

*Психологические и психосоматические последствия тяжелых
соматических заболеваний и наркозависимости у детей и подростков*
*Psychological And Psychosomatic Consequences of Severe Somatic Diseases
and Drug Addiction in Children and Adolescents*

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ В СТАЦИОНАР И ЕГО СВЯЗЬ С РАННИМИ ДЕЗАДАПТИВНЫМИ СХЕМАМИ

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

Длительные сроки лечения туберкулеза органов дыхания (ТОД) обуславливают актуальность проблемы стрессогенного воздействия госпитализации во фтизиатрии. В связи с этим остро встает вопрос о том, наличие каких факторов связано с большей выраженностью психоэмоциональных нарушений у детей при прохождении лечения в стационаре. **Цель.** Работа посвящена изучению взаимосвязи характеристик психоэмоционального статуса с ранними дезадаптивными схемами (РДС) у детей младшего школьного возраста с ТОД при поступлении в стационар. **Материалы и методы.** В исследовании приняли участие 28 детей 8—12 лет с ТОД, проходивших лечение в стационаре (15 девочек и 13 мальчиков). Были использованы следующие методики: опросник депрессии у детей (CDI) М. Ковак, опросник «Сильные стороны и трудности (SDQ)», шкала явной тревожности для детей (СМАС), цветовой тест Люше-

ра, Дюссельдорфский иллюстрированный опросник схем у детей (DISC). **Результаты и выводы.** Выявлена связь повышенного уровня депрессии с большей выраженностью РДС «жесткие стандарты/придирчивость», «подавление эмоций», «негативизм/пессимизм», «неуспешность», «самопожертвование», «уязвимость», «социальная отчужденность» и «дефективность/стыдливость». Нарушения психосоциальной адаптации положительно коррелировали со следующими РДС: «запутанность/неразвитая идентичность», «недоверие/ожидание жестокого обращения», «дефективность/стыдливость» и «жесткие стандарты/придирчивость».

Ключевые слова: ранние дезадаптивные схемы (РДС), психоэмоциональные нарушения, психосоциальная адаптация, дети, младший школьный возраст, туберкулез органов дыхания, стационарное лечение.

Для цитаты: Шелоумова О.С. Психоэмоциональный статус детей младшего школьного возраста с туберкулезом органов дыхания при поступлении в стационар и его связь с ранними дезадаптивными схемами // Консультативная психология и психотерапия. 2024. Том 32. № 2. С. 48—67. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2024320203>

PSYCHOEMOTIONAL STATUS OF PRIMARY SCHOOL CHILDREN WITH RESPIRATORY TUBERCULOSIS UPON ADMISSION TO THE HOSPITAL AND ITS CONNECTION WITH EARLY MALADAPTIVE SCHEMES

OKSANA S. SHELOUMOVA

Central Research Institute of Tuberculosis, Moscow, Russia

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

e-mail: oksanasheloumova@yandex.ru

Long-term treatment of respiratory tuberculosis (RT) determines the urgency of the problem of the stressful effects of hospitalization in phthiology. In this regard, the question of what factors are associated with a greater severity of psychoemotional disorders in children during treatment in a hospital is acute. **Aim.** The work is devoted to the study of the relationship between the characteristics of psychoemotional status with early maladapted schemes (EMS) in primary school-age children with RT upon admission to the hospital. **Materials and methods.** The study involved 28 children aged 8—12 years with RT who were treated in a hospital (15 girls and 13 boys). The following methods were used: M. Kovacs' Children's Depression In-

ventory (CDI), Strengths and Difficulties Questionnaires (SDQ), The Children's Form of Manifest Anxiety Scale (CMAS), the Lusher color test, The Dusseldorf Illustrated Schema Questionnaire for Children (DISC). **Results and conclusions.** The association of an increased level of depression with a greater severity of EMS "unrelenting standards", "emotional inhibition", "negativity/pessimism", "failure", "self-sacrifice", "vulnerability", "social isolation/alienation" and "defectiveness/shame" was revealed. Disorders of psychosocial adaptation positively correlated with the following EMS: "enmeshment/undeveloped self", "mistrust/abuse", "defectiveness/shame" and "unrelenting standards".

Keywords: early maladaptive schemes (EMS), psychoemotional disorders, psychosocial adaptation, children, primary school age, respiratory tuberculosis, inpatient treatment.

For citation: Sheloumova O.S. Psychoemotional Status of Primary School Children with Respiratory Tuberculosis upon Admission to the Hospital and its Connection with Early Maladaptive Schemes. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2024. Vol. 32, no. 2, pp. 48–67. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2024320203> (In Russ.).

Введение

Госпитализация и предшествующая ей постановка диагноза оказывают серьезное стрессогенное воздействие на пациентов любого возраста, приводя к нарушению психологической адаптации и возникновению различных психопатологических симптомов. Однако самой уязвимой возрастной категорией являются дети, для которых стационарное лечение и различные медицинские процедуры становятся травмирующим опытом, вызывающим различные психосоциальные трудности [19]. Наиболее выраженные негативные психологические последствия после госпитализации наблюдаются у детей, проходивших стационарное лечение без сопровождения взрослого [18].

Во фтизиатрии актуальность вопросов стрессогенного воздействия госпитализации является очень высокой, поскольку туберкулез органов дыхания (ТОД) остается одним из заболеваний, требующих госпитализации для обеспечения оптимального соблюдения сложных схем химиотерапии и проведения комплексного лечения. Длительность стационарного лечения ТОД у детей и подростков при различных клинико-эпидемиологических характеристиках заболевания может варьировать от 6 до 18 месяцев, а в ряде случаев и превышать эти сроки. В то время как значительная доля пациентов дошкольного возраста госпитализируются в сопровождении взрослого, дети младшего школьного возраста в подавляющем большинстве случаев на протяжении всего срока лечения находятся в стационаре без сопровождения родителя или опекуна. Это обусловлено, с одной стороны, отсутствием симптомов, нарушающих

социально-бытовую адаптацию ребенка, с другой стороны, такими социальными причинами, как необходимость осуществления родителями или опекунами трудовых функций, а также воспитанием ими сиблингов.

