *Бек А., Фримен А.* Когнитивная психотерапия расстройств личности. СПб.: Питер, 2017. 448 с.

18. *Битюцкая Е.В.* Восприятие жизненных изменений: структура ситуации и этапы принятия перемен // Национальный психологический журнал. 2025. Т. 20, № 4. С. 103−116. DOI 10.11621/npj.2025.0408

19. *Блейхер В.Р., Крук И.В.* Токовый словарь психиатрических терминов: в 2 т. Ростов н/Д, 1996. 1 т. 480 с.; 2 т. 448 с.

20. *Бриш К.Х.* Терапия нарушений привязанности: От теории к практике. Пер. с нем. М.: Когито-Центр, 2012. 316 с.

21. *Бородина А.А.* Особенности тревожности у младших школьников, находящихся на длительном лечении в противотуберкулёзном диспансере // Психология человека и общества. 2019. № 8(13). С. 10−16.

22. *Боулби Дж.* Создание и разрушение эмоциональных связей. Академический проект, 2004. 237 с.

23. *Бузунова А.Д., Бурина Е.А.* Особенности совладающего поведения и субъективного восприятия семьи у младших подростков с девиантным поведением // Научные исследования выпускников факультета психологии СпбГУ. 2016. Т. 4. С. 46−51.

24. *Быкасова А.В.* Связь стилей родительского воспитания и тревожности детей младшего школьного возраста // Generation Ψ: Материалы V Всероссийской научно-практической студенческой конференции, Новосибирск, 16 мая 2024 года. Новосибирск: Новосибирский государственный педагогический университет, 2024. С. 41−43.

25. *Вассерман Л.И., Абабков В.А., Трифонова Е.А.* Совладание со стрессом: теория и психодиагностика: Учебно-методическое пособие / Под науч. ред. проф. Л.И. Вассермана. СПб.: Речь, 2010. 192 с.

26. *Вассерман Л.И., Трифонова Е.А*., Федорова В.Л. Внутренняя картина болезни в структуре качества жизни у больных с соматической патологией // Сибирский психологический журнал. 2008. № 27. С. 67 – 71.

27. *Вачков И.В., Павлова Н.В.* Психологическая коррекция страхов детей младшего школьного возраста с использованием якутских народных сказок // Научно-педагогическое обозрение. 2026. № 3(67). С. 107−118. DOI 10.23951/2307-6127-2026-3-107-118

28. *Вейц А.Э.* Психологическая диагностика особенностей эмоциональных нарушений у детей с неврозоподобными и невротическими расстройствами // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 12. Психология. Социология. Педагогика. 2012. № 2. С. 94−103.

29. Вербрюгген А.А. Защитные механизмы и копинг-стратегии у детей с двигательными нарушениями и их родителей: дис. … канд. психол. наук: 19.00.04 / СПб., 2008. 176 с.

30. *Виленская Г.А.* Развитие регуляции поведения в раннем онтогенезе: специальность 19.00.01 "Общая психология, психология личности, история психологии": диссертация на соискание ученой степени кандидата психологических наук / Виленская Галина Альфредовна. Москва, 2000. 151 с.

31. *Виленская Г.А.* Взаимодействие родителей с детьми раннего возраста как фактор развития контроля поведения // Вестник Российского гуманитарного научного фонда. 2011. № 1(62). С. 122−130.

32. *Воликова С.В., Калина О.Г., Холмогорова А.Б.* Валидизация опросника детской депрессии М. Ковак // Вопросы психологии. 2011. № 5. С. 121−131.

33. Воликова С.В., Холмогорова А.Б., Калина О.Г. Применение опросника детской депрессии М. Ковак (CDI). М.: МНИИП, 2013. 24 с.

34. *Восканова И.С., Шутенко Е.Н.* Адаптация к фрустрирующим ситуациям младших школьников с нарушениями опорно-двигательного аппарата // Гуманитариум. 2017. № 1(2). С. 51−54. DOI 10.21661/r-116375

35. *Гагай В.В., Гринева К.Ю.* Механизм совладания с трудными ситуациями и адаптация первоклассников к школе // Научный результат. Серия: Педагогика и психология образования. 2014. Т. 1, № 1(1). С. 50−58.

36. *Галимзянова М.В., Касьяник П.М., Романова Е.В.* Восприятие родительского отношения у взрослых в связи с ранними дезадаптивными схемами // Вестник Санкт-

Петербургского университета. Психология и педагогика. 2017. Т. 7, № 4. С. 382−394. – DOI 10.21638/11701/spbu16.2017.406

37. *Галицына Е.Ю.* Особенности личности и психологической защиты детей, страдающих бронхиальной астмой // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 16. Психология. Педагогика. 2015. № 4. С. 163−173.

38. *Головей Л.А., Василенко В. Е., Савенышева С.С.* Структура семьи и семейное воспитание как факторы развития личности дошкольника // Социальная психология и общество. 2016. Т. 7, № 2. С. 5−18. DOI 10.17759/sps.2016070201

39. *Головина С.Г.* Особенности становления психологической защиты в младшем школьном возрасте [Электронный ресурс] // Психологические исследования: электрон. Науч. журн. 2009. № 4(6). URL: https://psystudy.ru/num/article/view/970/507 (дата обращения: 31.08.2026).

40. *Гордеева Т.О., Сычев О.А., Дворская Е.В.* Роль семьи в детском благополучии: почему подростки из полных семей больше удовлетворены жизнью? Социальная психология и общество. (2026). 17(2), 124−144. https://doi.org/10.17759/sps.2026170208

41. *Губкина М. Ф., Юхименко Н. В., Стерликова С.С., Хохлова Ю.Ю., Петракова И.Ю.* Определение длительности интенсивной фазы химиотерапии туберкулеза органов дыхания у детей без бактериовыделения и без риска множественной и широкой лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза // Туберкулез и болезни легких. 2021. Т. 99, № 6. С. 28−38. DOI 10.21292/2075-1230-2021-99-6-28-36

42. *Губкина М.Ф., Петракова И.Ю., Багиров М.А., Юхименко Н.В., Хохлова Ю.Ю., Стерликова С.С.* Дифференцированные подходы к выбору срока оперативного лечения туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов у детей в период роста туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью // Туберкулез и болезни легких. 2022. Т. 100, № 7. С. 14−21. DOI 10.21292/2075-1230-2022-100-7-14-21

43. *Губкина М.Ф., Юхименко Н. В., Петракова И. Ю., Хохлова Ю.Ю., Стерликова С.С.* Роль социальных факторов в развитии хронически текущего первичного

туберкулеза у детей раннего возраста // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2020. Т. 65, № 3. С. 121−125. DOI 10.21508/1027-4065-2020-65-3-121-125

44. *Гурьева В.В., Быкова В.И., Валиуллина С.А.* Некоторые особенности стрессовой реакции школьников при госпитализации // Психолого-педагогический поиск. 2022. № 2(62). С. 165−173. DOI 10.37724/RSU.2022.62.2.018

45. *Данилова Е.Е.* Методика изучения фрустрационных реакций у детей // Иностранная психология. 1996. № 6. С. 69−81.

46. *Дюкова Г.М.* Расстройства адаптации в медицинской практике: диагностика и терапия // Эффективная фармакотерапия. 2010. № 16. С. 6−11.

47. *Журавлев А.Л.* Принцип развития в современной психологии / Под. ред. А. Л. Журавлев, Е. А. Сергиенко. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2015. 479 с. (Методология, теория и история психологии).

48. *Замышляева Ю.П., Куртанова Ю.Е.* Влияние детско-родительских отношений на эмоциональное состояние детей с онкологическими заболеваниями, находящихся на длительном лечении // Клиническая и специальная психология. 2024. Т. 13, № 3. С. 123−140. DOI 10.17759/cpse.2024130306

49. *Захаров А.И.* Дневные и ночные страхи у детей. СПб,: Речь, 2007. 320 с.

50. *Захарова Е.В.* Модель психосоциального сопровождения больных туберкулезом: дисс. … д-ра психол. наук. Самара, 2020. 392 с.

51. *Захарова И.Н, Ершова И.Б., Творогова Т.М., Глушко Ю.Г.* Стресс у детей и подростков – проблема сегодняшнего дня // Медицинский совет. 2021. № 1. С. 237–246.

52. *Захарова Е.В.* Психосоциальная характеристика детей и подростков с туберкулезной инфекцией (обзор исследований) // Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта. 2020 (а). № 8(186). С. 371−377. DOI 10.34835/issn.2308-1961.2020.8.p371-377

53. *Земляных М.В., Тихая А.В., Соколова Л.А.* Социально-психологическое сопровождение детей, проходящих длительное лечение от туберкулеза в стационарных условиях медицинских учреждений // Социальное обслуживание семей и детей: научно-методический сборник. 2022. № 21. С. 80−94.

54. *Золотова Н.В., Ахтямова А.А., Стрельцов В.В., Баранова Г.В.* Туберкулез органов дыхания у детей и подростков: изучение патогенетически значимых психологических механизмов // Сибирский психологический журнал. 2015. № 57. С. 129−140. DOI 10.17223/17267080/57/9

55. *Золотова Н.В., Ахтямова А.А.* Различные аспекты внутренней картины болезни у подростков, больных туберкулезом органов дыхания // Вестник Центрального научно-исследовательского института туберкулеза. 2020. № 2. С. 68−73. DOI: 10.7868/S2587667820020089

56. *Золотова Н.В.* Психологические Характеристики больных туберкулезом органов дыхания детей на различных этапах противотуберкулезной химиотерапии // Социальные и гуманитарные науки: теория и практика. 2018. № 1(2). С. 786−798.

57. *Золотова Н.В., Ахтямова А.А., Овсянкина Е.С., Петракова И.Ю., Хитева А.Ю.* Социальный портрет семей детей и подростков, больных туберкулезом органов дыхания / / Туберкулёз и болезни лёгких. 2018. Т. 96, № 10. С. 23−29. DOI: 10.21292/ 2075-1230-2018-96-10-23-29

58. *Исаева Е.Р.* Психологические адаптационные ресурсы личности в условиях здоровья и болезни // Медицинская психология в России. 2015. № 1(30). С. 8.

59. *Исаев Д.Н.* Эмоциональный стресс, психосоматические и соматопсихические расстройства у детей. СПб.: Речь, 2005. 400 с.

60. *Кадыров Р.В.* Посттравматическое стрессовое расстройство (PTSD): состояние проблемы, психодиагностика и психологическая помощь: учебное пособие. СПб.: Речь, 2012. 448 с.

61. *Казакова Е.В., Соколова Л.В.* Сравнительный анализ эмоционального здоровья первоклассников при разных стилях семейного воспитания // Российский психологический журнал. 2021. Т. 18, № 4. С. 18−29. DOI 10.21702/rpj.2021.4.2

62. *Камаева Н.Г., Чугаев Ю.П., Демакова Д.Д., Нагаева Е.Р.* Социальные и медицинские характеристики семей, в которых дети заболели туберкулезом // Вестник Центрального научно-исследовательского института туберкулеза. 2024. №1. С. 12−18. DOI 10.57014/2587-6678-2024-0-1-12-18

63. *Калинина Н.В.* Трудные жизненные ситуации с позиции современных школьников: содержание и преодоление // Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия: Акмеология образования. Психология развития. 2013. Т. 2, № 3. С. 245−250.

64. *Касьяник П.М., Галимзянова М.В., Романова Е. В., Фаррелл Д.М.* Взаимосвязь стилей воспитания и ранних дезадаптивных схем // Прикладная юридическая психология. 2017. № 3(40). С. 83−93.

65. Клиническая психология: учебник / Д.В. Воронцов [и др.]; под общ. Ред. Е.Г. Шевыревой. – Ростов н/Д: Феникс, 2016. 54 с. (Высшее образование).

