

# ФАКТОРЫ НЕГАТИВНЫХ ПЕРЕЖИВАНИЙ У ДЕТЕЙ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ, НАХОДЯЩИХСЯ НА СТАЦИОНАРНОМ ЛЕЧЕНИИ

О.С. ШЕЛОУМОВА

Центральный научно-исследовательский институт туберкулеза  
(ФГБНУ «ЦНИИТ»),

г. Москва, Российская Федерация

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2323-2253>,

e-mail: [oksanasheloumova@yandex.ru](mailto:oksanasheloumova@yandex.ru)

Н.В. ЗОЛотоВА

Центральный научно-исследовательский институт туберкулеза  
(ФГБНУ «ЦНИИТ»),

г. Москва, Российская Федерация

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0048-4394>,

e-mail: [zolotova\\_n@mail.ru](mailto:zolotova_n@mail.ru)

**Целью работы** является изучение различий в выраженности негативных переживаний, связанных с отдельными аспектами внутренней картины болезни (ВКБ) у детей, находящихся на стационарном лечении туберкулеза органов дыхания (ТОД) и детей с лейкозом, а также в разных возрастных группах детей с ТОД. **Выборка и методы.** Представлены данные исследования на выборке пациентов от 5 до 13 лет (N = 42, 9 мальчиков, 33 девочки), разделенной на подгруппы 5—7 лет, 8—11 лет и 12—13 лет. Использовалась методика «Незаконченные предложения» В.Е. Кагана и И.К. Шаца. На первом этапе проведено сравнение уровня негативных переживаний между группами детей с ТОД, с лейкозом и здоровых детей (с использованием данных исследования И.К. Шаца), на втором этапе — в разных возрастных группах детей с ТОД. **Выводы.** Результаты показали более высокий уровень негативных переживаний в группе детей с ТОД, что обусловлено отсутствием у них тяжелых симптомов и, как следствие, трудностями в понимании необходимости нахож-

дения в стационаре. Выявлены факторы негативных переживаний у детей разных возрастных групп. Сформулированы выводы о необходимости учета возрастных особенностей и специфики заболевания в разработке программ психологического сопровождения.

**Ключевые слова:** внутренняя картина болезни, социальная ситуация развития, возрастные особенности, психологическое сопровождение, психологическая помощь детям, дети, туберкулез органов дыхания.

**Финансирование.** Работа выполнена при финансовой поддержке Министерства науки и высшего образования Российской Федерации в рамках фундаментальной темы «Персонализированные подходы к лечению туберкулеза органов дыхания у детей и подростков» (проект № РК АААА-А16-116111150009-0).

**Для цитаты:** Шелоумова О.С., Золотова Н.В. Факторы негативных переживаний у детей с туберкулезом органов дыхания, находящихся на стационарном лечении // Консультативная психология и психотерапия. 2022. Том 30. № 2. С. 92–108. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2022300206>

## **FACTORS OF NEGATIVE EXPERIENCES IN CHILDREN WITH RESPIRATORY TUBERCULOSIS WHO ARE ON INPATIENT TREATMENT**

**OKSANA S. SHELOUMOVA**

Central Research Institute of Tuberculosis, Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2323-2253>,

e-mail: [oksanasheloumova@yandex.ru](mailto:oksanasheloumova@yandex.ru)

**NATALIA V. ZOLOTOVA**

Central Research Institute of Tuberculosis, Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0048-4394>,

e-mail: [zolotova\\_n@mail.ru](mailto:zolotova_n@mail.ru)

**The aim** of the work is to study the differences in the severity of negative experiences associated with certain aspects of the internal picture of the disease in children undergoing inpatient treatment for respiratory tuberculosis (RT) and children with leukemia, as well as in different age groups of children with RT. **Sampling and methods.** The study data are presented on a sample of patients aged 5 to 13 years (N= 42, 9 boys, 33 girls), divided into subgroups of 5–7 years, 8–11 years and 12–13 years. The technique of “Unfinished Sentences” by V.E. Kagan and I.K. Shatts was used. At the first stage, the level of negative experiences was compared between groups of children with RT, with leukemia and healthy children (using data from the

I.K. Schatz study), at the second stage — in different age groups of children with RT. **Conclusions.** The results showed a higher level of negative experiences in the group of children with RT due to the absence of severe symptoms and, as a result, difficulties in understanding the need to stay in the hospital. The factors of negative experience in children of different age groups were revealed. Conclusions are formulated about the need to take into account age-related features and the specifics of the disease when developing psychological support programs.

**Keywords:** the internal picture of the disease, the social situation of development, age characteristics, psychological support, psychological assistance to children, children, respiratory tuberculosis.

**Funding.** The work was carried out with the financial support of the Ministry of Science and Higher Education of the Russian Federation within the framework of the fundamental theme “Personalized approaches to the treatment of tuberculosis of the respiratory organs in children and adolescents” (project No. RK AAAAA-A16-11611150009-0).

**For citation:** Sheloumova O.S., Zolotova N.V. Factors of negative experiences in children with respiratory tuberculosis who are on inpatient treatment. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* = *Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2022. Vol. 30, no. 2, pp. 92—108. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2022300206>. (In Russ., abstr. in Engl.)

## Введение

С болезнью и госпитализацией в течение жизни сталкивается каждый человек. Лечение в стационаре, сопряженное с отрывом от семьи, сама болезнь и больничная обстановка, оказывая влияние на психоэмоциональное состояние, формируют также и своеобразную реакцию на болезнь, в ряде случаев затрудняющую обследование и лечение основного заболевания. Это послужило причиной появления интереса к изучению психологических особенностей больного с целью повышения эффективности медицинской помощи [10].