Результаты исследования в группе детей 7—14 лет с ТОД демонстрируют наличие серьезных стрессовых переживаний, возникших в процессе постановки диагноза и при последующем стационарном лечении. Это приводит к возникновению трудностей в физической, психической и социальной сферах [20]. Показано, что уже в начале госпитализации у значительного числа детей с ТОД 6—13 лет отмечается повышенный уровень нервно-психического напряжения и тревоги [9]. В связи с этим особую важность представляет выявление факторов неблагоприятного психоэмоционального состояния детей на этапе стационарного лечения ТОД для определения мишеней психокоррекционного и психотерапевтического воздействия.

В исследованиях, проведенных в последнее десятилетие, показана роль ранних дезадаптивных схем (РДС) в возникновении симптомов психопатологии, а также подчеркнута важность оценки РДС для разработки программ психологического сопровождения, направленных на предотвращение развития психоэмоциональных нарушений у детей и подростков [21; 22].

РДС представляют собой широкие, всеобъемлющие паттерны, состоящие из воспоминаний, эмоций, когнитивных и телесных ощущений, затрагивающих отношения с самим собой и с другими людьми, сформировавшиеся в детстве или в подростковом возрасте вследствие нарушений удовлетворения эмоциональных потребностей, оказывающих непосредственное влияние на восприятие и осмысление дальнейших жизненных событий и обстоятельств [10]. Выявлена взаимосвязь ряда РДС с показателями тревоги и депрессии у подростков 12—18 лет с эпизодической и хронической мигренью [14], а также положительная корреляция между РДС и тревожными автоматическими мыслями социальной направленности, являющимися посредниками между РДС и симптомами социальной тревожности, у подростков 13—17 лет [11]. Наряду с этим изучена опосредующая роль РДС во взаимосвязи между восприятием болезни и стратегиями преодоления боли у подростков с диагнозом мигрень [16].

Отмечается наличие причинно-следственной связи между РДС и депрессией, безнадежностью, алекситимией, являющихся факторами уязвимости к самоубийству [15]. Подчеркивается важность оценки РДС в профилактике и раннем выявлении подростков с анорексией, а также отмечается возможность индивидуализации психотерапевтического лечения этой группы пациентов с учетом РДС [12].

Имеются данные о связи ряда РДС с выраженностью психопатологической симптоматики и особенностями совладания со стрессом у

взрослых пациентов с ТОД [6]. Однако данных о психоэмоциональном статусе детей, проходящих стационарное лечение ТОД, в связи с РДС найти не удалось.

Целью данного исследования стало изучение взаимосвязи характеристик психоэмоционального статуса с ранними дезадаптивными схемами у детей младшего школьного возраста с ТОД при поступлении в стационар.

Гипотезой исследования явилось предположение о том, что большая выраженность определенных РДС будет коррелировать с более высоким уровнем психоэмоциональных нарушений у детей с ТОД при поступлении в стационар.

Метод

Исследование проводилось очно, индивидуально, в период с октября 2022 года по июль 2023 года в ФГБНУ «Центральный научно-исследовательский институт туберкулеза» (ФГБНУ «ЦНИИТ»).

Выборка. В исследование были включены 28 пациентов с ТОД в возрасте 8–12 лет ($10,39 \pm 1,7$), поступивших на стационарное лечение, из них — 15 (53,57%) девочек и 13 (46,43%) мальчиков. Родители и опекуны госпитализированных детей давали письменное согласие на проведение исследования в рамках сотрудничества с учреждением. Участие для всех респондентов было добровольным. Исследование получило одобрение Локального этического комитета ФГБНУ «ЦНИИТ».

Для достижения цели исследования были использованы следующие **методики**.

1. Для определения депрессии использовался Опросник депрессии у детей (CDI) М. Ковак [1].

2. Оценка психосоциальной адаптации детей осуществлялась с помощью опросника «Сильные стороны и трудности (SDQ)», русскоязычные версии которого валидизированы Е.Р. Слободской и соавторами [13]. К отклоняющемуся от нормы показателю общего числа проблем психологической адаптации относили значения, превышающие нормальный уровень (> 15 баллов).

3. Тревожность выявлялась с помощью Шкалы явной тревожности для детей (СМАС) [8].

4. Определение нервно-психической напряженности, тревоги и стресса осуществлялось с помощью методики «Цветовой тест Люшера (ЦТЛ)» с последующим математическим анализом цветовых выборов в соответствии с расчетными формулами [3; 7]. К повышенному уровню нервно-психической напряженности относили значения, превышающие 3 балла [9]. Наличие тревоги и стрессового состояния регистрировали в случае отличия показателя от нулевого значения.

5. Для определения ранних дезадаптивных схем использовался Дюссельдорфский иллюстрированный опросник схем у детей (DISC) [17] в адаптации Е.В. Романовой и М.В. Галимзяновой [4]. Наличие РДС регистрировали в том случае, когда количество баллов по схеме превышало 4.

Процедура. Обследование проводилось в форме интервью в течение первой недели после поступления ребенка в стационар: медицинский психолог зачитывал вопросы и фиксировал ответы пациентов.

Статистическая обработка проводилась с помощью пакета SPSS 23.0. Анализ клинико-психологических характеристик и РДС у пациентов осуществлялся с помощью методов описательной статистики. Для выявления связи между показателями психоэмоционального статуса и выраженностью РДС использовался коэффициент ранговой корреляции r Спирмена. Достоверными считались различия при $p < 0,05$.