66. *Ковалева Н. А., Журавлева В. А., Розумейко Л.А., Ушакова Л.П.* Особенности адаптации детей дошкольного и школьного возраста в рамках их пребывания в больничном учреждении (на примере Детского клинического центра медицинской реабилитации) // Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России. 2020. № 1(38). С. 5.

67. *Ковалев В.В.* Психиатрия детского возраста: руководство для врачей. Изд. 2-е, перераб. И доп. М.: Медицина, 1995. 560 с.

68. *Коломиец И.Л.* Эмоциональные и поведенческие характеристики больных сахарным диабетом детей и их матерей: специальность 19.00.04 «Медицинская психология»: диссертация на соискание ученой степени кандидата психологических наук / Коломиец Ирина Леонидовна. Санкт-Петербург, 2013. 199 с.

69. *Константинова Н.И.* Формирование самооценки в младшем школьном возрасте // Наука 21 века: вопросы, гипотезы, ответы. 2015. № 6(15). С. 98−103.

70. *Коробова М.В.* Особенности личностных реакций младших школьников с нарушениями моторного развития при переживании фрустрации в типичной сложной жизненной ситуации // Мир науки. Педагогика и психология. 2022. Т. 10. № 2. URL: https://mir-nauki.com/PDF/12PSMN222.pdf

71. *Королева А.П.* Психологические защиты у младших школьников с различным социометрическим статусом: автореф. Дис. … канд. психол. наук: 19.00.01, 19.00.13 / Королева Алина Петровна. М, 2007. 23 с.

72. *Котова С.А., Колесников П.Н.* Проблемы социального развития детей в дошкольном возрасте и особенности их реакции на фрустрацию // Психология образования в поликультурном пространстве. 2011. Т. 1, № 13. С. 67−76. DOI: 10.34670/AR.2020.13.48.012

73. *Кошуба М.А., Мальчевский В.А., Петров С.А.* Влияние дофамина на адаптацию к учебному процессу младших школьников // Таврический медико-биологический вестник. 2020. Т. 23, № 4. С. 33−37. Doi 10.37279/2070-8092-2020-23-4-33-37

74. *Крайг Г., Бокум Д.* Психология развития. 9-е изд. СПб.: Питер, 2005. 940 с.

75. *Куимова Н.Н., Мартынова Н.А.* Особенности становления психологических защит у детей младшего школьного возраста с разным уровнем тревожности // Нижегородский психологический альманах. 2021. № 2. С. 11−24.

76. *Кулагина И.Ю., Колюцкий В.Н.* Возрастная психология: Полный жизненный цикл развития человека. Учебное пособие для студентов высших учебных заведений. 2-е изд. М.: ТЦ Сфера, 2009. 464 с.

77. Куртанова Ю.Е., Щербакова А.М., Хохлова А.Ю., Белозерская О.В., Щербаков А.П., Васильева Е.А., Мамина К.Л. Психологическое сопровождение детей, находящихся на длительном лечении в условиях изоляции // Психолого-педагогические исследования. 2020. Т.12, №3. С. 45−60. DOI 10.17759/pse.2020250303

78. *Куфтяк Е.В., Черноградский Е.А., Лебедев А.П.* Психологические защиты и копинг-поведение детей в аспекте психологического здоровья // Актуальные проблемы психологического здоровья: теория и практика: Материалы международной научно-практической конференции, Псков, 14–16 апреля 2016 года. Псков: Псковский государственный университет, 2016. С. 52−56.

79. *Куфтяк Е.В., Тихонова И.В.* Психическое здоровье младших школьников: роль индивидуальных особенностей // Мир науки. Педагогика и психология. 2019. Т. 7, № 1. С. 69.

80. *Лавринович И.В.* Роль парентификации в формировании идентичности личности и межличностных отношений // Вестник науки. 2025. Т. 3, № 1(82). С. 899−910.

81. *Лангмейер Й., Матейчек З.* Психическая депривация в детском возрасте / Пер. с чеш. Г.А. Овсянникова. М.: Издательская группа «Альма Матер», Гаудеамус, 2022. 350 с.

82. *Лето И.В., Варшал А.В., Петренко Е.Н., Слободская Е.Р.* Субъективное благополучие детей младшего школьного возраста: значение семейных факторов // Психологический журнал. 2019. Т. 40, № 6. С. 18−30. DOI 10.31857/S020595920007311-8

83. *Лешин В.В.* Психология школьников с соматическими заболеваниями // Коррекционная педагогика. Теория и практика. 2013. № 2. С. 25.

84. *Лисина М.И.* Формирование личности ребенка в общении. СПб.: Питер; 2009 – 318 с. (Мастера психологии).

85. *Лифинцева А.А., Деркач Т.Д., Штолде Н.* Феномен неопределенности как субъективный опыт пациента в ситуации болезни [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2018. Т. 7. № 1. С. 1–12. Doi:10.17759/psyclin.2018070101

86. *Лубовский Д.В.* О применении теста фрустрации Розенцвейга в школьной психодиагностике /Д. В. Лубовский // Вопросы психологии. 1990. № 3. С. 151−155.

87. *Львова Е.Н., Шлягина Е.И., Гусев А.Н.* Применение теста рисуночной фрустрации С. Розенцвейга в исследовании особенностей совладания в ситуации неопределенности // Национальный психологический журнал. 2016. № 1(21). С. 19−27.

88. *Луз К., Грааф П., Зарбок Г., Холт Р.* Схема-терапия для детей и подростков. СПб.: Диалектика; 2021. 544 с.

89. *Лукашова Е.Н., Игишева Л.И., Копылова И.Ф.* Психологические особенности больных туберкулезом подростков // Проблемы туберкулеза. 2002. Т. 79, № 1. С. 39−41.

90. *Мамайчук И.И., Тысячнюк А.С.* Особенности психической адаптации депривированных подростков и основные направления психологической коррекции // Вестник Ленинградского государственного университета им. А.С. Пушкина. 2012. Т. 5, № 4. С. 90−103.

91. *Мартусова Е.В.* Психологический портрет детей младшего школьного возраста с различными проявлениями туберкулезной инфекции // Туберкулез и социально-значимые заболевания. 2017. № 3. С. 56−60.

92. *Мартусова Е.В.* Индивидуально-психологические особенности детей младшего школьного возраста с различными проявлениями туберкулезной инфекции // Клиническая и специальная психология. 2016. Т. 5, № 3. С. 78−94. DOI 10.17759/cpse.2016050306

93. *Медведева И.А., Ванина Е.В.* Изучение фрустрационных реакций учащихся разных возрастных групп // Сборники конференций НИЦ Социосфера. 2015. № 34. С. 55−60.

94. *Миленин В.В.* психосоматические нарушения в детском возрасте после госпитализации // Анестезиология и реаниматология. 2012. Т. 1. С. 69−74.

95. *Микулинджер М., Шейвер Ф.Р.* Привязанность у взрослых: структура, динамика и изменения. : Пер. с англ. – СПб.: ООО «Диалектика», 2023. 816 с.

96. *Михайлова Н.Ф., Смирнова А.В.* Формирование совладающего поведения у детей // Российский психологический журнал. 2006. Т. 3, № 3. С. 38−51.

97. *Мордык А.В., Плеханова М.А.* Медико-социальная и психологическая характеристика детей с впервые выявленным туберкулезом, поступивших в специализированный стационар // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра Сибирского отделения Российской академии медицинских наук. 2011. № 2(78). С. 67−70.

98. *Мороз Т.С., Разина Н.В.* Особенности развития жизнеспособности детей дошкольного возраста в ситуации неопределенности // Мир науки. Педагогика и психология. 2022. Т. 10, № 1. URL: https://mir-nauki.com/PDF/22PSMN122.pdf

99. *Моросанова В.И., Фомина Т.Г., Бондаренко И.Н., Потанина А.М*. Осознанная саморегуляция как метаресурс достижения учебных целей и поддержания школьной вовлеченности // Национальный психологический журнал. 2026. Т. 21, № 1. С. 133−145. DOI 10.11621/npj.2026.0111

100. *Наркевич А.Н., Виноградов К.А., Гржибовский А.М.* Множественные сравнения в биомедицинских исследованиях: проблема и способы решения //

Экология человека. 2020. №10. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/mnozhestvennye-sravneniya-v-biomeditsinskih-issledovaniyah-problema-i-sposoby-resheniya (дата обращения: 31.07.2026).

101. *Небылицын В.Д.* Темперамент. // Проблемы психологии индивидуальности: Избр. психол. тр. / В.Д. Небылицын; Под ред. А.В. Брушлинского и Т.Н. Ушаковой. Москва: Моск. психол.-соц. ин-т; Воронеж: НПО "МОДЭК", 2000. 682 с. (Психологи Отечества: Избр. психол. тр. / В 70-ти т.; Акад. пед. и соц. наук. Моск. психол.-соц. ин-т).

102. *Никольская И.М., Грановская Р.М.* Психологическая защита у детей. СПб.: Речь, 2010. 352 с.

103. *Нуллер Ю.Л.* Депрессия и деперсонализация. Л., 1981. 208 с.

104. *Нуркова В.В.* Самоопределяющие нарративы в развитии личности // Психологическая наука и образование. 2014. Т. 19, № 4. С. 22−30.

105. *Ослон В.Н.* Репрезентации родителей и себя в картине мира ребенка-сироты // Психологическая наука и образование www.psyedu.ru. 2012. № 4. С. 70−80.

106. *Падун М.А., Котельникова А.В.* Психическая травма и картина мира: теория, эмпирия, практика. М.; 2012. 284 с.

107. *Польская Н.А.* Неблагоприятный детский опыт и подростковое суицидальное поведение: данные зарубежных систематических обзоров и метаанализов / Н. А. Польская // 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. 179−184.

108. *Прихожан А.М.* Психология тревожности: дошкольный и школьный возраст. СПб.: Питер, 2009. 119 с.

109. *Прихожан А.М.* Изучение тревожности как переживания в контексте культурно-исторической концепции // Вестник РГГУ. Серия: Психология. Педагогика. Образование. 2006. № 1. С. 99−115.

110. *Прохоров А.О.* Методики диагностики и измерения психических состояний личности. М.: ПЕР СЭ; СПб.: Речь, 2004. 176 с.

111. *Прохоров А.О.* Психология состояний: учебное пособие / Прохоров А. О., Юсупов М. Г., Чернов А. В. [и др.]; под редакцией А. О. Прохорова. – 2-е изд., испр. и доп. Москва: Когито-Центр, 2023. 551 с.

112. Психологическое сопровождение детей, находящихся на длительном лечении: методические рекомендации / Под ред. А.А. Марголиса, Ю.Е. Куртановой. М.: ФГБОУ ВО МГППУ, 2024. 133 с Москва: Московский государственный психолого-педагогический университет, 2024. 133 с.

113. Психология детей младшего школьного возраста: Учебник и практикум / А. С. Обухов, М. Н. Швецова, Н. М. Мякишева [и др.]. 1-е изд. Москва: Издательство Юрайт, 2020. 583 с. (Высшее образование).

114. *Рассказова Ю.В.* Оценка реакции фрустрации у детей и подростков с ожирением / Ю. В. Рассказова, Т. А. Манюшкина, А. А. Савельева // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2021. Т. 11, № 12. С. 278.

115. *Реан А.А., Симаева И.Н.* Превентивная адаптивность как новообразование личности // Российский психологический журнал. 2006. Т. 3, № 2. С. 22−34.

116. *Романова Е.С., Гребенников Л.Р.* Механизмы психологической защиты. Генезис. Функционирование. Диагностика. Мытищи: Талант, 1996. 144 с.

117. *Рубинштейн С.Л.* Бытие и сознание. Санкт-Петербург: Питер, 2017. 287 с.