Для детей в силу возрастных особенностей помещение в стационар зачастую является психотравмирующим событием, вызывающим ощущение беспомощности и незащищенности и способствующим появлению различных нервно — психических нарушений. Наибольший дистресс отмечается при госпитализации ребенка без родителя или опекуна [16]. При длительных сроках стационарного лечения, например, в случае туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью, разлука вызывает серьезные эмоциональные и поведенческие нарушения как во время госпитализации, так и после нее [18]. Результаты проведенных в последние годы исследований свидетельствуют о том, что хронические соматические заболевания являются серьезным фактором риска развития тревожного расстройства, расстройств поведения, депрессии и пост-

травматического стрессового расстройства (ПТСР), которые могут развиться как вследствие предрасполагающих биологических механизмов, связанных с конкретным заболеванием, так и в виде реакции на болезнь, пребывание в больнице, пугающую обстановку [17; 19; 21]. Были отмечены и многочисленные угрозы психическому благополучию подростков с туберкулезом, среди которых выделяются тревога, беспокойство за свое будущее и трудности в принятии диагноза [24].

Наряду с этим было показано, что высокий уровень стресса характерен и для родителей больного ребенка [1; 15]. Именно их психологическая устойчивость является важным протекторным фактором, способствующим сохранению психоэмоционального благополучия ребенка [13]. В случае с туберкулезом у детей родительский стресс усугубляется еще и особенностями заболевания, которое по сей день остается в значительной мере стигматизирующим [23].

Немаловажное значение для понимания особенностей реакций детей на стационарное лечение имеет изучение реакции на болезнь, отношения к госпитализации и других компонентов, составляющих ВКБ. В качестве основных ее составляющих у детей выделяют представление о болезни, особенности эмоционального реагирования на нее, отношение к лечению, а также отношение родителей и других лиц из окружения ребенка к его заболеванию и ряд других компонентов. В зависимости от содержания ВКБ может выступать в качестве как положительного, так и отрицательного фактора, влияющего на проявление заболевания, его течение, на общее психическое и психологическое состояние ребенка [10].

Для разработки эффективных программ психологической помощи, наряду с выявлением связанных с заболеванием представлений и переживаний пациентов, необходимо изучение различий в выраженности негативных переживаний у детей разных возрастных групп. Л.С. Выготский определял проблему возраста не только как центральную для всей детской психологии, но и как ключ ко всем вопросам практики [3]. Основной характеристикой каждого возрастного периода является социальная ситуация развития — специфическая для определенного возраста система отношений между ребенком и социальной действительностью. Именно она служит исходным моментом всех динамических преобразований конкретного возраста и основой психического развития ребенка. Исходя из этого можно предположить, что выраженность негативных переживаний по поводу отдельных компонентов ВКБ в разных возрастных группах детей будет различной вследствие того, что воздействие госпитализации на социальную ситуацию развития в каждом возрасте не одинаково. Данные ранее проведенных исследований, описывающих влияние различных соматических заболеваний на формирование ВКБ, также дают возможность предположить, что выраженность негативных

переживаний по поводу отдельных компонентов ВКБ будет отличаться и между группами детей с разными заболеваниями вследствие специфики болезни и лечения. Исходя из этого представляется целесообразным изучение различий в выраженности негативных переживаний у детей, проходящих стационарное лечение по поводу разных заболеваний.

В настоящее время имеется ряд работ об особенностях ВКБ у детей и подростков с некоторыми соматическими заболеваниями [2; 6; 7; 8]. Отмечается субъективная значимость для подростков с онкологическими и онкогематологическими заболеваниями эмоциональных трудностей, включающих скуку, нежелание ничего делать, неудовлетворенность внешностью, эмоциональную усталость, раздражительность и депрессию [9]. Также освещается влияние онкологических заболеваний на изменение образа тела у детей и подростков, значимость реструктуризации мышления, переоценки и представления позитивных образов будущего для восстановления надежды на выздоровление у пациентов этой категории [14; 22].

Имеются данные и о различных аспектах ВКБ у детей и подростков с туберкулезом [4; 5]. Единичные работы освещают вопросы эволюции интерпретаций детьми понятий здоровья и болезни в разные возрастные периоды [12; 20]. Однако данных о различиях в выраженности негативных переживаний по поводу отдельных компонентов ВКБ у детей с ТОД и с лейкозом, а также у детей старшего дошкольного, младшего школьного и младшего подросткового возраста, находящихся на стационарном лечении ТОД, найти не удалось. Поэтому целью данной работы стало изучение различий в уровне негативных переживаний у детей, находящихся на стационарном лечении ТОД и детей с лейкозом, а также в разных возрастных группах детей с ТОД. *Гипотезой* явилось предположение о различиях в выраженности негативных переживаний по поводу отдельных компонентов ВКБ между группами детей с ТОД и с лейкозом, а также между группами детей старшего дошкольного, младшего школьного и младшего подросткового возраста, проходящих стационарное лечение ТОД.

Важность темы исследования обусловлена тем, что туберкулез, являясь социально значимым заболеванием, продолжает относиться к числу актуальных проблем здравоохранения и представлять серьезную угрозу для здоровья населения. Специфика данного заболевания и особенности лечения, в частности его продолжительность, являются факторами риска возникновения психологической и социальной дезадаптации пациентов. У детей и подростков болезнь накладывает на формирование различных психических процессов и функций, поэтому ее негативное влияние на последующие возрастные этапы заведомо выше. Для снижения уровня этого влияния при построении стратегий психологической помощи ребенку в стационаре необходимо отталкиваться не только от

его актуального психоэмоционального состояния, но и от особенностей каждого возрастного периода: социальной ситуации развития, ведущей деятельности, психологических новообразований в сфере сознания и личности, а также особенностей заболевания и специфики лечения.