Результаты

На рис. 1 можно увидеть, что в первую неделю после поступления в стационар в психоэмоциональном статусе большинства пациентов выявлялись тревога и стрессовое состояние (у 22 (78,6%) и 23 (82,2%) детей соответственно). Наряду с этим были отмечены и другие симптомы психоэмоциональных нарушений: для 16 (57,1%) пациентов было характерно наличие повышенного уровня нервно-психической напряженности, у 14 (50%) детей уровень депрессивных симптомов превышал средние значения. Тревожность 16 (57,1%) пациентов была выше нормального уровня (среднее значение по контрольной субшкале социальной желательности = 4,86 (SD = 2,34)).

Несмотря на то, что показатели по шкале общего числа проблем у большинства пациентов (21 чел., 75%) не превышали нормальных значений, частотный анализ результатов по отдельным характеристикам психосоциальной адаптации выявил наличие у значительного числа пациентов эмоциональных и поведенческих проблем, а также проблем со сверстниками. Они были характерны для 10 (35,7%), 13 (46,4%) и 12 (42,9%) пациентов соответственно (табл. 1).

На рис. 2 можно увидеть, что для значительного числа пациентов характерно наличие таких РДС, как «зависимость/беспомощность» — 17 (60,7%), «подавление эмоций» — 17 (60,7%), «жесткие стандарты/придирчивость» — 17 (60,7%), «запутанность/неразвитая идентичность» — 18 (64,3%) и «самопожертвование» — 19 (67,9%). Наряду с этим, обращает на себя внимание увеличение среднего балла выраженности РДС с возрастанием частоты их выявления: от $M = 3,32$ для РДС «эмоциональная депривированность» и «привилегированность/грандиозность»,

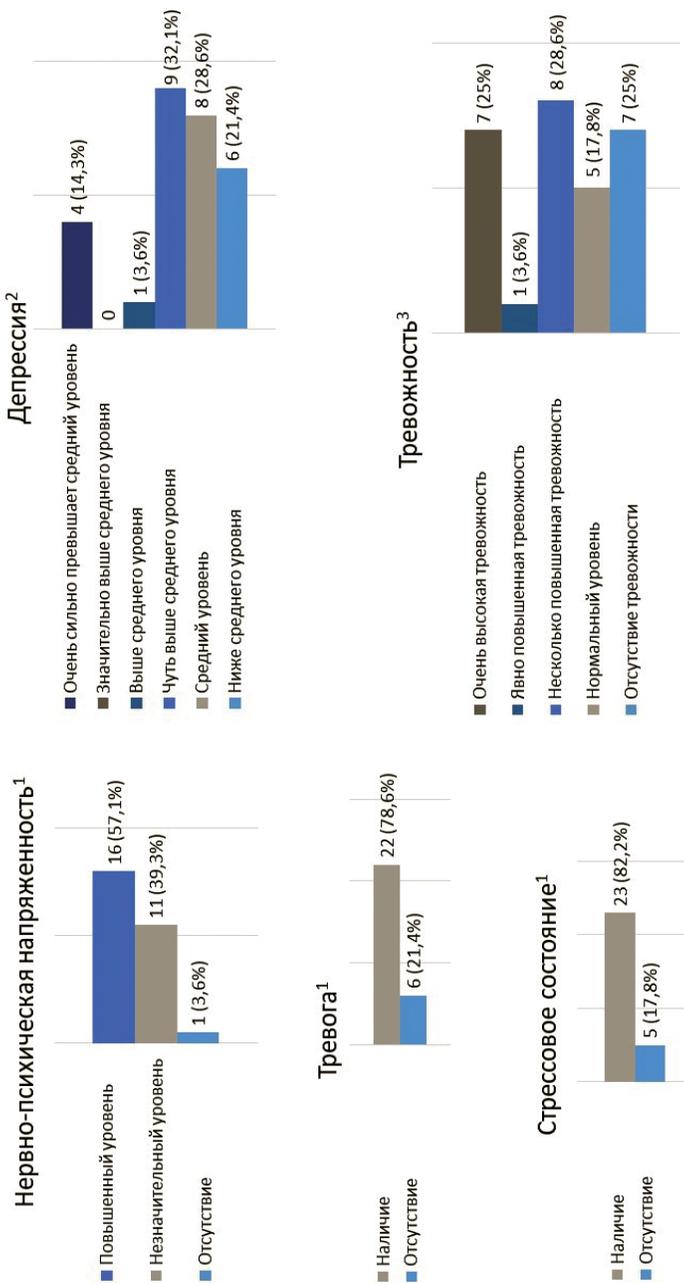


Рис. 1. Результаты частотного анализа клинико-психологических показателей пациентов (N = 28):
 1 — по Цветовому тесту Люшера; 2 — по Опроснику депрессии у детей (CDI) М. Ковак; 3 — по Шкале явной тревожности для детей (CMAS)

Таблица 1

**Показатели психосоциальной адаптации пациентов
(опросник «Сильные стороны и трудности, SDQ)**

Характеристики	Нормальный уровень, n (%)	Пограничный уровень, n (%)	Отклоняющийся уровень, n (%)	Всего отклонений от нормального уровня	M (SD)
Эмоциональные проблемы	18 (64,3)	7 (25,0)	3 (10,7)	10 (35,7)	4,61 (2,13)
Проблемы с поведением	15 (53,6)	11 (39,3)	2 (7,1)	13 (46,4)	2,21 (1,89)
Гиперактивность	23 (82,1)	1 (3,6)	4 (14,3)	5 (17,9)	2,64 (2,5)
Проблемы со сверстниками	16 (57,1)	5 (17,9)	7 (25,0)	12 (42,9)	3,79 (2,41)
Общее число проблем	21 (75,0)	2 (7,1)	5 (17,9)	7 (25,0)	13,25 (6,93)
Просоциальное поведение	24 (85,7)	1 (3,6)	3 (10,7)	4 (14,3)	7,36 (2,02)

Примечание: M — среднее значение; SD — стандартное отклонение.

выявленных у 14,3% пациентов, до M = 5,61 для РДС «самопожертвование», характерной для 67,9% пациентов.