118. *Руднова Н.А., Корниенко Д.С., Сурилова И.У.* Проверка психометрических характеристик опросника «сильные стороны и трудности» на выборке матерей дошкольников и младших школьников // Национальный психологический журнал. 2026. Т. 21, № 3. С. 114−129. DOI 10.11621/npj.2026.0309

119. *Рыжов Д.М.* Развитие научных представлений о психологической защите и ее исследование у детей младшего школьного возраста // Педагогика и психологическое образование. 2013. № 1. С. 97−106.

120. *Семенков В.Е.* Болезнь как соматический и экзистенциальный феномены // Ученые записки Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы. 2019. Т. 32, № 2. С. 188−193.

121. *Сергиенко Е.А.* Истоки познания // Психологический журнал. 1996. Т. 17. № 4. С. 43–54.

122. *Сергиенко Е.А.* Когнитивная репрезентация в раннем онтогенезе человека // Ментальная репрезентация: динамика и структура. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 1998. С. 135–163.

123. *Сергиенко Е.А.* Об онтогенезе субъекта // Психология индивидуального и группового субъекта / Под ред. А. В. Брушлинского, М. И. Воловиковой. М.: Пер Сэ, 2002. С. 270–309.

124. *Сергиенко Е.А.* Контроль поведения: индивидуальные ресурсы субъектной регуляции / Е. А. Сергиенко // Психологические исследования. 2009. № 5(7). С. 1.

125. *Сигел Д.* Развивающийся разум: как отношения и мозг создают нас такими, какие мы есть. – СПб.: Питер, 2025. 736 с.

126. *Симаева И.Н.* Психология адаптации субъекта к изменениям жизнедеятельности. Калининград: Балтийский федеральный университет имени Иммануила Канта, 2005. 322 с.

127. *Симаева И.Н.* Психология адаптации личности к изменениям жизнедеятельности: специальность 19.00.01 «Общая психология, психология личности, история психологии»: автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора психологических наук. Санкт-Петербург, 2006. 42 с.

128. *Симсон Т.П., Модель М.М., Гальперин Л.И.* Психоневрология детского возраста. М.; Л.: Биомедгиз, 1935. 372 с.

129. *Сирота Н.А., Фетисов Б.А.* Феномен неопределенности при соматических заболеваниях // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. 2024. Т. 12, № 1(44). С. 69−83. DOI 10.23888/humJ202412169-83

130. *Сокольская О.Ю.* Изменение психоэмоционального состояния детей в процессе диспансерного наблюдения у детского стоматолога // Стоматология детского возраста и профилактика. 2014. Т. 13, № 2(49). С. 27−31.

131. *Спирина Е.Н., Бишарова Г.И.* Психологический статус детей с гематологическими и онкологическими заболеваниями // Вопросы гематологии/онкологии и иммунопатологии в педиатрии. 2014. Т. 13, № 2. С. 46−48.

132. *Степанова Т.Р.* Ведущие механизмы психологических защит у детей младшего школьного возраста // Психологическая студия: Сборник статей

лицеистов, студентов, магистрантов, аспирантов, молодых исследователей кафедры психологии ВГУ имени П.М. Машерова. Витебск: Витебский государственный университет им. П.М. Машерова, 2025. С. 133−135.

133. *Субботина Л.Ю.* Психология защитного поведения: моногр. / Л. Ю. Субботина. Ярославль: ЯрГУ, 2006. 220 с.

134. *Тарабрина Н.В.* Экспериментально-психологическая методика изучения фрустрационных реакций: Методические рекомендации / Н. В. Тарабрина. Л.: Изд-во НИПИ им. В.М. Бехтерева, 1984. 24 с.

135. *Тарабрина Н.В.* Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб: Питер, 2001. 272 с: ил. (Серия «Практикум по психологии»).

136. *Тарабрина Н.В.* Методика изучения фрустрационных реакций // Иностранная психология, 1994. №2.

137. *Тарабрина Н.В., Харламенкова Н. Е., Падун М. А., Хажуев И. С., Казымова Н. Н., Быховец Ю.В., Дан М.В.* Интенсивный стресс в контексте психологической безопасности / Под общ. ред. Н. Е. Харламенковой. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2017. 344 с.

138. *Тимофеев В.И., Филимоненко Ю.И.* Цветовой тест. Диагностика эмоционального состояния и прогноз стрессоустойчивости. 4-е изд. СПб.: ИМАТОН; 2023.

139. Туберкулез органов дыхания у детей и подростков: руководство для врачей /под ред. А.Э. Эргешова, Е.С. Овсянкиной, М.Ф. Губкиной. М.: ООО «Мирея и Ко», 2019. 524 с.

140. Туберкулез у детей. Клинические рекомендации. Минздрав РФ. 2024. [Электронный ресурс] URL: https://rktb-ur.gosuslugi.ru/netcat_files/35/68/Klinicheskie_rekomendatsii_Tuberkulez_u_detey_2024.pdf (доступен на 28.09.2026).

141. *Уланова А.Ю.* ГЛАВА VI. Коммуникативная среда как фактор развития модели психического / А. Ю. Уланова // Онто- и субъектогенез психического развития человека. Москва: Институт психологии РАН, 2022. С. 153−166.

142. *Ульянина О.А., Сорокова М.Г., Федонкина А.А., Радчикова Н.П., Хайрова З.Р.* Модификация опросника «сильные стороны и трудности» (ССТ) Р. Гудмана для подростков // Психология. Журнал Высшей школы экономики, 2025.том 22, № 2, С. 288−315.

143. *Фатуллаева А.Т.* Самооценка как основа личностного становления младшего школьника // Среднее профессиональное образование. 2009. № 6. С. 69−70.

144. *Федоренко А.Л., Писаревская М.А.* Тревожность детей младшего школьного возраста и особенности детско-родительских отношений // Наука и знание: конкурентоспособность общества, науки и бизнеса в условиях мировых интеграционных процессов: Материалы международной научно-практической конференции, Новороссийск, 13–14 апреля 2017 года / Под общей редакцией В.В. Пономарева, Т.А. Куткович. Новороссийск: Московский гуманитарно-экономический институт Новороссийский филиал, 2017. С. 182−184.

145. *Фокина М.В.* Особенности интерпретации жизненных ситуаций детьми с разным уровнем тревожности: специальность 19.00.13 «Психология развития, акмеология»: диссертация на соискание ученой степени кандидата психологических наук / Фокина Мария Владимировна. Москва, 2009. 222 с.

146. *Форд Дж.Д., Куртуа К.А.* Терапия комплексных посттравматических стрессовых расстройств у взрослых. Научные основы и терапевтические модели: Пер. с англ. СПб.: ООО «Диалектика», 2022. 976 с.: ил. Парал. тит. англ.

147. *Фресвейк М., Броерсен Дж., Надорт М.* Руководство по схематерапии: теория, исследования и практика. М.: Научный мир. 2022. 744 с.

148. *Хаин А.Е.* Индивидуальные и семейные факторы психологической адаптации подростков с онкогематологическими заболеваниями к лечению методом трансплантации гемопоэтических стволовых клеток // Консультативная психология и психотерапия. 2017. Том 25. № 2. С. 94–114.

149. *Харламенкова Н.Е.* Особенности взаимосвязи стресса и беспомощности в подростковом возрасте. Теоретическая и экспериментальная психология, 2025. 18(3), С. 27–42.

150. *Харламенкова Н.Е.* Онто- и субъектогенез психического развития человека / Под ред. Н. Е. Харламенковой, В. В. Знакова, Е. А. Сергиенко, Н. Н. Казымовой. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2022. 430 с.

151. *Харламенкова Н.Е., Никитина Д.А., Шаталова Н.Е., Дымова Е.Н.* Психологические последствия переживания стресса в детском возрасте – феномены «оставленности» и «вовлеченности» // Клиническая и специальная психология. 2022. Т. 11, № 3. С. 71−96.

152. *Харламенкова Н.Е., Еськин Н.А., Акиньшина А.Д., Батраков С.Ю., Виленская Г.А., Дан И.М., Дан М.В., Матвейчук Н.Н., Никитина Е.А., Снетков А.И.* Анестезия в детской и подростковой хирургической ортопедии: медицинские и психологические аспекты // Психологический журнал. 2021. Т. 42, № 3. С. 75−86. DOI 10.31857/S020595920015209-5

153. *Хломов К.Д., Бочавер А.А. Корнеев А.А.* Копинг-стратегии и образовательная среда подростков // Социальная психология и общество. 2020. Том 11. № 2. С. 180−199. DOI: https://doi.org/10.17759/sps.2020110211

154. *Хорни К.* Невротическая личность нашего времени. Новые пути в психоанализе. СПб.: Питер, 2016. 304 с.

155. Цыганок И.И. Цветовая психодиагностика. Модификация полного клинического теста Люшера. СПб.: Речь, 2007. 262 с.

156. *Чернявская В.С.* Тревожность дошкольников и стили родительского воспитания / В. С. Чернявская, И. И. Обидион // Мир науки, культуры, образования. 2015. № 3(52). С. 272−274.

157. *Чубурова М.А.* Длительная госпитализация как актуальная медико-социальная проблема (на примере детей с заболеваниями костно-мышечного аппарата) // Актуальные вопросы экспериментальной и клинической медицины-2024: сборник тезисов LXXXV научно-практической конференции с международным участием, Санкт-Петербург, 01–28 апреля 2024 года. Санкт-Петербург: Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. Академика И.П. Павлова, 2024. С. 350.

158. *Шац И.К.* Больной ребенок и его семья: формы и возможности психологической помощи: учебное пособие / СПб: СпецЛит, 2016. 303 с.

159. *Швецов М.Е., Елькин И.О.* Безопасность анестезиологической защиты на основе клинико-психологических характеристик личности // Медицинская наука и образование Урала. 2015. Т. 16, № 4(84). С. 94−97.

160. Шельшакова Н.Н. Психолого-педагогическое сопровождение детей дошкольного возраста, находящихся на лечении в условиях госпитализации // Общество: социология, психология, педагогика. 2019. № 10(66). С. 107−110. DOI 10.24158/spp.2019.10.15

161. *Широкова Е.В., Авраменко Н.Н.* Особенности совладающего поведения младших школьников // Вестник Калужского университета. Серия 1. Психологические науки. Педагогические науки. 2020. Т. 3, № 1(6). С. 35−48.

162. *Щербакова А.М.* Психолого-педагогические проблемы тяжело болеющих детей, находящихся в условиях длительной госпитализации // Реабилитация, абилитация и социализация: междисциплинарный подход. Москва: Издательство «Перо», 2016. С. 304−317.

163. *Янг Дж., Клоско Дж., Вайсхаар М.* Схема-терапия. Практ. Руководство: пер. С англ. СПб. ООО «Диалектика», 2020. 464 с.

164. *Ясюкова Л.А.* Фрустрационный тест Розенцвейга. Диагностика реакций в ситуациях конфликта: методическое руководство / издание 7-е, исправленное и дополненное. – СПб.: ИМАТОН, 2021. 128 с.

165. *Abramson L.Y., Metalsky G.I., Alloy L.B.* Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression // Psychological Review. 1989. Vol. 96, P. 358–372.

166. *Aron A., Aron E. N., Norman C.* Self-expansion model of motivation and cognition in close relationships and beyond. In G. J. O. Fletcher & M. S. Clark (Eds.), Blackwell handbook of social psychology: Interpersonal processes. 2001. Malden, MA: Blackwell Publishers. P. 478–501.

167. *Ahrnberg H, Lindblom J, Kaltiala R, Karukivi M.* Early maladaptive schemas, depression and anxiety in adolescent psychiatric out-patients // Behav. Cogn. Psychother. 2025. Vol. 53(2). P. 206−210. DOI: 10.1017/S1352465824000432

168. *Ainsworth M.D.S.* Attachment and other affectional bonds across the life cycle. In C.M. Parkes, J. Stevenson-Hinde, P. Marris (Eds.), Attachment across the life cycle. 1991. New York: Routledge. P. 33–51.