## Метод

*Выборка.* В исследование были включены 42 пациента в возрасте от 5 до 13 лет. Из них 33 (79%) девочек и 9 (21%) мальчиков, проходивших лечение ТОД в младшем детском отделении ФГБНУ «ЦНИИТ», составившие основную группу (Группа А,  $n = 42$ ), разделенную на 3 подгруппы в соответствии с возрастной периодизацией: подгруппа 1 ( $n = 11$ ) — дети старшего дошкольного возраста (5—7 лет), подгруппа 2 ( $n = 18$ ) — дети младшего школьного возраста (8—11 лет), подгруппа 3 ( $n = 13$ ) — дети младшего подросткового возраста (12—13 лет). Помимо возраста критерием включения стало наличие достаточного для проведения обследования по выбранной методике уровня развития речи.

Для изучения различий в уровне негативных переживаний, связанных с отдельными компонентами ВКБ, между группами детей с ТОД и с лейкозом были использованы данные исследования И.К. Шаца в группе из 109 детей с лейкозом, составивших группу Б ( $n = 109$ ) и 203 здоровых детей, составивших контрольную группу (Группа В,  $n = 203$ ) [11].

*Методика.* Изучение различных компонентов ВКБ проводилось через одну неделю после поступления в стационар с помощью проективной методики «Незаконченные предложения», выявляющей такие аспекты ВКБ, как «представление о здоровье», «представление о болезни», «отношение к болезни», «отношение к лечению», «представление о будущем», «отношение семьи к болезни», «отношение к госпитализации» [10]. Ранее методика была успешно апробирована в ряде отечественных исследований [2; 4; 6; 11].

Проводилась количественная оценка и качественный анализ полученных данных. На первом этапе исследования проводилось сравнение средних величин уровня негативных переживаний, связанных с отдельными компонентами ВКБ, и суммарной оценки выраженности отрицательных переживаний по вопросам здоровья, болезни и лечения между группой детей с ТОД, с лейкозом и здоровых детей с помощью  $t$ -критерия Стьюдента.

На втором этапе исследования выявлялись различия в уровне негативных переживаний, связанных с отдельными компонентами ВКБ, и суммарной оценке выраженности отрицательных переживаний по вопросам здоровья, болезни и лечения в трех возрастных группах детей с ТОД (Подгруппа 1,

n = 11; Подгруппа 2, n = 18; Подгруппа 3, n = 13) с помощью U-критерия Манна—Уитни. Наряду с этим проводился качественный анализ полученных ответов и их категоризация, а также изучение межгрупповых различий в распределении ответов по выделенным категориям с помощью точного критерия Фишера. Достоверными считались различия при  $p < 0,05$ .

## Результаты

Данные, полученные при сравнении уровня негативных переживаний, связанных с отдельными компонентами ВКБ, и суммарной оценки выраженности отрицательных переживаний по вопросам здоровья, болезни и лечения между группой детей с ТОД, детей с лейкозом и практически здоровых детей представлены в табл. 1.

Таблица 1  
Результаты сравнения уровня негативных переживаний в группе детей с ТОД, с лейкозом и здоровых детей

Компоненты ВКБ	Группа А, М (SD)	Группа Б, М (SD)	Группа В, М (SD)
Представление о здоровье	1,21 (0,78) <sup>a,b</sup>	0,45 (0,07) <sup>a</sup>	0,11 (0,02) <sup>b</sup>
Представление о болезни	1,98 (1,09) <sup>a,b</sup>	1,09 (0,09) <sup>a</sup>	0,55 (0,04) <sup>b</sup>
Отношение к болезни	3,2 (0,87) <sup>a,b</sup>	2,70 (0,12) <sup>a</sup>	1,97 (0,06) <sup>b</sup>
Отношение к лечению	1,43 (0,73) <sup>a,b</sup>	1,04 (0,07) <sup>a</sup>	0,37 (0,04) <sup>b</sup>
Представление о будущем	1,64 (1,03) <sup>a,b</sup>	1,03 (0,10) <sup>a</sup>	0,09 (0,02) <sup>b</sup>
Отношение семьи к болезни	1,45 (0,83) <sup>b</sup>	1,35 (0,09)	0,14 (0,03) <sup>b</sup>
Отношение к госпитализации	2,5 (1,04) <sup>a,b</sup>	1,67 (0,11) <sup>a</sup>	1,67 (0,07) <sup>b</sup>
Суммарная оценка	13 (3,53) <sup>a,b</sup>	9,37 (0,29) <sup>a</sup>	4,92 (0,15) <sup>b</sup>

Примечание: а — значимые различия между группами А и Б ( $p < 0,001$ ), b — значимые различия между группами А и В ( $p < 0,001$ ).

Уровень негативных переживаний по поводу большинства компонентов ВКБ был достоверно выше в группе детей с ТОД. Статистически незначимыми оказались только различия в отношении семьи к болезни между группой детей с ТОД и с лейкозом: дети из обеих групп достоверно чаще, чем практически здоровые, в качестве реакции близких на их болезнь отмечали различные негативные эмоции и состояния.

Данные сравнения уровня негативных переживаний, связанных с отдельными компонентами ВКБ, и суммарной оценки выраженности отрицательных переживаний по вопросам здоровья, болезни и лечения в трех возрастных группах детей с ТОД представлены в табл. 2.

Таблица 2

**Результаты сравнения уровня негативных переживаний  
 в трех возрастных группах детей с ТОД**

Компоненты ВКБ	Подгруппа 1 (5–7 лет), М (SD)	Подгруппа 2 (8–11 лет), М (SD)	Подгруппа 3 (12–13 лет), М (SD)
Представление о здоровье	1,27 (0,65)	1,17 (0,79)	1,23 (0,93)
Представление о болезни	<b>1,73 (0,9)<sup>b*</sup></b>	<b>1,56 (0,92)<sup>c**</sup></b>	<b>2,77 (1,09)<sup>b*,c**</sup></b>
Отношение к болезни	<b>2,82 (0,6)<sup>b**</sup></b>	<b>2,89 (0,96)<sup>c**</sup></b>	<b>4 (0)<sup>b**,c**</sup></b>
Отношение к лечению	1,73 (0,9)	1,67 (0,51)	1,54 (0,78)
Представление о будущем	1,82 (0,75)	1,61 (1,29)	1,54 (0,88)
Отношение семьи к болезни	1,55 (0,69)	<b>1,17 (1,04)<sup>c*</sup></b>	<b>1,75 (0,44)<sup>c*</sup></b>
Отношение к госпитализации	<b>2,18 (1,16)<sup>b*</sup></b>	<b>2,1 (0,9)<sup>c**</sup></b>	<b>3,3 (0,63)<sup>b*,c**</sup></b>
Суммарная оценка	<b>13,09 (2,43)<sup>b*</sup></b>	<b>11,67 (3,29)<sup>c**</sup></b>	<b>16,15 (3,08)<sup>b*,c**</sup></b>