Анализ взаимосвязи выраженности РДС с показателями депрессии показал наличие сильной положительной корреляционной связи с высоким уровнем значимости между схемой «жесткие стандарты/придирчивость» и такими симптомами депрессии, как «негативное настроение» ($r = 0,716$, $p < 0,01$) «межличностные проблемы» ($r = 0,742$, $p < 0,01$), а также общим показателем депрессии ($r = 0,735$, $p < 0,01$). Наряду с этим выявлено, что повышение данного показателя депрессии связано с большей выраженностью таких схем, как «подавление эмоций» ($r = 0,621$, $p < 0,01$), «негативизм/пессимизм» ($r = 0,525$, $p < 0,01$), «неуспешность» ($r = 0,528$, $p < 0,01$), «самопожертвование» ($r = 0,430$, $p < 0,05$), «уязвимость» ($r = 0,426$, $p < 0,05$), «социальная отчужденность» ($r = 0,410$, $p < 0,05$) и «дефективность/стыдливость» ($r = 0,410$, $p < 0,05$).

Результаты исследования показали, что помимо схемы «жесткие стандарты/придирчивость» значимую положительную связь с наибольшим количеством симптомов депрессии имеют такие РДС, как «негативизм/пессимизм», «подавление эмоций», «самопожертвование», «привелегированность/грандиозность», «уязвимость» и «неуспешность» (табл. 2).

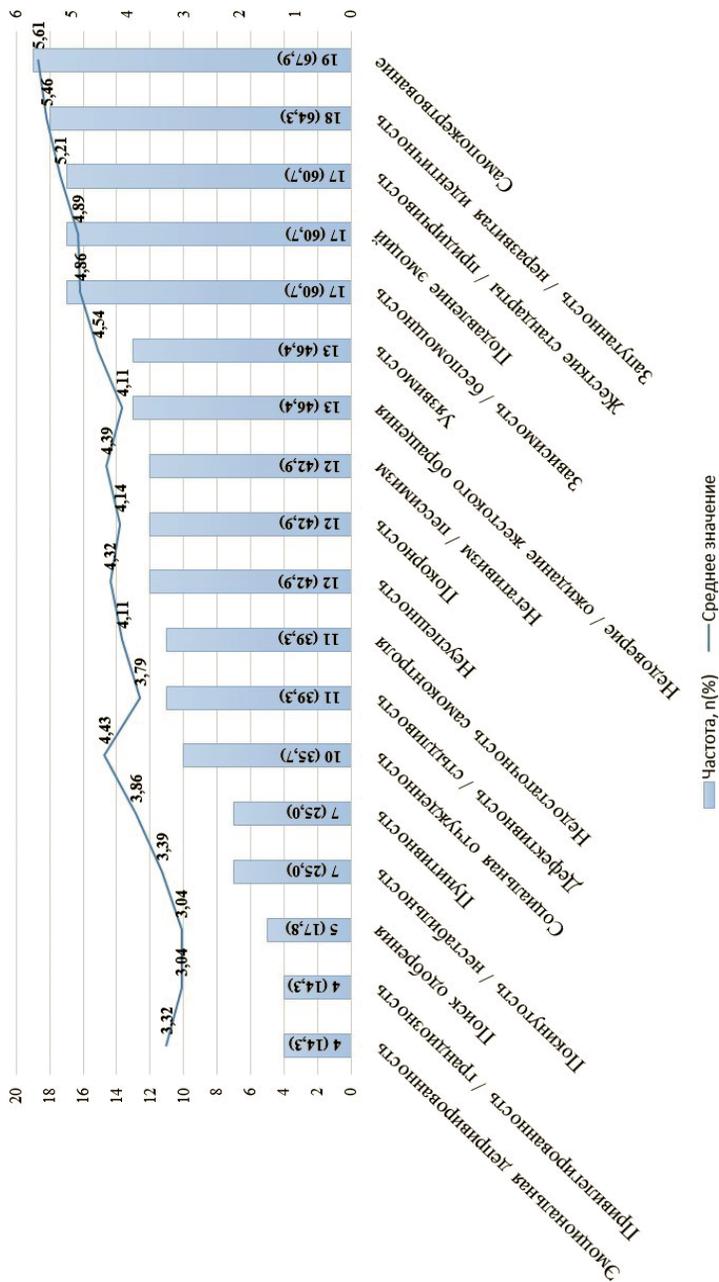


Рис. 2. Частоты и средние значения РДС у пациентов

Таблица 2

Связь ранних дезадаптивных схем с показателями депрессии

Ранние дезадаптивные схемы	Шкала явной тревожности для детей (CMAS)					
	Негативное настроение	Межличностные проблемы	Неэффektiv- ность	Ангедония	Негативная самооценка	Общий показатель депрессии
Эмоциональная депри- вированность	0,308	0,265	0,101	-0,056	-0,013	0,155
Покинутость/ нестабильность	0,466*	0,143	0,308	0,321	0,042	0,366
Недоверие/ожидание жестокого обращения	0,338	0,166	0,101	0,091	-0,111	0,215
Социальная отчужденность	0,147	0,230	0,094	0,096	0,112	0,410*
Дефективность/стыдли- вость	0,223	0,251	0,227	0,315	0,319	0,410*
Неуспешность	0,426*	0,441*	0,303	0,321	0,383*	0,528**
Зависимость/беспомощ- ность	0,365	0,461*	-0,098	0,248	-0,052	0,242
Уязвимость	0,401*	0,417*	0,470*	0,236	0,228	0,426*
Запутанность/неразви- тая идентичность	0,204	0,245	0,010	0,154	0,040	0,182
Привилегированность/ грандиозность	0,344	0,385*	0,066	0,385*	0,110	0,381*
Недостаточность само- контроля	0,053	0,042	0,222	0,059	-0,141	0,045
Покорность	0,192	0,228	0,201	0,168	0,300	0,357
Самопожертвование	0,348	0,491**	-0,193	0,533**	0,187	0,430*
Поиск одобрения	-0,036	0,030	-0,106	0,185	0,024	0,080
Подавление эмоций	0,686**	0,658**	0,530**	0,319	0,331	0,621**
Жесткие стандарты/при- дирчивость	0,716**	0,742**	0,349	0,519**	0,470*	0,735**
Негативизм/пессимизм	0,569**	0,401*	0,444*	0,389*	0,275	0,525**
Пунитивность	0,362	0,432*	0,047	0,189	0,072	0,257

Примечание: «*» — статистическая значимость корреляционной связи по г Спирмена $p < 0,05$; «**» — статистическая значимость корреляционной связи по г Спирмена $p < 0,01$.