169. *Alloy L.B., Kelly K.A., Mineka S., Clements C.M.* Comorbidity of anxiety and depressive disorders: A helplessness-hopelessness perspective. In J. D. Maser & C. R. Cloninger (Eds.), Comarbidity of mood and anxiety disorders. 1990. Washington, DC: American Psychiatric Press. P. 499−543.

170. *Alloy L.B., Wagner C.A., Black S.K., Gerstein R.K., Abramson L.Y.* The breakdown of self-enhancing and self-protecting cognitive biases in depression. In M.D. Alicke, C. Sedikides (Eds.), Handbook of self-enhancement and self-protection New York: Guilford Press. 2010. P. 358–379.

171. *Atkinson L., Goldberg S.* Attachment issues in psychopathology and intervention/ edited by L. Atkinson, S. Goldberg. London: Lawrence Erlbaum Associates, Inc., Publishers, 2004. 289 p.

172. *Baldwin M.W., Fehr B., Keedian E., Seidel M., Thomson D.W.* An exploration of the relational schemata underlying attachment styles: Self-report and lexical decision approaches // Personality and Social Psychology Bulletin. 1993. Vol. 19. P. 746−754.

173. *Barlow D.H., Chorpita B.R, Turovsky J.* Fear, panic, anxiety, and the disorders of emotion. In D. A. Hope (Ed.), Nebraska Symposium on Motivation: Perspectives on anxiety, panic, and fear. 1996. Vol. 43, P. 251 328. Lincoln: University of Nebraska Press

174. *Belsky J., Spritz B., Crnic K.* Infant attachment security and affective-cognitive information processing at age 3 // Psychological Science. 1996. Vol. 7. P.111–114.

175. *Ben Ari A., Margalit D., Udassin R., Benarroch F.* Traumatic Stress among School-Aged Pediatric Surgery Patients and Their Parents // Eur. J. Pediatr Surg. 2018. Vol. 29(5). P. 437−442. DOI: 10.1055/s-0038-1660449

176. *Berman I.S., Petretric P., Bridges A.J.* Beyond child maltreatment: The incremental value of household dysfunction in the prediction of negative beliefs and internalizing symptoms in women // J. Am. Coll. Health. 2021. Vol. 69(5). P. 537−545. DOI: 10.1080/07448481.2019.1687483

177. *Berthelsen D., Hayes N., White S.L.J., Williams K.E.* Executive Function in Adolescence: Associations with Child and Family Risk Factors and Self-Regulation in Early Childhood. Frontiers in Psychology. 2017. Vol. 8. DOI:10.3389/fpsyg.2017.00903

178. *Bonn M.* The effects of hospitalized on on children: a review // Curationis. 1994. Vol. 17(2). P. 20−24. DOI: 10.4102/curationis.v17i2.1384

179. *Borchet J., Lewandowska-Walter A., Połomski P., Pepli´nska A., Hooper L.M.* We are in this Together: Retrospective Parentification, Sibling Relationships, and Self-Esteem // J. Child Fam. Stud. 2020. Vol. 29. P. 2982–2991.

180. *Bosmans G., Braet C., Van Vlierberghe L.* Attachment and symptoms of psychopathology: early maladaptive schemas as a cognitive link? // Clin. Psychol. Psychother. 2010. Vol. 17(5). P. 374−385.

181. *Bosmans G., De Raedt R., Braet C*. The invisible bonds: does the secure base script of attachment influence children's attention toward their mother? // J. Clin. Child Adolesc. Psychol. 2007. Vol. 36(4). P. 557−567. DOI: 10.1080/15374410701662717

182. *Bossert E.* Factors influencing the coping of hospitalized school-age children // J. Pediatr. Nurs. 1994. Vol. 9(5). Vol. 299−306.

183. *Bowlby J*. Creating and Breaking Emotional Bonds: A Practical Psychologist's Guide. Moscow, Kanon+ Publ. ROOI «Reabilitacija». 2022. 272 p.

184. *Bowlby J.* Separation anxiety. International Journal of Psycho Analysis. Vol. 41. P. 89–113. 1960 (a).

185. *Bowlby J.* Grief and mourning in infancy and early childhood. Psychoanalytic Study of the Child. Vol. 15. P. 9–52. 1960 (b).

186. *Bowlby J.* Attachment and loss: Vol. 2. Separation: Anxiety and anger. New York: Basic Books. 1973. 444 p.

187. *Bowlby J.* The making and breaking of affectional bonds. London: Tavistock. 1979. P. 201−210.

188. *Bowlby J.* Attachment and loss: Vol. 3. Sadness and depression. New York: Basic Books. 1980. 472 p.

189. *Bowlby J.* Attachment and loss: Vol. 1. Attachment (2nd ed.). New York: Basic Books. (Original work published 1969). 1982. 355 p.

190. *Bowlby J.* A secure base: Clinical applications of attachment theory. London: Routledge. 1988. 180 p.

191. *Bretherton I., Munholland, K.A.* Internal working models in attachment relationships: A construct revisited. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications. P. 89–111. New York: Guilford Press. 1999.

192. *Bretherton I., Ridgeway D., Cassidy J.* Assessing internal working models of the attachment relationship: An attachment story completion task for 3-year-olds. In M. T. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings (Eds.), Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention P. 273–308. Chicago: University of Chicago Press. 1990.

193. *Bretherton I.* From dialogue to internal working models: The co-construction of self in relationships. In C. A. Nelson (Ed.), Minnesota Symposium on Child Psychology: Vol. 26. Memory and affect in development. P. 237–263. Hillsdale, NJ: Erlbaum. 1993.

194. *Breuer J., Freud S.* Studien über Hysterie. 1985. 430 p.

195. *Bruysters N.Y.F., Pilkington P.D.* Overprotective parenting experiences and early maladaptive schemas in adolescence and adulthood: A systematic review and meta-analysis // Clin. Psychol. Psychother. 2023. Vol. 30(1). P. 10−23. DOI: 10.1002/cpp.2776

196. *Calvete E., Orue I., Hankin B.L.* Early maladaptive schemas and social anxiety in adolescents: The mediating role of anxious automatic thoughts // J. Anxiety Disord. 2013. Vol. 27. P. 278–288. DOI: 10.1016/j.janxdis.2013.02.011

197. *Campbell C.L., Wamser-Nanney R., Sager J.C.* Children's coping and perceptions of coping efficacy after sexual abuse: Links to trauma symptoms // Journal of Interpersonal Violence. 2021. Vol. 36. No. 19–20, P. 9077–9099.

198. *Carbonneau R., Vitaro F., Brendgen M., Boivin M., Tremblay R.E.* Association between developmental patterns of single and concurrent externalizing behaviors and internalizing problems over the preschool years // Dev. Psychol. 2024. Vol. 60(8). P. 1511−1523. DOI: 10.1037/dev0001779

199. *Cassidy J.* Child–mother attachment and the self in six-year-olds // Child Development. Vol. 59. P. 121–134. 1988.

200. *Cassidy J.* The nature of the child's ties. In J. Cassidy, P.R. Shaver (Eds.), Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications (2nd ed.). P. 3–22. New York: Guilford Press. 2008.

201. *Cassidy J., Kobak R.R.* Avoidance and its relationship with other defensive processes. In J. Belsky, T. Nezworski (Eds.), Clinical implications of attachment. P. 300–323. Hillsdale, NJ: Erlbaum. 1988.

202. Cassidy J., Ziv Y., Mehta T.G., Feeney B.C. Feedback seeking in children and adolescents: Associations with self-perceptions, attachment representations, and depression // Child Development. 2003. Vol. 74. P. 612–628.

203. *Chae Y., Goodman G.S., Larson R.P., Augusti E.M., Alley D., Van Meenen K.M., Culver M., Coulter K.P.* Children's memory and suggestibility about a distressing event: The role of children's and parents' attachment. Journal of Experimental Child Psychologyet al. Children's memory and suggestibility about a distressing event: The role of children's and parents' attachment // Journal of Experimental Child Psychology. 2014. Vol. 123. P. 90–111.

204. *Chiș A., Oltean L.E., Bîlc M., Vulturar R., Șoflău R., David D., Szentágotai-Tătar A., Miu A.C.* Gene-Environment Interactions in Irrational Beliefs: The Roles of Childhood Adversity and Multiple Candidate Genes // Int. J. Mol. Sci. 2024. Vol. 25(8). Art. 4206. DOI: 10.3390/ijms25084206

205. *Clark D.A., Beck A.T, Alford B.A.* Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression. Chichester: John Wiley & Sons, Inc. 1999.

206. *Claridge A.M., J. Powell O.* Children's experiences of stress and coping during hospitalization: A mixed-methods examination // J. Child Health Care. 2023. Vol. 27(4). P. 531−546. DOI: 10.1177/13674935221078060

207. *Chorpita B.F., Barlow D.H.* The development of anxiety: the role of control in the early environment // Psychol Bull. 1998. Vol. 124(1). P. 3−21. DOI: 10.1037/0033-2909.124.1.3

208. *Chorpita B.F., Albano A.M., Barlow D.H.* The structure of negative emotions in a clinical sample of children and adolescents // Journal of Abnormal Psychology. 1998. Vol. 107, P. 74−85.

209. *Chorpita B.F., Brown T.A., Barlow D.H.* Perceived Control as a Mediator of Family Environment in Etiological Models of Childhood Anxiety – Republished Article // Behav. Ther. 2016. Vol. 47(5). P. 622−632. DOI: 10.1016/j.beth.2016.08.008

210. *Cohen-Salmon D.* Répercussions psychocomportementales en périopératoire chez l'enfant [Perioperative psychobehavioural changes in children] // Ann Fr. Anesth. Reanim. 2010. Vol. 29(4). P. 289−300. French. DOI: 10.1016/j.annfar.2010.01.020

211. *Cohen S.* Stress, social support, and disorder // H.O. Veiel, U. Baumann (Eds.). The meaning and measurement of social support. Washington DS: Hemisphere. 1992. P. 109−326. Schneewind, K. A. 1995. Impact of family processes on control beliefs. In A. Bandura (Ed.), Self-efficacy in changing societies. P. 114−148. New York: Cambridge University Press.

212. *Collins N.L., Read S.J.* Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples // Journal of Personality and Social Psychology. 1990. Vol. 58. P. 644–663.

213. *Collins N.L., Read S.J.* Cognitive representations of attachment: The structure and function of working models. In K. Bartholomew & D. Perlman (Eds.), Attachment processes inadulthood. 1994. P. 53–92. London: Jessica Kingsley.

214. *Colman R.A., Thompson R.A.* Attachment security and the problem-solving behaviors of mothers and children. Merrill–Palmer Quarterly. 2002. Vol. 48. P. 337–359.

215. *Contreras J.M., Kerns K.A., Weimer B.L., Gentzler A.L., Tomich P.L.* Emotion regulation as a mediator of associations between mother–child attachment and peer relationships in middle childhood // Journal of Family Psychology. 2000. Vol. 14. P. 111–124.

216. *Coubard O.A.* Attention is complex: causes and effects // Frontiers in Psychology. Vol. 6. 2015. P. 457–464. DOI:10.3389/fpsyg.2015.00246

217. *Cramer P.* Coping and defense mechanisms: What's the difference? // Journal of Personality. 1998. № 66. P. 919−946.

218. *Cramer P.* Development of Defense Mechanisms: Theory, Research and Assessment. N.Y., 1991. 338 p.

219. *Cremers A.L, de Laat M.M., Kapata N., Gerrets R., Klipstein-Grobusch K., Grobusch M.P.* Assessing the consequences of stigma for tuberculosis patients in urban Zambia // PloS One. 2015. Vol. 10(3). Art. 0119861. DOI: 10.1371/journal.pone.0119861

220. *Crittenden P.M.* Internal representational models of attachment relationships // Infant Mental Health Journal. 1990. Vol. 11. P. 259–277.