*Примечание:* а — значимые различия между подгруппами 1 и 2, b — значимые различия между подгруппами 1 и 3, с — значимые различия между подгруппами 2 и 3, «\*» —  $p < 0,05$ ; «\*\*» —  $p < 0,01$ .

Различия в выраженности негативных переживаний относительно таких компонентов ВКБ, как «представление о болезни», «отношение к болезни» и «отношение к госпитализации», были достоверными. Наиболее психотравмирующими данные компоненты ВКБ оказались для детей из 3-й подгруппы (12–13 лет).

Результаты качественного анализа полученных ответов с их категоризацией, а также межгрупповые различия в распределении ответов по выделенным категориям представлены в табл.3.

Таблица 3

**Результаты качественного анализа полученных ответов  
 в трех возрастных группах детей с туберкулезом**

Категории	Подгруппа 1 (5–7 лет), число и % ответов	Подгруппа 2 (8–11 лет), число и % ответов	Подгруппа 3 (12–13 лет), число и % ответов
<b>Представление о здоровье</b>			
1. Здоровье как отсутствие болезни; причина болезни — попадание в больницу	<b>11 (25)<sup>a,b**</sup></b>	<b>9 (12,5)<sup>a*</sup></b>	<b>3 (5,8)<sup>b**</sup></b>



Категории	Подгруппа 1 (5–7 лет), число и % ответов	Подгруппа 2 (8–11 лет), число и % ответов	Подгруппа 3 (12–13 лет), число и % ответов
2. Зависимость здоровья от физических факторов	<b>27 (61,4)<sup>b*</sup></b>	39 (54,2)	<b>21 (40,4)<sup>b*</sup></b>
3. Зависимость здоровья от эмоциональных факторов	<b>6 (13,6)<sup>a**,b***</sup></b>	<b>24 (33,3)<sup>a**,c*</sup></b>	<b>28 (53,8)<sup>b***,c*</sup></b>
<b>Представление о болезни</b>			
1. Катастрофизация	9 (40,9)	15 (41,7)	8 (30,8)
2. Снижение важности болезни	7 (31,8)	12 (33,3)	6 (23)
3. Гармоничные представления	6 (27,3)	9 (25)	12 (46,2)
<b>Отношение к болезни</b>			
1. Негативные эмоции и мысли	<b>8 (36,4)<sup>a*,b***</sup></b>	<b>25 (69,4)<sup>a*,c**</sup></b>	<b>21 (80,8)<sup>b***,c**</sup></b>
2. Оптимистичные мысли и желание скорее выздороветь	7 (31,8)	6 (16,7)	4 (15,4)
3. Ощущение симптомов и мысли о них	<b>7 (31,8)<sup>b**</sup></b>	5 (13,9)	<b>1 (3,8)<sup>b**</sup></b>
<b>Самое неприятное в болезни</b>			
1. Симптомы	3 (27,3)	2 (11,1)	1 (7,7)
2. Сама болезнь и ее характеристики (например, длительность лечения)	5 (45,5)	12 (66,7)	7 (53,8)
3. Лечение	2 (18,2)	2 (11,1)	2 (15,4)
4. Ограничения из-за госпитализации (невозможность заниматься спортом, увидеться с близкими)	1 (9)	2 (11,1)	3 (23,1)
<b>Отношение к лечению (что необходимо для выздоровления)</b>			
1. Факторы лечения	12 (54,6)	<b>20 (55,6)<sup>c*</sup></b>	<b>9 (34,6)<sup>c*</sup></b>
2. Физические факторы	<b>5 (22,7)<sup>b**</sup></b>	<b>7 (19,4)<sup>c***</sup></b>	<b>16 (61,5)<sup>b***,c***</sup></b>
3. Эмоциональные факторы	<b>5 (22,7)<sup>b*</sup></b>	<b>9 (25)<sup>c**</sup></b>	<b>1 (3,9)<sup>b*,c**</sup></b>
<b>Представление о будущем</b>			
1. Позитивный образ будущего	42 (95,5)	70 (97)	51 (98)
2. Негативный образ будущего	2 (4,5)	2 (3)	1 (2)
<b>Отношение семьи к болезни (реакция на болезнь ребенка)</b>			
1. Негативные эмоции и состояния	14 (63,6)	<b>18 (50)<sup>a*</sup></b>	<b>20 (77)<sup>c*</sup></b>

Категории	Подгруппа 1 (5–7 лет), число и % ответов	Подгруппа 2 (8–11 лет), число и % ответов	Подгруппа 3 (12–13 лет), число и % ответов
2. Поддержка ребенка и вера в выздоровление	8 (36,4)	18 (50) <sup>с*</sup>	6 (23) <sup>с*</sup>
<b>Отношение к госпитализации</b>			
1. Негативные эмоции, мысли, реакции	14 (42,4) <sup>б**</sup>	25 (46,3) <sup>с*</sup>	27 (69,2) <sup>б**,с*</sup>
2. Позитивные эмоции, мысли, реакции	19 (57,6) <sup>б*</sup>	29 (53,7) <sup>с*</sup>	12 (30,8) <sup>б*,с*</sup>

*Примечание:* а — значимые различия между подгруппами 1 и 2, б — значимые различия между подгруппами 1 и 3, с — значимые различия между подгруппами 2 и 3, «\*» —  $p < 0,05$ ; «\*\*» —  $p < 0,01$ ; «\*\*\*» —  $p < 0,001$ .