Анализ взаимосвязи РДС и психосоциальной адаптации (табл. 3) выявил наличие положительной корреляционной связи высокого уровня значимости между схемой «запутанность/неразвитая идентичность» и такими показателями, как проблемы с поведением ($r = 0,502, p < 0,01$), проблемы со сверстниками ($r = 0,500, p < 0,01$) и общее число проблем ($r = 0,498, p < 0,01$), а также отрицательной — с просоциальным поведением ($0,539, p < 0,01$). Показатели шкалы «Эмоциональные проблемы», отрицательно связанные со схемой «поиск одобрения» ($r = -0,475, p < 0,05$), коррелировали с большей выраженностью схем «недоверие/ожидание жестокого обращения» ($r = 0,474,$) и «дефективность/стыдливость» ($r = 0,382, p < 0,05$).

Наряду с этим было выявлено, что схема «жесткие стандарты/придирчивость» положительно связана с показателем проблем с поведением ($r = 0,392, p < 0,05$), со сверстниками ($r = 0,411, p < 0,05$) и общим числом проблем ($r = 0,377, p < 0,05$).

Таблица 3

Связь ранних дезадаптивных схем с показателями психологической адаптации

Ранние дезадаптивные схемы	Шкалы опросника «Сильные стороны и трудности (SDQ)»					
	Эмоциональные проблемы	Проблемы с поведением	Гиперактивность	Проблемы со сверстниками	Общее число проблем	Просоциальное поведение
Эмоциональная депривированность	0,248	-0,088	-0,047	0,109	0,091	-0,065
Покинутость/нестабильность	0,211	0,050	0,343	0,170	0,367	-0,011
Недоверие/ожидание жестокого обращения	0,474*	-0,124	-0,146	0,176	0,145	0,051
Социальная отчужденность	0,216	-0,110	-0,253	0,153	-0,046	0,183
Дефективность/стыдливость	0,382*	-0,213	-0,149	0,115	0,048	0,243
Неуспешность	-0,052	0,364	0,202	0,371	0,293	-0,277
Зависимость/беспомощность	-0,190	-0,116	-0,187	-0,062	-0,183	-0,126

Ранние дезадаптивные схемы	Шкалы опросника «Сильные стороны и трудности (SDQ)»					
	Эмоциональные проблемы	Проблемы с поведением	Гиперактивность	Проблемы со сверстниками	Общее число проблем	Просоциальное поведение
Уязвимость	0,113	0,067	0,182	0,264	0,284	-0,130
Запутанность/ неразвитая идентичность	-0,064	0,502**	0,215	0,500**	0,498**	-0,539**
Привилегированность/грандиозность	0,102	0,071	0,239	0,218	0,322	-0,272
Недостаточность самоконтроля	-0,244	-0,153	0,115	-0,213	-0,083	0,202
Покорность	0,129	-0,287	-0,257	0,096	-0,055	0,281
Самопожертвование	0,233	0,185	0,029	0,347	0,242	-0,144
Поиск одобрения	-0,475*	-0,039	0,008	-0,208	-0,224	0,082
Подавление эмоций	0,158	0,033	0,051	0,284	0,197	-0,163
Жесткие стандарты/придирчивость	0,039	0,392*	0,286	0,411*	0,377*	-0,322
Негативизм/пессимизм	0,359	0,282	0,151	0,372	0,329	-0,252
Пунитивность	0,188	0,073	-0,006	0,331	0,173	-0,354

Примечание: «*» — статистическая значимость корреляционной связи по г Спирмена $p < 0,05$; «**» — статистическая значимость корреляционной связи по г Спирмена $p < 0,01$.

Результаты исследования выявили значимую положительную корреляцию между уровнем нервно-психической напряженности и схемой «самопожертвование» ($r = 0,784$, $p < 0,01$). Большая выраженность данной РДС также была связана с повышенным уровнем тревоги ($r = 0,442$, $p < 0,05$) и стресса ($r = 0,697$, $p < 0,01$). Тревожность была положительно связана с такими РДС, как «дефективность/стыдливость», «зависимость/беспомощность», «уязвимость», «подавление эмоций», «жесткие стандарты/придирчивость» и «пунитивность» (табл. 4).

Таблица 4

Связь ранних дезадаптивных схем с уровнем нервно-психической напряженности, тревожности, тревоги и стресса

Ранние дезадаптивные схемы	Нервно-психическая напряженность (Цветовой тест Люшера)	Тревожность (Шкала явной тревожности для детей, CMAS)	Тревога (Цветовой тест Люшера)	Стресс (Цветовой тест Люшера)
Эмоциональная депривированность	0,279	0,160	0,032	0,093
Покинутость/нестабильность	-0,231	0,134	-0,106	-0,326
Недоверие/ожидание жестокого обращения	0,049	0,255	-0,153	-0,153
Социальная отчужденность	0,304	0,069	0,198	0,076
Дефективность/стыдливость	0,224	0,382*	0,231	0,169
Неуспешность	0,372	0,143	-0,047	0,296
Зависимость/беспомощность	0,399*	0,402*	0,206	0,260
Уязвимость	0,119	0,443*	0,183	0,032
Запутанность/неразвитая идентичность	0,265	0,193	-0,090	0,215
Привилегированность/грандиозность	0,107	0,302	-0,186	0,000
Недостаточность самоконтроля	-0,216	0,344	0,098	-0,284
Покорность	0,016	0,123	-0,023	-0,196
Самопожертвование	0,784**	0,289	0,442*	0,697**
Поиск одобрения	-0,278	-0,128	0,129	-0,175
Подавление эмоций	0,368	0,442*	0,240	0,162
Жесткие стандарты/придирчивость	0,475*	0,445*	0,157	0,354
Негативизм/пессимизм	0,273	0,347	-0,013	0,204
Пунитивность	0,426*	0,380*	0,171	0,256