221. *Christofferson J.* Working with children and families experiencing medical traumatic stress: A resource guide for mental health professionals. 2015. Center for Pediatric Traumatic Stress. 19 p. URL: https://www.healthcaretoolbox.org/sites/default/files/images/TherapistResourceGuide.pdf (available on 07.09. 2026).

222. *Courtwright A., Turner A.N.* Tuberculosis and stigmatization: pathways and interventions // Public Health Rep. 2010. Vol. 125(4). P. 34−42. DOI: 10.1177/003335491012 50S407

223. *Dariotis J.K., Chen F.R., Park Y.R., Nowak M.K., French K.M., Codamon A.M.* Parentification Vulnerability, Reactivity, Resilience, and Thriving: A Mixed Methods Systematic Literature Review // Int. J. Environ ResPublic Health. 2023. Vol. 21. P. 20−33.

224. *Demetriou E.A., Boulton K.A., Bowden M.R., Guastella A.J.* Adjustment and homesickness in hospitalized children: A systematic review // Clin. Psychol. Rev. 2024. Vol. 110. Art. 102431. DOI: 10.1016/j.cpr.2024.102431

225. *Dong J., Liu T.* The application value of anticipatory nursing in pediatric fiberoptic bronchoscopy // Medicine (Baltimore). 2025. Vol. 104(28). Art. 43095.

226. *Doom J., Cicchetti D.* The Developmental Psychopathology of Stress Exposure in Childhood / In Harkness, K., & Hayden, E.P. (Eds.) The Oxford Handbook of Stress and Mental Health. Oxford University Press. 2018. P. 1359−1373.

227. *Doyle A.B., Markiewicz D., Brendgen M., Lieberman M., Voss K.* Child attachment security and self-concept: Associations with mother and father attachment style and marital quality // Merrill–Palmer Quarterly. 2000. Vol. 46. P. 514–539.

228. *Dreger V.A., Tremback T.F.* Management of preoperative anxiety in children // AORN J. 2006. Vol. 84(5). P. 778−780, 782-786, 788-790. DOI: 10.1016/s0001-2092(06)63965-3

229. *Ebrahimgol F., Khanjani M.S., Abdi K., Aarabi M.A., Latifian M.* Psychological Adjustment Measures for Chronic Illness: A Narrative Review // Iran J. Psychiatry. 2025. Vol. 20(2). Vol. 241−252. DOI: 10.18502/ijps.v20i2.18205

230. *Ellis A.* Reason and emotion in psychotherapy. NY: Carol Publishing Group, 1994.

231. *Emami H., Modarressi T., Najmi K., Radmand G., Monjazebi F., Tabarsi P., Richter J.* Psychological Symptoms Before and After a 14-Day Initial Inpatient Treatment in Tuberculosis Patients Compared with Their Primary Caregivers and Healthy Controls // Tanaffos. 2015. Vol. 14(3). P. 182−192.

232. *Epstein S.* Cognitive experiental self-theory // Handbook of personality: Theory and research / Ed. L. A. Pervin. NY: Guilford, 1990. P. 165–192.

233. *Fennell P.A.* Managing Chronic Illness: The Four Phase Approach. N.Y.: John Wiley and Sons Inc., 2003. 439 p.

234. *Fivush R.* The development of autobiographical memory // Annual Review of Psychology. 2011. Vol. 62. P. 559–582.

235. *Fonzo G.A., Ramsawh H.J., Flagan T.M., Simmons A.N., Sullivan S.G., Allard C.B., Paulus M.P., Stein M.B.* Early life stress and the anxious brain: evidence for a neural mechanism linking childhood emotional maltreatment to anxiety in adulthood. Psychological Medicine. 2015. Vol. 1(5). P. 1037−1054 DOI:10.1017/S0033291715002603

236. *Frank van der Horst, Lenny R., René van der Veer.* John Bowlby's critical evaluation of the work of René Spitz // History of Psychology. 2019. Vol. 22, P. 205–208. DOI: 10.1037/hop0000127b

237. *Freyberger H.* Psychology in the hospital // PSY. PSY. MED. 1999. Vol. 49 (7). P. 252–253.

238. *Fury G., Carlson E., Sroufe L.A.* Children's representations of attachment relationships in family drawings // Child Development. 1997. Vol. 68. P. 1154–1164.

239. *Geva R., Feldman R.* A neurobiological model for the effects of early brainstem functioning on the development of behavior and emotion regulation in infants: implications for prenatal and perinatal risk // J. Child Psychol. Psychiatry. 2008. Vol. 49(10). P. 1031−1041. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2008.01918.x

240. *Gibb B.E., Alloy L.B., Abramson L.Y., Rose D.T., Whitehouse W.G., Donovan P., Hogan M.E., Cronholm J., Tierney S.* History of childhood maltreatment, negative cognitive styles, and episodes of depression in adulthood // Cognitive Therapy and Research. 2001. Vol. 25. P. 425–446.

241. *Gilliom M., Shaw D.S., Beck J.E., Schonberg M.A., Lukon J.L.* Anger regulation in disadvantaged preschool boys: Strategies, antecedents, and the development of self-control // Developmental Psychology. 2002. Vol. 38, P. 222–235.

242. Global Tuberculosis Report 2024. URL: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/379339/9789240101531-eng.pdf?sequence=1 (дата обращения: 07.09.2026).

243. *Goodman R., Slobodskaya H., Knyazev G.* Russian child mental health: a crosssectional study of prevalence and risk factors // European Child & Adolescent Psychiatry. 2005. Vol. 14(1). P. 28−33. DOI: 10.1007/s00787-005-0420-8

244. *Gray C.E., McIntyre K.P., Mattingly B.A., Lewandowski G.W.* Self-concept Change at Work: Characteristics and Consequences of Workplace Self-expansion. In: Mattingly, B.A., McIntyre, K.P., Lewandowski, Jr., G.W. (eds) Interpersonal Relationships and the Self-Concept. Springer, Cham., 2020. P. 195−208. DOI: 10.1007/978-3-030-43747-3_12

245. *Güler Aksu G., Kayar O., Tufan A.E., Kütük M.Ö., Özdağ Acarli A.N., Sucu D.H., Taşdelen B., Toros F., Özge A.* Early maladaptive schemas in episodic and chronic migraine in adolescents [Электронный ресурс] // Front Neurol. 2023. № 14. DOI: 10.3389/fneur.2023.1128953. URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37153683/ (дата обращения: 07.09.2026).

246. *Hägglöf B.* Psychological reaction by children of various ages to hospital care and invasive procedures // Acta Paediatr. Suppl. 1999. Vol. 88(431). P. 72−78. DOI: 10.1111/j.1651-2227.1999.tb01321.x

247. *Hardt J., Rutter M.* Validity of adult retrospective reports of adverse childhood experiences: Review of the evidence // Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2004. Vol. 45(2). P. 260–273.

248. *Hart D, Bossert E.* Self-reported fears of hospitalized school-age children // J. Pediatr. Nurs. 1994. Vol. 9(2). P. 83−90.

249. *Hazan C., Shaver P.R.* Attachment as an organizational framework for research on close relationships // Psychological Inquiry. 1994. Vol. 5. P.1–22.

250. *Helgeson V.S., Zajdel M.* Adjusting to Chronic Health Conditions // Annu Rev. Psychol. 2017. Vol. 68. P. 545−571. DOI: 10.1146/annurev-psych-010416-044014

251. Hirsch N., Hautekeete M., Kochman F. Schémas précoces mal adaptés, Hospitaliz et Hospitalize chez des adolescents hospitalisés suicidaires (Early maladaptive processes, depression and alexithymia in suicidal hospitalized adolescents) // Encephale. 2001. Vol. 27. № 1. P. 61−70.

252. *Hoff A.L., Mullins L.L., Chaney J.M., Hartman V.L., Domek D.* Illness uncertainty, perceived control, and psychological distress among adolescents with type 1 diabetes // Res. Theory Nurs. Pract. 2002. Vol. 16(4). P. 223−236. DOI: 10.1891/rtnp.16.4.223.53023

253. *Horowitz M., Znoj H.* Emotional control theory and the concept of defense: A teaching document // The Journal of Psychotherapy Practice and Research. 1999. Vol. 8. P. 213−224.

254. *Isdahl-Troye A., Villar P., Domínguez-Álvarez B., Romero E., Deater-Deckard K.* The Development of Co-Occurrent Anxiety and Externalizing Problems from Early Childhood: a Latent Transition Analysis Approach // Res. Child Adolesc. Psychopathol. 2022. Vol. 50(4). P. 505−519. DOI: 10.1007/s10802-021-00865-2

255. *Jia Shermin C.Y., Sally C.W., Hong-Gu H.* Anxiety and pain in children undergoing elective surgical procedures: a systematic review // J.B.I. Libr. Syst. Rev. 2012. Vol. 29(10). P. 1688−1737. DOI: 10.11124/01938924-201210290-00001

256. *Jolley J., Shields L.* The evolution of family-centered care // Journal of Pediatric Nursing. 2009. 24(2). P. 164−170.

257. *Kain Z.N., Wang S.M., Mayes L.C., Krivutza D.M., Teague B.A.* Sensory stimuli and anxiety in children undergoing surgery: a randomized, controlled trial // Anesth. Analg. 2001. Vol. 92(4). P. 897−903. DOI: 10.1097/00000539-200104000-00018

258. *Karpinski A.C., Scullin M.H.* Suggestibility under pressure: Theory of mind, executive function, and suggestibility in preschoolers // Journal of Applied Developmental Psychology. 2009. 30(6). P. 749–763.

259. *Kashani J.H., Venzke R., Millar E.A.* Depression in children admitted to hospital for orthopaedic procedures. Br. J. Psychiatry. 1981. Vol. 138. P. 21−25. DOI: 10.1192/bjp.138.1.21

260. *Kazak A.E., Kassam-Adams N., Schneider S., Zelikovsky N., Alderfer M.A., Rourke M.* An integrative model of pediatric medical traumatic stress // Journal of Pediatric Psychology. 2006. Vol. 31, №4. P. 343−355.

261. *Kellogg S.H., Young, J.E.* Schema therapy for borderline personality disorder // Journal of clinical psychology. 2006. Vol. 62(4). P. 445–458. DOI: 10.1002/jclp.20240

262. *Kerns K.A., Abraham M.M., Schlegelmilch A., Morgan T.A.* Mother–child attachment in later middle childhood: Assessment approaches and associations with mood and emotion regulation // Attachment and Human Development. 2007. Vol. 9. P. 33–53.

263. *Kobak R.R., Sceery A.* Attachment in late adolescence: Working models, affect regulation, and representations of self and others // Child Development. 1988. Vol. 59. P. 135−146.

264. *Kochanska G.* Emotional development in children with different attachment histories: The first three years // Child Development. 2001. Vol. 72. P. 474–490.

265. *Koller D.F., Nicholas D.B., Goldie R.S., Gearing R., Selkirk E.K.* Bowlby and Robertson revisited the impact of isolation on hospitalized children during SARS // J. Dev. Behav. Pediatr. 2006. Vol. 27(2). P. 134−140. DOI: 10.1097/00004703-200604000-00010

266. *Kopp C.B.* Antecedents of self-regulation: A developmental perspective. Developmental Psychology. 1982. Vol. 18. P. 199–214.

267. *Kopp C.B.* Young children's progression to self-regulation. In M. Bullock (Ed.), The development of intentional action: Vol. 22. Cognitive, motivational, and interactive processes. 1991. P. 38–54. Basel, Switzerland: Karger.

268. *Kobak R.R., Cole H.E., Ferenz-Gillies R., Fleming W.S.* Attachment and emotion regulation during mother-leen problem solving: A control theory analysis // Child Development. 1993. Vol. 64. P. 231−245.

269. *Krupp N.E.* Adaptation to chronic illness // Postgrad Med. 1976. Vol. 60(5). P. 122−125. DOI: 10.1080/00325481.1976.11714480

270. *Laible D.* Mother–child discourse surrounding a child's past behavior at 30 months: Links to emotional understanding and early conscience development at 36 months // Merrill–Palmer Quarterly. 2004. Vol. 50. P. 159–180.