Анализ межгрупповых различий в распределении ответов по выделенным категориям между разными возрастными группами детей с ТОД выявил ряд закономерностей. Так, например, дети 5—7 лет достоверно чаще, чем дети из других подгрупп, называли госпитализацию причиной своей болезни: предложение «Мое здоровье было бы хорошим, если бы...» они продолжали «...я бы не пошел в больницу». В качестве же советов другим чтобы не болеть, дети этой подгруппы предлагали «не приходить в больницу», «не попадать в больницу». Также среди причин болезни 5—7-летние дети часто называли различные физические факторы («Мое здоровье было бы хорошим, если бы я...»: «...пил воду», «...кушал»; «Чтобы не болеть, я посоветовал бы другим...»: «...не качаться на качелях», «...пить много воды и одеваться тепло», «...чтобы они не кушали снег».

Дети 8—11 лет реже детей из двух других подгрупп отношение семьи к их заболеванию описывали негативными эмоциями и реакциями, чаще отмечали наличие поддержки и веры в их выздоровление со стороны близких. В подгруппе детей 12—13 лет был выявлен наибольший уровень негативных эмоций, связанных с госпитализацией, поскольку помимо необходимости прохождения лечения, детей этого возраста беспокоила невозможность заниматься любимыми делами (спортом, рыбалкой и т.д.) и видиться с друзьями. Дети этой возрастной группы чаще других в качестве реакции семьи на их заболевание называли негативные эмоции и реже, чем в двух других подгруппах отмечали наличие поддержки со стороны семьи и веры в их выздоровление. Значительно чаще детей из других возрастных групп дети 12—13 лет в качестве того, что необходимо для выздоровления, на-

зывали различные физические факторы: «хорошо одеваться», «хорошо кушать», — и реже отмечали собственно факторы лечения.

## Обсуждение

Результаты исследования подтвердили предположение о различиях в выраженности негативных переживаний по поводу отдельных компонентов ВКБ между группами детей с ТОД и с лейкозом, а также между группами детей старшего дошкольного, младшего школьного и младшего подросткового возраста, проходящих стационарное лечение ТОД.

Было выявлено, что уровень негативных переживаний, связанных с такими компонентами ВКБ, как «представление о болезни», «отношение к болезни» и «отношение к госпитализации» был значительно выше в группе детей младшего подросткового возраста ( $p < 0,01$ ). Это объясняется рядом особенностей данного возрастного периода, в частности тем, что одним из ведущих мотивов становится общение, и отношения со сверстниками приобретают первостепенную значимость. Именно поэтому невозможность продолжать общение с друзьями при госпитализации оказывается психотравмирующим фактором для подростков. Еще одной характерной чертой подросткового возраста является высокая значимость увлечений или хобби. В контексте госпитализации эта особенность несет негативные последствия в том случае, если увлечение подростка не может быть продолжено в условиях больницы. Поэтому предложение «Самое неприятное в моей болезни...» подростки продолжают «...это то, что я не могу заниматься спортом», «...то, что не могу пойти на рыбалку».

Качественный анализ данных исследования также выявил различия в распределении полученных ответов по выделенным категориям, которые были обусловлены возрастными различиями. Так, например, дети старшего дошкольного возраста достоверно чаще, чем дети из других подгрупп, причиной своей болезни считали госпитализацию (разница с группой младших школьников на уровне  $p < 0,05$ , младших подростков —  $p < 0,01$ ). Данный возраст характеризуется такими особенностями мышления, как наглядность и конкретность, поэтому ввиду отсутствия до госпитализации симптомов заболевания, субъективно воспринимаемых ребенком как тяжелые, дети делали вывод, что заболели из-за того, что пошли в больницу. Этим же объясняется убежденность детей 5—7 лет в том, что для того, чтобы не болеть, необходимо «не качаться на качелях», «не кушать снег»: в данном случае дети мыслят, опираясь на конкретные факты из своего личного опыта.

Качественный анализ данных позволил также проследить динамику в нарастании значимости эмоциональных факторов для здоровья от старше-

го дошкольного к младшему школьному и младшему подростковому возрасту. Если в возрасте 5—7 лет только 13,6% детей выделяли значимость данного фактора, то среди детей 8—11 лет эта цифра составляла уже 33,3%. В младшем же подростковом возрасте больше половины детей (53,8%) ставили здоровье в зависимость от эмоциональных факторов. Это обусловлено тем, что именно младший подростковый возраст является одним из ключевых этапов в процессе становления эмоциональной сферы.

Данные исследования также выявили значительные различия в выраженности негативных переживаний по поводу отдельных компонентов ВКБ между группами детей с ТОД, с лейкозом и здоровыми детьми ( $p < 0,001$ ). Это обусловлено, с одной стороны, различием в соматических проявлениях болезни: туберкулезный процесс у детей имеет менее выраженные физические проявления, в связи с чем ребенок существенно ограничен в понимании необходимости нахождения в стационаре, что приводит к большему уровню негативных эмоций, с другой стороны, тем фактом, что стационарному лечению ТОД у детей нередко предшествует длительное нахождение в противотуберкулезном санатории, что делает последующую госпитализацию более психотравмирующей для ребенка.

В сравнении со здоровыми детьми уровень негативных переживаний у детей с ТОД также был достоверно выше: в то время как опыт получения медицинской помощи и взаимодействия с медицинским персоналом у здоровых детей в большинстве случаев ограничивался амбулаторным посещением поликлиники, дети с ТОД уже имели в своем опыте госпитализацию, и зачастую не одну, а также различные неприятные медицинские вмешательства и процедуры.