Примечание: «*» — статистическая значимость корреляционной связи по r Спирмена $p < 0,05$; «**» — статистическая значимость корреляционной связи по r Спирмена $p < 0,01$.

Обсуждение результатов

Результаты проведенного исследования подтвердили предположение о взаимосвязи большей выраженности определенных РДС с повы-

шенным уровнем психоэмоциональных нарушений у детей младшего школьного возраста с ТОД при поступлении в стационар.

Обращает на себя внимание наличие наиболее тесной связи между РДС, относящихся к домену «чрезмерная ответственность и жесткие стандарты» (схемы «негативизм/пессимизм», «подавление эмоций», «жесткие стандарты/придирчивость», «пунитивность») с широким спектром психоэмоциональных нарушений: депрессивными симптомами, личностной тревожностью и проблемами адаптации. РДС, относящиеся к указанному домену, формируются в случае воспитания ребенка в условиях излишне требовательной семьи, нередко использующей наказания за ошибки и промахи, побуждающей соблюдать жесткие правила и соответствовать завышенным ожиданиям, что формирует у ребенка стремление к подавлению спонтанных чувств, побуждений и выборов, пессимистичный взгляд на жизнь и беспокойство о возможных неудачах [10].

Сильная связь РДС данного домена с большим количеством психоэмоциональных нарушений становится особенно понятной при рассмотрении ее в возрастном контексте. В младшем школьном возрасте происходит перестройка эмоционально-мотивационной сферы ребенка: постепенно теряют побудительную силу интересы и мотивы, связанные с игрой, и им на смену приходят новые, связанные с учебной деятельностью [2]. Претерпевает изменение и социальная ситуация развития — младший школьник оказывается включенным в общественно значимую учебную деятельность, результаты которой оцениваются как учителем, так и родителями. Поскольку в этом возрасте все развитие личности ребенка в значительной степени обусловлено школьной успешностью, невозможность соответствовать завышенным требованиям родителей приводит к дистрессу. Обращает на себя внимание значительная частота выявления у детей с ТОД ранних дезадаптивных схем этого домена, сопряженная с высокими средними значениями выраженности схем.

Наряду с этим представляет интерес взаимосвязь межличностных проблем, проблем со сверстниками, а также низкого уровня просоциального поведения с РДС, относящихся к доменам «нарушение автономии и эффективности», «нарушение границ», «направленность на окружающих». Схемы домена «нарушение автономии и эффективности» («зависимость/беспомощность», «уязвимость», «запутанность/неразвитая идентичность», «неуспешность») формируются в условиях гиперопекающей, непоследовательной, подрывающей самооценку ребенка семьи, не поддерживающей его попытки в достижениях за пределами семейного круга, что приводит к трудностям в сепарации и независимом функционировании, ощущению невозможности быть успешным в какой-либо деятельности [10]. Недостаточное развитие именно этих характеристик, составляющих чувство компетентности, являющегося,

по Э. Эриксону, центральным новообразованием младшего школьного возраста, оказывает сильное негативное влияние на личность ребенка.

Для схем домена «нарушение границ» («привилегированность/грандиозность», «недостаточность самоконтроля») характерна недостаточная развитость у ребенка внутренних границ, ответственности перед окружающими, ориентации на долгосрочные цели, что приводит к возникновению проблем с уважительным отношением к правам других людей, способностью сотрудничать с ними, с выполнением принятых на себя обязательств, постановкой и достижением личных целей. Формирование РДС указанного домена может происходить как в условиях вседозволенности, потакания, нехватки наставничества и поддержки со стороны родителей, так и в случае подавления мнения ребенка за счет родительского авторитета, недостаточных дисциплины, сотрудничества и отсутствия системы в постановке целей [10]. В условиях стационара, где ребенок сталкивается с необходимостью понимать и соблюдать границы других детей и выстраивать с ними эффективную коммуникацию, наличие схем этого домена оказывает негативное влияние на адаптацию.

Тесная связь РДС, относящихся к домену «направленность на окружающих» («покорность», «самопожертвование», «поиск одобрения»), также вызывает интерес в контексте госпитализации ребенка. Схемы указанного домена формируются в семье с условным принятием ребенка значимыми взрослыми, в которой потребности и желания родителей или их социальное признание и статус ценятся выше, чем уникальные потребности и чувства ребенка. Это приводит к чрезмерному сосредоточению ребенка на желаниях, чувствах и реакциях других людей в ущерб собственным потребностям с целью заслужить любовь и одобрение, поддержать ощущение связи или избежать наказания. При этом наблюдается подавление собственного гнева и личных предпочтений [10]. В условиях стационара, где ребенок вынужден взаимодействовать с большим количеством новых людей, как детей, так и взрослых, подавление значимых сторон своей личности для получения внимания и одобрения окружающих приводит к высокому уровню нервно-психической напряженности. Результаты исследования показали, что относящаяся к этому домену РДС «самопожертвование» была выявлена у наибольшего числа детей с ТОД. Среднее значение данной схемы также было самым высоким.