271. *Laranjo J., Bernier A., Meins E., Carlson S.M.* The roles of maternal mind-mindedness and infant security of attachment in predicting preschoolers' understanding of visual perspective taking and false belief // J. Exp. Child Psychol. 2014. Vol. 125. P. 48−62. DOI: 10.1016/j.jecp.2014.02.005

272. *LeBovidge J.S., Lavigne J.V., Miller M.L.* Adjustment to chronic arthritis of childhood: the roles of illness-related stress and attitude toward illness // J. Pediatr. Psychol. 2005. Vol. 30(3). P. 273−286. DOI: 10.1093/jpepsy/jsi037

273. *Levy M.C., Kronenberger W.G., Carter B.D.* Brief report: illness factors and child behavior before and during pediatric hospitalization // J. Pediatr. Psychol. 2008. Vol. 33(8). P. 905−909. DOI: 10.1093/jpepsy/jsn039

274. *Lestari A.W., Lee C.K., Hayati H.* The impact of parental psychological distress on child behavior issues in hospitalized children // Pediatr. Med. Chir. Vol. 45(1). DOI: 10.4081/pmc.2023.311. URL: file:///C:/Users/User/Downloads/The_impact_of_parental_psychological_distress_on_c.pdf (available on 01.10.2026).

275. *Levy K.N., Blatt S.J., Shaver P.R.* Attachment styles and parental representations // Journal of Personality and Social Psychology. 1998. Vol. 74. P. 407–419.

276. *Lewis M.D.* Self-organizing individual differences in brain development // Developmental Review. 2005. Vol. 25(3-4). P. 252-277 DOI:10.1016/j.dr.2005.10.006

277. *Li Y., Wei M., Page G., Immelt S.* [Stressors, coping strategies and psychosocial state of children with chronic illness] // Zhongguo Dang Dai Er Ke Za Zhi. 2008. Vol. 10(3). P. 337−342. Chinese.

278. *Loizzo J.* Optimizing learning and quality of life throughout the lifespan: a global framework for research and application // Ann. N. Y. Acad. Sci. 2009. Vol. 1172. P. 186−198. DOI: 10.1196/annals.1393.006

279. *Loose C., Meyer F., Pietrowsky R.* The Dusseldorf Illustrated Schema Questionnaire for Children (DISC) // Psicol. Reflex Crit. 2018. Vol. 31 № 7. P. 1−12.

280. *Lopez F.G.* Adult attachment orientations, selfother boundary regulation, and splitting tendencies in a college sample. Journal of Counseling Psychology. 2001. Vol. 48. P. 440–446.

281. *Luby J.L., Barch D., Whalen D., Tillman R., Belden A.* Association Between Early Life Adversity and Risk for Poor Emotional and Physical Health in Adolescence: A Putative Mechanistic Neurodevelopmental Pathway // JAMA Pediatr. 2017. Vol. 171(12). P. 1168−1175. DOI: 10.1001/jamapediatrics.2017.3009

282. *Lulgjuraj D., Maneval R.E.* Unaccompanied Hospitalized Children: An Integrative Review // J. Pediatr. Nurs. 2021, V. 56, P. 38−46. Doi: 10.1016/j.pedn.2020.10.015

283. *Lumley M.N., Harkness, K.L.* Specificity in the relations among childhood adversity, early maladaptive schemas, and symptom profiles in adolescent depression // Cognitive Therapy and Research. 2007. Vol. 31. P. 639–657.

284. *Main M.* Cross-cultural studies of attachment organization: Recent studies, changing methodologies, and the concept of conditional strategies // Human Development. 1990. Vol. 33. 48–61.

285. *Main M.* Discourse, prediction, and recent studies in attachment: Implications for psychoanalysis. Journal of the American Psychoanalytic Association. 1993. Vol. 41. P. 245–260.

286. *Main M.* Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring, and singular (coherent) versus multiple (incoherent) models of attachment: Findings and directions for future research. In C. M. Parkes, J. Stevenson-Hinde, & P. Marris (Eds.), Attachment across the life cycle. 1991. P. 127–159. London: Routledge.

287. *Mattingly B.A., Kevin P. McIntyre K.P., Gary W. Lewandowski Jr. G.W.* Interpersonal Relationships and the Self-Concept. Switzerland, Springer, 2020. URL: https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-030-43747-3 (available on 01.10.2026).

288. *Maughan B., Rutter M.* Retrospective reporting of childhood adversity: issues in assessing long-term recall. Journal of Personality Disorders. 1997. Vol. 11(1). P. 19–33.

289. *McIntosh J.E., Tan E.S., Greenwood C., Lee J., Holtzworth-Munroe A.* Profiling mother and father reports of safety risks in a postseparation cohort // Psychology of Violence. 2021. Vol. 11. № 1. P. 61–71. DOI: 10.1037/vio0000321

290. *McClelland M.M., Cameron, C.E.* Self-regulation and academic achievement in elementary school children // New Directions for Child and Adolescent Development, 2011. Vol. 133. P. 29–44. DOI:10.1002/cd.302

291. *McClowry S.G.* Behavioral disturbances among medically hospitalized school-age children // J. Child Adolesc. Psychiatr. Ment. Health Nurs. 1991. Vol. 4(2). P. 627. DOI: 10.1111/j.1744-6171.1991.tb00491.x

292. *Meyerson K.A., Hoddinott G., Garcia-Prats A.J., Tomlinson M.* Caregiver-child separation during tuberculosis hospitalization: a qualitative study in South Africa // S. Afr. J. Psychol. 2021. Vol. 51. № 3. P. 409−421. DOI: 10.1177/0081246320962729

293. *Mikulincer M.* Attachment style and the mental representation of the self. Journal of Personality and Social Psychology. 1995. Vol. 69. P.1203–1215.

294. *Mikulincer M., Florian V., Tolmacz R.* Attachment styles and fear of personal death: A case study of affect regulation // Journal of Personality and Social Psychology. 1990. Vol. 58. P. 273−280.

295. *Mikulincer M.* Adult attachment style and affect regulation: strategic variations in self-appraisals // J. Pers. Soc. Psychol. 1998. Vol. 75(2). P. 420−435.

296. *Mikulincer M., Shaver P.R.* The attachment behavioral system in adulthood: Activation, psychodynamics, and interpersonal processes. In M.P. Zanna (Ed.), Advances in experimental social psychology. Vol. 35, P. 53–152. 2003. New York: Academic Press.

297. *Miller G.E., Chen E., Parker K.J.* Psychological stress in childhood and susceptibility to the chronic diseases of aging: moving toward a model of behavioral and biological mechanisms // Psychol Bull. 2011. Vol. 137(6). P. 959−997. DOI: 10.1037/a0024768

298. *Mîndru D.E., Stănescu R.S., Mioara C.M., Duceac L.D., Rugina A., Temneanu O.R., Ungureanu M., Florescu L.* Stress in pediatric patients–the effect of prolonged hospitalization // Rev. Med. Chir. Soc. Med. Nat. Iasi. 2016. Vol. 120(2). P. 417−423.

299. *Misra S., Misra N., Seepamore B., Holloway K., Singh N., Ngozo J., Dlamini., Radebe Z., Ndjeka N.O., Furin J.* "I would watch her with awe as she swallowed the first handful": A qualitative study of pediatric multidrug-resistant tuberculosis experiences in Durban, South Africa // PloS One. 2022. URL:

https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0274741 (available on 01.10.2026).

300. *Morse J.M., Johnson J.L.* (Eds.) The illness experience. London: Sage, 1991. 360 p.

301. *Mullen S.P., Hall P.A.* Editorial: Physical activity, self-regulation, and executive control across the lifespan // Front. Hum. Neurosci. 2015. Vol. 6. P. 614. DOI: 10.3389/fnhum.2015.00614

302. *Muris P.* "Maladaptive Schemas in Non-Clinical Adolescents: Relations to Perceived Parental Rearing Behaviours, Big Five Personality Factors and Psychopathological Symptoms." // Clinical Psychology & Psychotherapy. 2006. P. 405−413. Doi:10.1002/CPP.506

303. *Murray L., Creswell C., Cooper P.J.* The development of anxiety disorders in childhood: an integrative review. Psychol Med. 2009. Vol. 39(9). P. 1413−1423. DOI: 10.1017/S0033291709005157

304. *Olave L., Momeñe J., Macía L., Macía P., Chávez-Vera M.D, Herrero M., Estévez A., Iruarrizaga I.* Substance Use and Its Relationship With Attachment and Early Maladaptive Schemes in Adolescents in Ecuador // Dev. Psychobiol. 2024. Vol. 66(6). Art. 22532. DOI: 10.1002/dev.22532

305. *Ontai L., Thompson, R.A.* Patterns of attachment and maternal discourse effects on children's emotion understanding from 3 to 5 years of age // Social Development. 2002. Vol. 11. P. 433–450.

306. *Öztürk Şahin Ö., Topan A.* Investigation of the Fear of 7-18-Year-Old Hospitalized Children for Illness and Hospital // J. Relig. Health. 2019. Vol. 58(3). P. 1011−1023. DOI: 10.1007/s10943-018-0688-x

307. *Pietromonaco P.R., Feldman Barrett L.* The internal working models concept: What do we really know about the self in relation to others? Review of General Psychology. 2000. Vol. 4. P. 155−175.

308. *Phillips N.K., Hammen C.L., Brennan P.A., Najman J.M., Bor W.* Early adversity and the prospective prediction of depressive and anxiety disorders in adolescents // J. Abnorm. Child Psychol. 2005. Vol. 33(1). P. 13−24. DOI: 10.1007/s10802-005-0930-3

309. *Pilkington P.D., Bishop A., Younan R.* Adverse childhood experiences and early maladaptive schemas in adulthood: A systematic review and meta-analysis // Clinical Psychology & Psychotherapy. 2020. Vol. 28. P. 569–584. DOI: 10.1002/cpp.2533304

310. *Price J., Kassam-Adams N., Alderfer M.A., Christofferson J., Kazak A.E.* Systematic Review: A Reevaluation and Update of the Integrative (Trajectory) Model of Pediatric Medical Traumatic Stress // J. Pediatr. Psychol. 2016. V. 41, № 1. P. 86−97. DOI: 10.1093/jpepsy/jsv074

311. *Proietti Checchi M., Tarantino S., Papetti L., Ursitti F., Monte G., Sforza G., Voci A., Ruscitto C., Valeriani M.* Coping strategies to stressful events in adolescents with migraine // J. Headache Pain. 2024. Vol. 25(1). P. 218. DOI: 10.1186/s10194-024-01934-9

312. *Rieder. C., Cicchetti D.* Organizational perspective on cognitive functioning and cognitive-affective balance inmaltreated children. Developmental Psychology. 1989. Vol. 25, P. 382–393.

313. *Rijkeboer M.M., de Boo G.M.* Early maladaptive schemas in children: Development and validation of the schema inventory for children. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry. 2010. Vol. 41. P. 102−109. DOI:10.1016/j.jbtep.2009.11.001

314. *Robertson J., Bowlby J.* Responses of young children to separation from their mothers. Courier of the International Children's Center, Paris. 1952. Vol. 2. P. 131–140.

315. *Rosenzweig S.* Aggressive behavior and the Rosenzweig Picture-Frustration (P-F) Study // J. Clin Psychol. 1976. Vol. 32(4). P. 885−891.