## **Выводы**

Полученные результаты подтверждают гипотезу о наличии различий в выраженности негативных переживаний по поводу отдельных компонентов ВКБ между группами детей с ТОД и с лейкозом, а также между группами детей старшего дошкольного, младшего школьного и младшего подросткового возраста, проходящих стационарное лечение ТОД. В сравнении со здоровыми детьми и детьми с лейкозом уровень негативных переживаний, связанных с различными компонентами ВКБ, у детей, проходящих стационарное лечение ТОД, достоверно выше. Наибольшие различия в уровне негативных переживаний между детьми разных возрастных групп отмечаются в отношении к таким компонентам ВКБ, как «представления о болезни», «отношения к болезни» и «отношения к госпитализации», являющихся наиболее психотравмирующими для детей младшего подросткового возраста.

Качественный анализ полученных ответов позволил выявить определенные закономерности, обусловленные особенностями возраста. Дети старшего дошкольного возраста появление болезни часто связывают с посещением больницы и госпитализацией. Наибольший уровень негативных эмоций по поводу различных аспектов ВКБ отмечается у детей младшего подросткового возраста.

Полученные данные свидетельствуют о необходимости учета возрастных особенностей и специфики заболевания в разработке программ психологического сопровождения, что будет способствовать профилактике развития нервно — психических нарушений не только во время болезни, но и на последующих возрастных этапах.

В качестве ограничений данного исследования следует отметить невысокую численность выборки, узкий возрастной диапазон, а также отсутствие учета кросс-культурных особенностей детей и подростков. Это обуславливает необходимость проведения дальнейших исследований на выборках с большей численностью, включающих другие возрастные группы, а также учитывающих возможные культурные различия. Актуальным также представляется проведение подобных исследований у детей с другими соматическими заболеваниями.

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Буслаева А.С., Венгер А.Л., Лазуренко С.Б.* Задачи психологической помощи тяжело больному ребенку и его родителям // Культурно-историческая психология. 2016. Т. 12. № 1. С. 56—65. DOI:10.17759/chp.2016120106
2. *Буслаева А.С.* Личностные особенности детей и подростков с ревматическими болезнями: дисс. ...канд. психол. наук. М., 2020. 194 с.
3. *Выготский Л.С.* Собрание сочинений: в 6 т. Т.4. Детская психология. М.: Педагогика, 1984. 432 с.
4. *Захарова Е.В.* Модель психосоциального сопровождения больных туберкулезом: дисс. ... д-ра психол. наук. Самара, 2020. 392 с.
5. *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
6. *Кузнецова Е.А.* Особенности когнитивной и эмоционально-волевой сферы у подростков с соматоформной вегетативной дисфункцией: дисс. ... канд. психол. наук. СПб., 2017. 180 с.
7. *Куртанова Ю.Е.* Внутренняя картина болезни детей и подростков с лимфостазом [Электронный ресурс] // Психологическая наука и образование psyedu.ru. 2012. Том 4. № 4. URL: [https://psyjournals.ru/psyedu\\_ru/2012/n4/57082.shtml](https://psyjournals.ru/psyedu_ru/2012/n4/57082.shtml) (дата обращения: 03.08.2021)
8. *Куртанова Ю.Е., Зинченко М.Н.* Внутренняя картина болезни детей с нефрологическими заболеваниями и хронической почечной недостаточностью // Психологическая наука и образование. 2012. Т. 17. № 5. С. 19—28.

9. Рябова Т.В., Клипинина Н.В., Никольская Н.С., и др. Эмоциональный дистресс и субъективно значимые трудности у подростков с онкологическими и онкогематологическими заболеваниями, проходящих химиотерапию, и их матерей // Консультативная психология и психотерапия. 2021. Том 29. № 1. С. 92—111. DOI:10.17759/cpp.2021290106
10. Шац И.К. Больной ребенок и его семья: формы и возможности психологической помощи: учебное пособие / И.К.Шац. СПб: СпецЛит, 2016. 303 с.
11. Шац И.К. Психические расстройства у детей, страдающих острым лейкозом: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Л., 1989. 24 с.
12. Эм М.А., Дани Л., Дворяничков Н.В., и др. Как дети понимают здоровье и болезнь: размышления с точки зрения теории социальных представлений // Культурно-историческая психология. 2018. Т.14. № 1. С. 15—22. DOI:10.17759/chr.2018140102
13. Ben-Ari A., Aloni R., Ben-David S., et al. Parental Psychological Flexibility as a Mediating Factor of Post-Traumatic Stress Disorder in Children after Hospitalization or Surgery. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. [Электронный ресурс]. 2021. Vol. 18. № 21. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34770210/> (дата обращения: 17.03.2022). DOI: 10.3390/ijerph182111699
14. Lee M.Y., Mu P.F., Tsay S.F., et al. Body image of children and adolescents with cancer: a metasynthesis on qualitative research findings // *Nurs. Health Sci*. 2012. Vol.14. № 3. P. 381—390. DOI: 10.1111/j.1442-2018.2012.00695.x
15. Lewandowska A. Influence of a Child's Cancer on the Functioning of Their Family // *Children (Basel)*. 2021. Vol. 8. № 7. P. 592. DOI: 10.3390/children8070592
16. Luljuraj D., Maneval R.E. Unaccompanied Hospitalized Children: An Integrative Review // *J. Pediatr. Nurs*. 2021. Vol. 56. P. 38—46. DOI: 10.1016/j.pedn.2020.10.015
17. Meentken M. G., van der Ende J., del Canho R., et al. Psychological outcomes after pediatric hospitalization: The role of trauma type // *Children's Health Care*. 2021. Vol. 50. № 3. P. 278—292. DOI:10.1080/02739615.2021.1890077
18. Meyerson K.A., Hoddinott G., Garcia-Prats A.J., et al. Caregiver-child separation during tuberculosis hospitalisation: a qualitative study in South Africa // *S. Afr. J. Psychol*. 2021. Vol. 51. № 3. P. 409—421. DOI: 10.1177/0081246320962729
19. Pao M., Bosk A. Anxiety in medically ill children/adolescents // *Depression and Anxiety*. 2011. Vol. 28. № 1. P. 40—49. DOI:10.1002/da.20727
20. Schmidt L., Fröhling H. Lay concepts of health and illness from developmental perspective // *Psychology and Health*, 2000. Vol. 15, P. 229—238. DOI:10.1080/08870440008400303
21. Triantafyllou C, Matziou V. Aggravating factors and assessment tools for Posttraumatic Stress Disorder in children after hospitalization // *Psychiatriki*. 2019. Vol. 30. № 3. P. 264—270. DOI: 10.22365/jpsych.2019.303.256
22. Wu L.M., Chin C.C., Haase J.E., et al. Coping experiences of adolescents with cancer: a qualitative study // *J. Adv. Nurs*. [Электронный ресурс]. 2009. Vol. 65. № 11. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19737322/> (дата обращения: 17.03.2022). DOI: 10.1111/j.1365-2648.2009.05097.x
23. Zhang S., Ruan W., Li Y., et al. 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/> (дата обращения: 17.03.2022) DOI: 10.1186/1471-2458-14-132