Полученные данные согласуются с результатами исследования на выборке взрослых пациентов с ТОД [6], указывающими на наличие наиболее значимых различий между группами с высоким и низким индексом тяжести психологического состояния по частоте выявления РДС доменов «недоверие/ожидание жестокого обращения», «социальная отчужденность», «зависимость/беспомощность», «уязвимость», «недостаточность самоконтроля», «поиск одобрения». При согласованности полученных

результатов по взаимосвязи психоэмоциональных нарушений с выраженностью РДС с данными исследований на выборках подростков [11; 12; 22] наблюдаются некоторые различия в конкретных доменах РДС, коррелирующих с большей выраженностью симптомов, что может быть обусловлено как разницей в выборках, так и отличиями в социальной ситуации (в более ранних исследованиях респонденты не находились в стационаре).

Результаты данного исследования следует рассматривать в свете ряда ограничений. Одним из них является небольшой объем выборки. При дальнейшем изучении данной проблемы необходимо увеличение количества пациентов для повышения репрезентативности результатов. Наряду с этим для повышения объективности результатов актуальным представляется проведение аналогичных исследований на разных этапах стационарного лечения.

Выводы

В стрессогенной ситуации поступления в стационар у детей с ТОД наблюдались различные симптомы дезадаптации, среди которых можно выделить психоэмоциональные нарушения, проблемы с поведением, трудности в общении со сверстниками.

В спектре выявленных РДС отмечено преобладание схем, относящихся к доменам «нарушение автономии и эффективности», «чрезмерная ответственность и жесткие стандарты», «направленность на окружающих». Определено, что симптомы депрессии в большей степени были связаны с РДС домена «чрезмерная ответственность и жесткие стандарты», в то время как трудности в психосоциальной адаптации больше коррелировали с РДС домена «нарушение автономии и эффективности».

Полученные результаты расширяют теоретические представления о проблеме стрессогенного воздействия ситуации госпитализации, демонстрируя взаимосвязь между ранними дезадаптивными схемами, как устойчивыми когнитивными, аффективными и поведенческими паттернами реагирования на текущие жизненные события, и психосоциальным благополучием детей при поступлении в стационар.

Данные исследования могут быть использованы при оказании психокоррекционной и психотерапевтической помощи детям с ТОД на этапе адаптации к стационару, позволяя сконцентрироваться не только на ситуационных, но и на личностных аспектах реагирования на стрессовую ситуацию.

На этапе стационарного лечения ключевым направлением психологической помощи ребенку является создание условий для удовлетворения основных эмоциональных потребностей (в надежной привязанности, самостоятельности/независимости и компетентности, свободе

выражения своих потребностей и эмоций, спонтанности и игре, реалистичных границах и самоконтроле), как в рамках психотерапевтических отношений, так и во взаимодействии с воспитателями, учителями и медицинским персоналом, что позволяет получить корригирующий эмоциональный опыт, способствующий изменению РДС. На амбулаторном этапе основным психотерапевтическим вектором становится работа с семьей как системой, целью которой является улучшение детско-родительских и внутрисемейных взаимоотношений с формированием у родителей понимания потребностей ребенка и навыков их удовлетворения, повышение личностных ресурсов родителей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воликова, С. В., Калина О.Г., Холмогорова А.Б. Валидизация опросника детской депрессии М. Ковак // Вопросы психологии. 2011. № 5. С. 121—131.
2. Кулагина И.Ю., Колоцкий В.Н. Возрастная психология: Полный жизненный цикл развития человека: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. 2-е изд. М.: ТЦ «Сфера», 2009. 464 с.
3. Прохоров А.О. Методики диагностики и измерения психических состояний личности. М.: ПЕР СЭ, 2004. 176 с.
4. Романова Е.В., Галимзянова М.В. Опросник схем у детей (DISC). СПб.: Институт схематерапии, 2019. 20 с.
5. Слободская Е.Р., Гудман Р., Рябиченко Т.И. Психосоциальные факторы эмоциональных проблем и отклонений в поведении подростков // Психиатрия. 2006. № 2(20). С. 28—36.
6. Стрельцов В.В., Харитонова Н.Ю., Баранова Г.В. Психопатологический статус заболевающих туберкулезом органов дыхания в связи с ранними дезадаптивными схемами // Вестник Центрального научно-исследовательского института туберкулеза. 2022. № 3. С. 44—53. DOI: 10.57014/2587-6678-2022-3-44-53
7. Цыганок И.И. Цветовая психодиагностика. Модификация полного клинического теста Люшера: метод. руководство. СПб.: Речь, 2007. 264 с.
8. Шалимова Г.А. Психодиагностика эмоциональной сферы личности: практ. пособие. М.: АРКТИ, 2006. 232 с.
9. Шелоумова О.С., Золотова Н.В. Возможности нормализации психоэмоционального статуса детей с туберкулезом органов дыхания в стационаре в условиях пандемии COVID-19 // Туберкулез и болезни легких. 2022. Том 100. № 11. С. 6—12. DOI: 10.21292/2075-1230-2022-100-11-6-12
10. Янг Дж., Клоско Дж., Вайсхаар М. Схема-терапия. практ. руководство: пер. с англ. СПб. ООО «Диалектика», 2020. 464 с.
11. 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. № 3. P. 278—288. DOI: 10.1016/j.janxdis.2013.02.011
12. Damiano S.R., Reece J., Reid S., Atkins L., Patton G. Maladaptive schemas in adolescent females with anorexia nervosa and implications for treatment // Eat Behav. 2015 Vol. 16. № 1. P. 64—71. DOI: 10.1016/j.eatbeh.2014.10.016