316. *Roberts C.A.* Unaccompanied hospitalized children: a review of the literature and incidence study // J. Pediatr. Nurs. 2010. Vol. 25(6). P. 470−476. DOI: 10.1016/j.pedn.2009.12.070

317. *Rossen B.E., McKeever P.D.* The behavior of preschoolers during and after brief surgical hospitalizations // Issues Compr. Pediatr. Nurs. 1996. Vol. 19(2). P. 121−133. DOI: 10.3109/01460869609038052

318. *Sakulsriprasert C., Thawornwutichat R., Phukao D., Guadamuz T.E.* Early maladaptive schemas and addictive behaviours: A systematic review and meta-analysis // Clin. Psychol. Psychother. 2023. Vol. 30(6). P. 1416−1432. DOI: 10.1002/cpp.2882

319. *Sharpe L., Curran L.* Understanding the process of adjustment to illness // Soc. Sci. Med. 2006. Vol. 62(5). P. 1153−1166. DOI: 10.1016/j.socscimed.2005.07.010

320. *Shaver P.R., Mikulincer M.* Attachment anxiety and motivational patterns in close relationships. In L. Campbell, J. La Guardia, J. Olsen, M. Zanna (Eds.), The 12th Ontario symposium: The science of the couple. 2012. P. 17–39. Philadelphia: Psychology Press.

321. *Shaver P.R., Mikulincer M.* Attachment theory: I. Motivational, individual-differences, and structural aspects. In P. Corr, G. Matthews (Eds.), The Cambridge handbook of personality. 2009. P. 228–246. New York: Cambridge University Press.

322. *Simard V., Moss E., Pascuzzo K.* Early maladaptive schemas and child and adult attachment: a 15-year longitudinal study // Psychol. Psychother. 2011. Vol. 84(4). P. 349−366. DOI: 10.1111/j.2044-8341.2010.02009.x

323. *Shields L., Mohay H.* John Bowlby and James Robertson: Theorists, scientists and crusaders for improvements in the care of children in hospital // Journal of advanced nursing. Vol. 35, 2001. P. 50−58 DOI: 10.1046/j.1365-2648.2001.01821.x

324. *Shonkoff J.P., Garner A.S.* Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health; Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependent Care; Section on Developmental and Behavioral Pediatrics. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress // Pediatrics. 2012. Vol. 129(1). P. 232−346.

325. *Schore A.N.* Affect dysregulation and disorders of the self. New York: Norton. 2003.

326. *Schore A.N.* Attachment and the regulation of the right brain // Attach. Hum. Dev. 2000. Vol. 2(1). P. 23−47. Doi: 10.1080/146167300361309

327. *Schore A.N.* Attachment trauma and the developing right brain: Origins of pathological dissociation. In P.F. Dell, J.A. O'Neil (Eds.), Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond. 2009. P. 107−141. New York, NY: Routledge.

328. *Shorr E.* The emergence of psychological problems in patients requiring prolonged hospitalization // Tex. Rep. Biol. Med. 1954. Vol. 12(3). P. 599−605.

329. Sireli O., Colak M., Demirci T.H., Savascihabes A.E., Oz Cinar H. Early maladaptive schemas in adolescents with attention deficit hyperactivity disorder // Front. Psychiatry. 2024. Vol. 15. Art. 1455897. DOI: 10.3389/fpsyt.2024.1455897

330. *Small L., Melnyk B.M.* Early predictors of post-hospital adjustment problems in critically ill young children // Res. Nurs. Health. 2006. Vol. 29(6). P. 622−635. DOI: 10.1002/nur.20169

331. *Spence J.C.* The care of children in hospital. British Medical Journal 1. 1947. P. 125−130.

332. *Spitz R.A.* Hospitalism; an inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. The Psychoanalytic Study of the Child. 1945. Vol. 1, P. 53–74.

333. *Sroufe L.A., Fleeson J.* The coherence of family relationships. In R. A. Hinde & J. StevensonHinde (Eds.), Relationships within families. 1988. P. 27–47. Oxford, UK: Clarendon Press.

334. Stallard P., Rayner H. The development and preliminary evaluation of a Schema Questionnaire for Children (SQC). Behavioural and Cognitive Psychotherapy. 2005. Vol. 33(2). P. 217−224. DOI: 10.1017/s1352465804001912

335. *Stanzel A., Sierau S.* Pediatric Medical Traumatic Stress (PMTS) following Surgery in Childhood and Adolescence: a Systematic Review // Journ. Child Adol. Trauma. 2022. Vol. 15(3). P. 795–809. DOI: 10.1007 / s40653-021-00391-9

336. *Stewart J.L., Mishel M.H.* Uncertainty in childhood illness: a synthesis of the parent and child literature // Sch. Inq. Nurs. Pract. 2000. Vol. 14(4). P. 299-319; discussion 321−326.

337. *Subramanian T.* Impact of hospitalization on patients and their families // Indian J. Public Health. 1998. Vol. 42(1). P. 15−16.

338. *Suess G.J., Grossmann K.E., Sroufe L.A.* Effects of infant attachment to mother and father on quality of adaptation in preschool: From dyadic to individual organization of self. International Journal of Behavioral Development, (1992). Vol. 15. P. 43–66.

339. *Sylvester C.M., Petersen S.E., Luby J.L., Barch D.N.* Face processing in adolescents with positive and negative threat bias // Psychological Medicine. 2016. Vol. 47(5). P. 1−10 DOI:10.1017/S003329171600310X

340. *Tariq A., Reid C., Chan S.W.Y.* A meta-analysis of the relationship between early maladaptive schemas and depression in adolescence and young adulthood // Psychol. Med. 2021. Vol. 51(8). P. 1233−1248. DOI: 10.1017/S0033291721001458

341. *Tariq A., Quayle E., Lawrie S.M., Reid C., Chan S.W.Y.* Relationship between Early Maladaptive Schemas and Anxiety in Adolescence and Young Adulthood: A systematic review and meta-analysis // J. Affect Disord. 2021. Vol. 295. P. 1462−1473. DOI: 10.1016/j.jad.2021.09.031

342. *Thomson D., Milliken B., Smilek D.* Long-term conceptual implicit memory: A decade of evidence. Memory and Cognition. 2010. Vol. 38(1). P. 42–46.

343. *Thompson R.A.* The development of the person: Social understanding, relationships, self, conscience. In W. Damon & R. M. Lerner (Series Eds.) & N. Eisenberg (Vol. Ed.), Handbook of child psychology: Vol. 3. Social, emotional, and personality development (6th ed. 2006. P. 24–98. Hoboken, NJ: Wiley.

344. *Thompson R.A., Meyer S.* The socialization of emotion regulation in the family. In J. Gross (Ed.), Handbook of emotion regulation. 2007. P. 249–268. New York: Guilford Press.

345. *Thompson R.A.* Early attachment and later development: Familiar questions, new answers. In J. Cassidy, P.R. Shaver (Eds.), Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications (2nd ed.). 2008. P. 348–365. New York: Guilford Press.

346. *Thompson R.A., Raikes H.A.* Toward the next quarter-century: Conceptual and methodological challenges for attachment theory // Development and Psychopathology, 2003. Vol. 15. P. 691–718.

347. *Tomaszek L., Cepuch G., Fenikowski D.* Influence of preoperative information support on anxiety, pain and satisfaction with postoperative analgesia in children and adolescents after thoracic surgery: A randomized double blind study // Biomed. Pap. Med. Fac. Univ. Palacky Olomouc Czech Repub. 2019. Vol. 163(2). P. 172−178. DOI: 10.5507/bp.2018.060

348. *Toth S.L., Cicchetti D., Macfie J., Maughan A., VanMeenen K.* Narrative representations of caregivers and self in maltreated pre-schoolers // Attach. Hum. Dev. 2000. Vol. 2(3). P. 271−305.

349. Tsai S.J., Lee Y.C., Chang K., Sim C.B. Psychiatric consultations in pediatric inpatients // Zhonghua Min Guo Xiao Er Ke Yi Xue Hui Za Zhi. 1995. Vol. 36(6). P. 411−414.

350. *Tuncay S., Sarman A.* Hospital Fear Points and Fear Levels of Children 5-10 Years Old // Creat Nurs. 2025. Vol. 31(2). P. 168−176. DOI: 10.1177/10784535241298276

351. *Tunde-Ayinmode M.F.* Children with bronchial asthma assessed for psychosocial problems in a teaching hospital in Nigeria // Afr. Health. Sci. 2015. Vol. 15(2). P. 690−700. DOI: 10.4314/ahs.v15i2.49

352. *Türkeli A., Yılmaz Ö., Topçu İ., Yüksel H.* The Effect of Flexible Bronchoscopy on Anxiety in Children // Turk Thorac J. 2016. Vol. 17(3). P. 100−104. DOI: 10.5578/ttj.30504

353. *Valero-Moreno S., Lacomba-Trejo L., Casaña-Granell S., Prado-Gascó V.J., Montoya-Castilla I., Pérez-Marín M.* Factor structure of the Hospital Anxiety and Depression Scale in adolescent patients with chronic disease // Arch Argent. Pediatr. 2019. Vol. 117(4). P. 252−258. English, Spanish. DOI: 10.5546/aap.2019.eng.252

354. *Van Vlierberghe L., Braet C., Bosmans G., Rosseel Y., Bögels S.* Maladaptive schemas and psychopathology in adolescence: On the utility of Young's schema theory in youth // Cognitive Therapy and Research. 2010. Vol. 34(4). P. 316−332. DOI:10.1007/s10608-009-9283-5

355. *Voss J.L.L., Lucas H.D., Paller K.A.* More than a feeling: Pervasive influences of memory without awareness of retrieval. Cognitive Neuroscience. 2012. Vol. 3(3–4). P. 193–207.

356. *Voss J.L.L., Paller K.A.* Brain substrates of implicit and explicit memory: The importance of concurrently acquired neural signals of both memory types // Neuropsychologia. 2008. Vol. 46(13). P. 3021–3029.

357. *Woodgate R.L., Degner L.F.* "Nothing is carved in stone!": uncertainty in children with cancer and their families // Eur. J. Oncol. Nurs. 2002. Vol. 6(4). P. 191−202. discussion 203−204. DOI: 10.1054/ejon.2002.0220

358. *Wright M.C.* Behavioural effects of hospitalization in children // J. Paediatr. Child Health. 1995. Vol. 31(3). P. 165−167. Doi: 10.1111/j.1440-1754.1995.tb00777.x

359. *Wright M.O., Crawford E., Del Castillo D.* Childhood emotional maltreatment and later psychological distress among college students: the mediating role of maladaptive schemas // Child Abuse Negl. 2009 Jan;33(1):59-68. Doi: 10.1016/j.chiabu.2008.12.007.

360. *Yap M.B.H., Jorm A.F.* Parental factors associated with childhood anxiety, depression, and internalizing problems: A systematic review and meta-analysis // Journal of Affective Disorders. 2015. Vol. 175. P. 424–440. Doi: 10.1016/j.jad.2015.01.050

361. *Yagmurlu B., Kazak Berument S., Celimli S.* The role of institution and home contexts in theory of mind development // Journal of applied developmental psychology, 2005. P. 521–537. DOI: https://hdl.handle.net/11511/44840

362. *Zadahmad M., Torkan H.* Investigation of the multiple relationships between early maladaptive schemas and coping styles with anxiety // International Journal of Educational and Psychological Researches. 2016. Vol. 2(1), 49−53. DOI:10.4103/2395-2296.174791

363. *Zegers M.A.M., Schuengel C., Van Ijzendoorn M.H., Janssens J.M.A.M.* Attachment and problem behavior of adolescents during residential treatment // Attachment and Human Development. 2008. Vol. 10. P. 91–103.

364. *Zhang S., Ruan W., Li Y., Wang X., Wang X.* Experiences of the parents caring for their children during a tuberculosis outbreak in high school: a qualitative study // BMC Public Health. [Электронный ресурс]. 2014. Vol. 14. URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24507182/ (available on 27.09.2026) DOI: 10.1186/1471-2458-14-132

365. *Zhu H., Luo X., Cai T., He J., Lu Y., Wu S.* Life event stress and binge eating among adolescents: The roles of early maladaptive schemas and impulsivity. Stress Health. 2016. Vol. 32. P. 395–401. DOI: 10.1002/smi.2634

366. *Zvonareva O., Witte S., Kabanets N., Filinyuk O.* Adolescents in a tuberculosis hospital: Qualitative study of how relationships with doctors, caregivers, and peers mediate their mental wellbeing // PloS One. 2021. Vol. 16. DOI: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0257379. URL: https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0257379 (available on 01.10.2026).