24. Zvonareva O., Witte S., Kabanets N., et al. Adolescents in a tuberculosis hospital: Qualitative study of how relationships with doctors, caregivers, and peers mediate their mental wellbeing // PLoS One. [Электронный ресурс]. 2021. Vol. 16. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34597311/> (дата обращения: 17.03.2022) DOI: 10.1371/journal.pone.0257379

## REFERENCES

1. Buslaeva A.S., Venger A.L., Lazurenko S.B. Zadachi psikhologicheskoi pomoshchi tyazhelo bol'nomu rebenku i ego roditelyam [Tasks of psychological assistance to a seriously ill child and his parents]. *Kul'turno-istoricheskaya psikhologiya* [Cultural-Historical Psychology], 2016. Vol. 12, no. 1, pp. 56—65. DOI:10.17759/chp.2016120106. (In Russ., abstr. in Engl.).
2. Buslaeva A.S. Lichnostnye osobennosti detei i podrostkov s revmaticeskimi boleznyami: diss. ...kand. psikhol. nauk. [Personal characteristics of children and adolescents with rheumatic diseases. Ph. D. (Psychology) diss.] Moscow, 2020, 194 p. (In Russ.).
3. Vygotskii L.S. Sbranie sochinenii: v 6 t. T.4. Detskaya psikhologiya [Collected Works: in 6 vol. Vol.3. Child psychology]. Moscow: Publ. Pedagogika, 1984, 432 p. (In Russ.).
4. Zakharova E.V. Model' psikhosotsial'nogo soprovozhdeniya bol'nykh tuberkulezom [Model of psychosocial support of tuberculosis patients. Dr.Sci. (Psychology) diss.]. Samara, 2020, 392 p. (In Russ.).
5. Zolotova N. V., Akhtyamova A.A. Razlichnye aspekty vnutrennei kartiny bolezni u podrostkov, bol'nykh tuberkulezom organov dykhaniya [Various aspects of the internal picture of the disease in adolescents with respiratory tuberculosis]. *Vestnik Tsentral'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta tuberkuleza* [Bulletin of the Central Research Institute of Tuberculosis], 2020, no. 2, pp. 68—73. DOI: 10.7868/S2587667820020089 (In Russ., abstr. in Engl.).
6. Kuznecova E.A. Osobennosti kognitivnoj i jemotsional'no-volevoj sfery u podrostkov s somatofornnoj vegetativnoj disfunkciej [Features of the cognitive and emotional-volitional sphere in adolescents with somatoforn autonomic dysfunction. Ph. D. (Psychology) diss.]. Saint Petersburg, 2017, 180 p. (In Russ.).
7. Kurtanova Ju.E. Vnutrennjaja kartina bolezni detej i podrostkov s limfostazom [The internal picture of the disease of children and adolescents with lymphostasis] [Elektronnyj resurs]. *Psikhologicheskaja nauka i obrazovanie* [Psychological Science and Education] 2012. T. 4. no. 4. [Electronic resource psyedu.ru.] URL: [https://psyjournals.ru/psyedu\\_ru/2012/n4/57082.shtml](https://psyjournals.ru/psyedu_ru/2012/n4/57082.shtml) (Accessed 03.08.2021) (In Russ., abstr. in Engl.).
8. Kurtanova Ju.E., Zinchenko M.N. Vnutrennjaja kartina bolezni detej s nefrologicheskimi zabolevanijami i hronicheskoj pochechnoj nedostatochnost'ju [The internal picture of the disease of children with nephrological diseases and chronic renal failure]. *Psikhologicheskaja nauka i obrazovanie* [Psychological Science and Education], 2012, Vol. 17, no. 5, pp. 19—28. (In Russ., abstr. in Engl.).