Приложение

ПРИЛОЖЕНИЕ I. Структурированное интервью

Инструкция. Я буду зачитывать тебе утверждения. Посмотри, пожалуйста, на таблицу с ответами и выбери подходящий вариант:

Это утверждение для меня верно…			
всегда	часто	редко	никогда

1. Обычно я позволяю другим принимать решения, так как я не хочу ссор.
2. Мнение других важнее для меня, чем мое собственное.
3. Я чувствую, что рано или поздно мои друзья наговорят про меня что-нибудь плохое.
4. Я думаю, что другие люди меня используют.
5. Я не могу понять, как меня можно любить.
6. Я не заслуживаю того, чтобы меня любили.
7. Я не люблю бывать в обществе других людей.
8. Я больше люблю оставаться один, чем присоединяться к группе.
9. Как бы я ни старался в школе, другие всегда оказываются более успешными, чем я.
10. Я не очень успешен, и так будет всегда.
11. Я опасаюсь, что в любой момент может произойти какая-то катастрофа.
12. Я боюсь, что может случиться что-то плохое.
13. Когда у моих родителей проблемы, я всегда чувствую себя плохо.
14. Я чувствую себя ответственным за жизнь своих родителей.
15. Я не получаю внимания и любви.
16. Никто не уделяет мне достаточно времени, когда я в этом нуждаюсь.
17. Я уверен, что моя семья и мои друзья всегда окажутся рядом, если я буду в этом нуждаться.
18. Я думаю, что моя семья и мои друзья поддержат меня в любой ситуации.

19. Когда меня просят о помощи, я делаю все, даже когда я уже не в силах это делать.

20. Я делаю для других больше, чем получаю в ответ.

21. Мне трудно принимать решения, так как я при этом думаю, какие опасности могут меня при этом подстерегать.

22. Что-нибудь всегда пойдет не так, как надо.

23. Проявлять чувства – это очень небезопасно.

24. Другие не должны знать, когда я боюсь чего-то, сержусь или печалюсь.

25. Если я совершу ошибку, я должен быть наказан.

26. Наказание необходимо. Это справедливо для всех, кто совершает ошибки, при этом неважно, произошло это намеренно или случайно.

27. Я очень требователен к себе и изо всех сил стараюсь показать другим, насколько я хороший.

28. Самое главное в моей жизни – это быть успешным в школе.

Шкала вариантов ответа

Вариант ответа	Всегда	Часто	Редко	Никогда
Количество баллов	4	3	2	1

Для вопросов №19 и 20 используется обратная Шкала

Вариант ответа	Всегда	Часто	Редко	Никогда
Количество баллов	1	2	3	4

ПРИЛОЖЕНИЕ II. Результаты факторного анализа

Таблица 1

Повернутая матрица компонентов (метод главных компонент) [a]

	Компонент		
	1	2	3
Нервно-психическая напряженность	0,088	**0,862**	0,125
Тревога	0,012	**0,884**	0,015
Стрессовое состояние	0,078	**0,950**	0,118
Гиперактивность невнимательность	0,258	0,160	**0,711**
Проблемы с поведением	0,023	0,069	**0,826**
Проблемы со сверстниками	0,322	0,097	**0,689**
Просоциальное поведение	0,123	-0,007	**-0,631**
Негативное настроение	**0,887**	0,009	0,108
Межличностные проблемы	**0,743**	0,043	-0,040
Неэффективность	**0,617**	0,039	0,038
Ангедония	**0,791**	0,134	0,113
Негативная самооценка	**0,821**	0,080	0,093
Эмоциональные симптомы	**0,541**	-0,081	0,370

Примечание: метод выделения факторов − метод главных компонент; метод вращения − варимакс с нормализацией Кайзера.

[a.] Вращение сошлось за 4 итераций.

Таблица 2

Оценка качества модели

Мера адекватности выборки Кайзера-Майера-Олкина (КМО).		0,693
Критерий сферичности Бартлетта	Примерная Хи-квадрат	561,260
	ст.св.	78
	Значимость	0,0001

Таблица 3

Объясненная совокупная дисперсия

Компонент	Начальные собственные значения			Извлечение суммы квадратов нагрузок			Ротация суммы квадратов нагрузок		
	Всего	% дисперсии	Суммарный %	Всего	% дисперсии	Суммарный %	Всего	% дисперсии	Суммарный %
1	4,136	31,815	31,815	4,136	31,815	31,815	3,513	27,022	27,022
2	2,377	18,283	50,098	2,377	18,283	50,098	2,501	19,236	46,257
3	1,764	13,573	63,671	1,764	13,573	63,671	2,264	17,413	63,671
4	1,111	8,544	72,215						
5	,866	6,659	78,874						
6	,673	5,177	84,051						
7	,584	4,492	88,543						
8	,425	3,266	91,809						
9	,337	2,592	94,401						
10	,282	2,172	96,574						
11	,192	1,480	98,054						
12	,138	1,060	99,114						
13	,115	,886	100,000						

Примечание: метод выделения факторов: метод главных компонент; метод вращения − варимакс с нормализацией Кайзера.

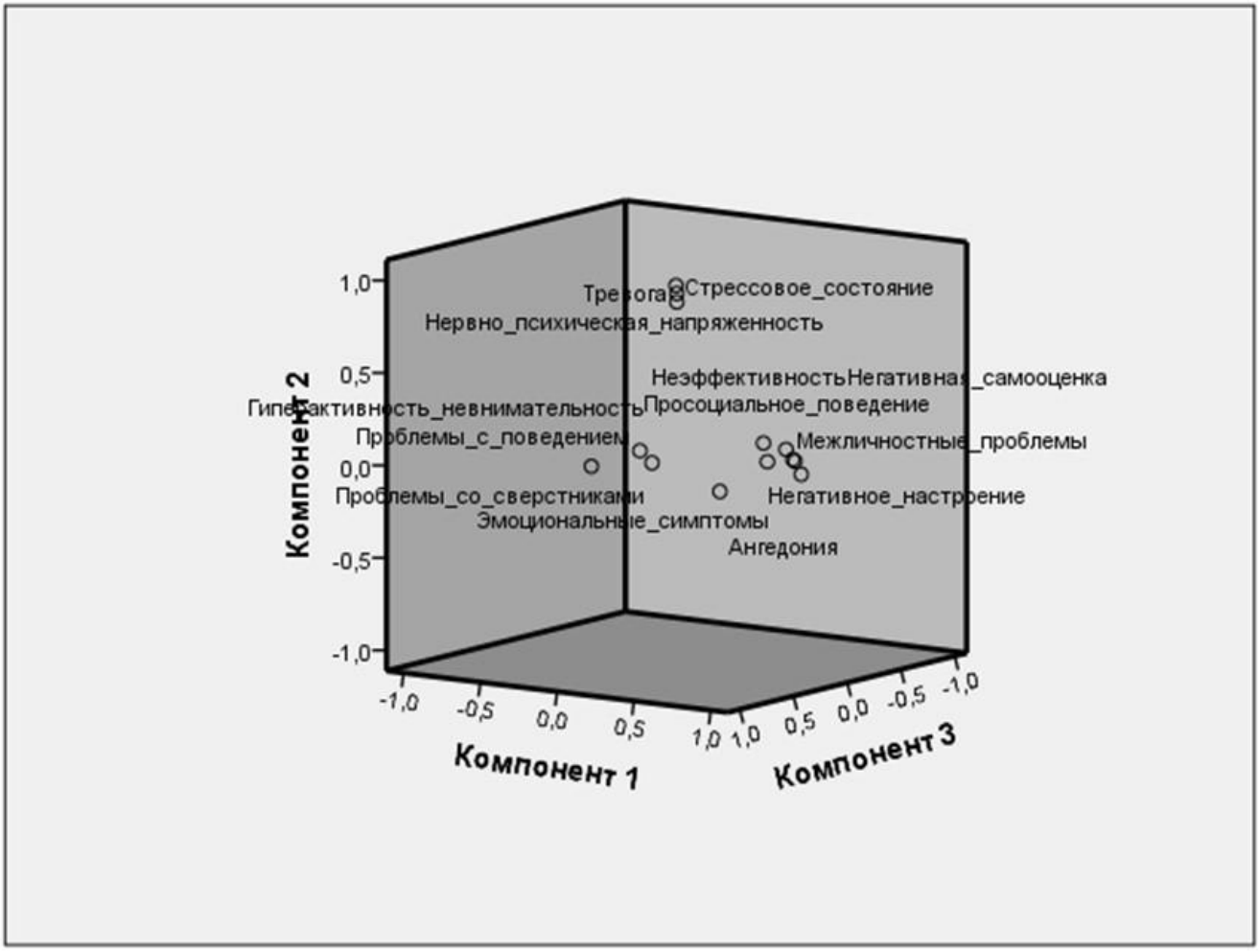


Рисунок 1. Диаграмма компонентов во вращаемом пространстве

ПРИЛОЖЕНИЕ III. Результаты кластерного анализа признаков госпитализационного стресса

Таблица 1

Начальные центры кластеров (метод k-средних (k-means)

Показатели	Кластер		
	1	2	3
Стрессовое состояние	33,70	0,001	0,001
Суммарный показатель поведенческих проблем	23,00	14,00	4,00
Общий показатель депрессии	60,00	94,00	40,00

Таблица 2

Расстояния между конечными центрами кластеров

Кластер	1	2	3
1		22,719	13,282
2	22,719		25,073
3	13,282	25,073	

Таблица 3

Число наблюдений в каждом кластере

Кластер	1	29,000
	2	17,000
	3	39,000
Валидные		85,000
Пропущенные		0,000

ПРИЛОЖЕНИЕ IV. Результаты кластерного анализа показателей фрустрационных реакций

Таблица 1

Конечные центры кластеров (метод k-средних (k-means)

Показатели	Кластер			
	A	B	C	D
Экстрапунитивное направление реакций (E)	52,01	44,73	23,07	24,20
Интропунитивное направление реакций (I)	16,86	28,18	11,86	28,87
Импунитивное направление реакций (M)	31,12	27,08	65,06	46,92
Реакции с фиксацией на препятствии (O-D)	50,19	26,42	77,24	43,31
Реакции с фиксацией на самозащите (E-D)	29,62	25,99	10,09	29,06
Реакции с фиксацией на разрешении ситуации (N-P)	20,18	44,07	10,41	27,62
Стандартность поведения в стрессовой ситуации/способность к социальной адаптации (GCR)	43,58	57,02	38,89	51,59

Таблица 2

Результаты ANOVA

Показатели	Кластер		ошибка		F	Значимость
	Средний квадрат	ст.св.	Средний квадрат	ст.св.		
Экстрапунитивное направление реакций (E)	4646,058	3	163,188	81	28,471	0,0001
Интропунитивное направление реакций (I)	1294,589	3	52,327	81	24,740	0,0001
Импунитивное направление реакций (M)	4941,791	3	86,326	81	57,246	0,0001
Реакции с фиксацией на препятствии (O-D)	6845,345	3	65,581	81	104,380	0,0001

Реакции с фиксацией на самозащите (E-D)	1298,883	3	53,614	81	24,227	0,0001
Реакции с фиксацией на разрешении ситуации (N-P)	3500,764	3	70,138	81	49,912	0,0001
Стандартность поведения в стрессовой ситуации/способность к социальной адаптации (GCR)	1173,415	3	101,442	81	11,567	0,0001

Таблица 3

Число наблюдений в каждом кластере

Кластер	A	18,000
	B	46,000
	C	21,000
Валидные		85,000
Пропущенные		0,000