9. Rjabova T.V., Klipinina N.V., Nikol'skaja N.S., i dr. Jemocional'nyj distress i sub#ektivno znachimye trudnosti u podrostkov s onkologicheskimi i onkogematologicheskimi zabolevanijami, prohodjashhij himioterapiju, i ih materej [Emotional distress and subjectively significant difficulties in adolescents with oncological and oncohematological diseases undergoing chemotherapy and their mothers]. *Konsul'tativnaja psihologija i psihoterapija [Counseling Psychology and Psychotherapy]*, 2021, Vol. 29, no. 1, pp. 92—111. DOI:10.17759/cpp.2021290106 (In Russ., abstr. in Engl.).
10. Shats I.K. Bol'noi rebenok i ego sem'ya: formy i vozmozhnosti psikhologicheskoi pomoshchi: uchebnoe posobie [A sick child and his family: forms and possibilities of psychological assistance: textbook]. Saint Petersburg: Publ. SpetsLit, 2016. 303 s. (In Russ.).
11. Shats I.K. Psikhicheskie rasstroistva u detei, stradayushchikh ostrym leikozom: avtoref. diss. ... kand. med. nauk [Mental disorders in children suffering from acute leukemia. Dr. Sci. (Medicine) Thesis]. Leningrad, 1989. 24 p. (In Russ.).
12. Em M.A., Dani L., Dvoryanchikov N.V., i dr. Kak deti ponimayut zdorov'e i bolezn': razmyshleniya s tochki zreniya teorii sotsial'nykh predstavlenii [How children understand health and illness: reflections from the point of view of the theory of social representations]. *Kul'turno-istoricheskaya psikhologiya [Cultural-Historical Psychology]*, 2018, Vol. 14, no. 1, pp. 15—22. DOI:10.17759/chp.2018140102 (In Russ., abstr. in Engl.).
13. Ben-Ari A., Aloni R., Ben-David S., et al. Parental Psychological Flexibility as a Mediating Factor of Post-Traumatic Stress Disorder in Children after Hospitalization or Surgery. *Int. J. Environ. Res. Public Health [Elektronnyi resurs]*, 2021, Vol. 18, no. 21. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34770210/> (Accessed 17.03.2022). DOI: 10.3390/ijerph18211699
14. Lee M.Y., Mu P.F., Tsay S.F., et al. Body image of children and adolescents with cancer: a metasynthesis on qualitative research findings. *Nurs. Health Sci.* 2012, Vol.14, no. 3. pp. 381—90. DOI: 10.1111/j.1442-2018.2012.00695.x
15. Lewandowska A. Influence of a Child's Cancer on the Functioning of Their Family. *Children (Basel)*. 2021. Vol.8, №7, p. 592. DOI: 10.3390/children8070592
16. Lulgjuraj D., Maneval R.E. Unaccompanied Hospitalized Children: An Integrative Review. *J. Pediatr. Nurs.* 2021, Vol. 56, pp. 38—46. DOI: 10.1016/j.pedn.2020.10.015
17. Meentken M. G., van der Ende J., del Canho R., et al. Psychological outcomes after pediatric hospitalization: The role of trauma type. *Children's Health Care*, 2021, Vol. 50, no. 3, pp. 278—292. DOI:10.1080/02739615.2021.1890077
18. Meyerson K.A., Hoddinott G., Garcia-Prats A.J., et al. Caregiver-child separation during tuberculosis hospitalisation: a qualitative study in South Africa. *S. Afr. J. Psychol.* 2021, Vol. 51, no. 3, pp. 409—421. DOI: 10.1177/0081246320962729
19. Pao, M., & Bosk, A. Anxiety in medically ill children/adolescents. *Depression and Anxiety*, 2011, Vol. 28, № 1, pp. 40—49. DOI:10.1002/da.20727
20. Schmidt L., Fröhling H. Lay concepts of health and illness from developmental perspective. *Psychology and Health*, 2000, Vol. 15, pp. 229—238. DOI:10.1080/08870440008400303
21. Triantafyllou C, Matziou V. Aggravating factors and assessment tools for Posttraumatic Stress Disorder in children after hospitalization. *Psychiatriki*, 2019, Vol. 30, no. 3, pp. 264—270. DOI: 10.22365/jpsych.2019.303.256



22. Wu L.M., Chin C.C., Haase J.E., et al. Coping experiences of adolescents with cancer: a qualitative study. *J. Adv. Nurs.* [Elektronnyi resurs], 2009, Vol. 65, no. 11. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19737322/> (Accessed 17.03.2022). DOI: 10.1111/j.1365-2648.2009.05097.x
23. Zhang S., Ruan W., Li Y., et al. Experiences of the parents caring for their children during a tuberculosis outbreak in high school: a qualitative study. *BMC Public Health.* [Elektronnyi resurs], 2014, Vol. 14, URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24507182/> (Accessed 17.03.2022) DOI: 10.1186/1471-2458-14-132
24. Zvonareva O., Witte S., Kabanets N., et al. Adolescents in a tuberculosis hospital: Qualitative study of how relationships with doctors, caregivers, and peers mediate their mental wellbeing. *PLoS One.* [Elektronnyi resurs], 2021, Vol. 16, URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34597311/> (Accessed 17.03.2022) DOI: 10.1371/journal.pone.0257379

### **Информация об авторах**

*Шелоумова Оксана Сергеевна*, научный сотрудник лаборатории изучения психологических проблем туберкулеза, ФГБНУ «Центральный научно-исследовательский институт туберкулеза» (ФГБНУ «ЦНИИТ»), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2323-2253>, e-mail: [oksanasheloumova@yandex.ru](mailto:oksanasheloumova@yandex.ru)

*Золотова Наталья Владимировна*, кандидат психологических наук, старший научный сотрудник, заведующая лабораторией изучения психологических проблем туберкулеза, ФГБНУ «Центральный научно-исследовательский институт туберкулеза» (ФГБНУ «ЦНИИТ»), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0048-4394>, e-mail: [zolotova\\_n@mail.ru](mailto:zolotova_n@mail.ru)

### **Information about the authors**

*Oksana S. Sheloumova*, Research associate of the Laboratory for the Study of Psychological Problems of Tuberculosis, Central Research Institute of Tuberculosis, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2323-2253>, e-mail: [oksanasheloumova@yandex.ru](mailto:oksanasheloumova@yandex.ru)

*Natalia V. Zolotova*, PhD in Psychology, Senior Researcher, Head of the Laboratory for the Study of Psychological Problems of Tuberculosis, Central Research Institute of Tuberculosis, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0048-4394>, e-mail: [zolotova\\_n@mail.ru](mailto:zolotova_n@mail.ru)

Получена 13.12.2021

Received 13.12.2021

Принята в печать 01.06.2022

Accepted 01.06.2022