13. Goodman R., Slobodskaya H., Knyazev G. Russian child mental health: a cross-sectional study of prevalence and risk factors // *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2005. Vol. 14. № 1. P. 28—33. DOI: 10.1007/s00787-005-0420-8
14. Güler Aksu G., Kayar O., Tufan A.E., Küçük M.Ö., Özdağ Acarlı 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: 07.09.2023).
15. Hirsch N., Hautekeete M., Kochman F. Sch mas pr coces mal adaptés, dépression et alexithymie chez des adolescents hospitalisés suicidaires (Early maladaptive processes, depression and alexithymia in suicidal hospitalized adolescents) // *Encephale*. 2001. Vol. 27. № 1. P. 61—70.
16. Kayar O., Altinoğlu Dikmeer İ., Güler Aksu G., Toros F., Özge A. The mediating role of early maladaptive schemas on the relationship between illness perception and pain coping strategies among adolescents diagnosed with migraine [Электронный ресурс] // *Front Neurol*. 2023. № 14. DOI: 10.3389/fneur.2023.1128965. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37056362/> (дата обращения: 07.09.2023).
17. Loose C., Meyer F., Pietrowsky R. The Dusseldorf Illustrated Schema Questionnaire for Children (DISC) // *Psicol. Reflex Crit*. 2018. Vol. 31 № 7. P. 1—12. DOI: 10.1186/s41155-018-0087-y
18. 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
19. 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
20. 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 [Электронный ресурс] // *PLoS One*. 2022. Vol. 17. № 9. DOI: 10.1371/journal.pone.0274741. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36112604/> (дата обращения: 07.09.2023).
21. Tsouvelas G., Chondrokokou M., Antoniou X., Nikolaidis G. Early maladaptive schemas and symptoms of psychopathology in children in residential care // *Psychiatriki*. 2023. Vol. 34. № 4. P. 301—311. DOI: 10.22365/jpsych.2023.007.
22. 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

REFERENCES

1. Volikova, S. V., Kalina O.G., Kholmogorova A.B. Validizatsiya oprosnika detskoj depressii M. Kovak [Validation of M. Kovacs' Children's Depression Inventory]. *Voprosy psikhologii*, 2011, no. 5. pp. 121—131. (In Russ., abstr. in Engl.).
2. Kulagina I.Yu., Kolyutskii V.N. Vozrastnaya psikhologiya: Polnyi zhiznennyi tsikl razvitiya cheloveka. Uchebnoe posobie dlya studentov vysshikh uchebnykh zavedenii

- [Age psychology: The full life cycle of human development. Textbook for students of higher educational institutions]. Moscow: TTs Sfera, 2009. 464 p. (In Russ.).
3. Prokhorov A.O. Metodiki diagnostiki i izmereniya psikhicheskikh sostoyanii lichnosti [Methods of diagnosis and measurement of mental states of personality]. Moscow: PER SE, 2004. 176 p. (In Russ.).
 4. Romanova E.V., Galimzyanova M.V. Oprosnik skhem u detei (DISC) [Questionnaire of schemes in children (DISC)]. SPb.: Institut skhematerapii, 2019. 20 p. (In Russ.).
 5. Slobodskaya E.R., Gudman R., Ryabichenko T.I. Psikhosotsial'nye faktory emotsional'nykh problem i otklonenii v povedenii podrostkov [Psychosocial factors of emotional problems and deviations in adolescent behavior]. *Psikhiatriya [Psychiatry]*, 2006. no. 2(20), pp. 28–36. (In Russ., abstr. in Engl.).
 6. Strel'tsov V.V., Kharitonova N.Yu., Baranova G.V. Psikhopatologicheskii status zabolevayushchikh tuberkulezom organov dykhaniya v svyazi s rannimi dezadaptivnymi skhemami [Psychopathological status of respiratory tuberculosis patients in connection with early maladaptive schemes]. *Vestnik Tsentral'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta tuberkuleza = Central TB Research Institute Bulletin*, 2022, no. 3, pp. 44–53. DOI 10.57014/2587-6678-2022-3-44-53. (In Russ., abstr. in Engl.).
 7. Tsyganyuk I.I. Tsvetovaya psikhodiagnostika. Modifikatsiya polnogo klinicheskogo testa Lyushera: Metodicheskoe rukovodstvo [Color psychodiagnostics. Modification of the complete clinical Lusher test: Methodological Guide]. SPb.: Rech', 2007. 264 p. (In Russ.).
 8. Shalimova G.A. Psikhodiagnostika emotsional'noi sfery lichnosti: Prakticheskoe posobie [Psychodiagnostics of the emotional sphere of personality: A practical guide]. M.: ARKTI, 2006. 232 p. (In Russ.).
 9. Sheloumova O.S., Zolotova N.V. Vozmozhnosti normalizatsii psikhoeffemotsional'nogo statusa detei s tuberkulezom organov dykhaniya v stacionare v usloviyakh pandemii COVID-19 [Possibilities to improve the psycho-emotional state of children with respiratory tuberculosis in in-patient settings during the COVID-19 pandemic]. *Tuberkulez i bolezni legkikh = Tuberculosis and Lung Diseases*, 2022, vol. 100, no. 11. pp. 6–12. DOI 10.21292/2075-1230-2022-100-11-6-12. (In Russ., abstr. in Engl.).
 10. Yang Dzh., Klosko Dzh., Vaishkhar M. Skhema-terapiya. Prakticheskoe rukovodstvo [Scheme-therapy. Practical guide]: Per. s angl. SPb. OOO «Dialektika», 2020. 464 p. (In Russ.).
 11. 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, no. 3, pp. 278–288. DOI: 10.1016/j.janxdis.2013.02.011
 12. Damiano S.R., Reece J., Reid S., Atkins L., Patton G. Maladaptive schemas in adolescent females with anorexia nervosa and implications for treatment. *Eat Behav.*, 2015, vol. 16, no. 1, pp. 64–71. DOI: 10.1016/j.eatbeh.2014.10.016
 13. Goodman R., Slobodskaya H., Knyazev G. Russian child mental health: a cross-sectional study of prevalence and risk factors // *European Child & Adolescent Psychiatry*, 2005. Vol. 14, no. 1, pp. 28–33. DOI: 10.1007/s00787-005-0420-8
 14. 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 [Elektronnyi resurs]. *Front Neurol.*, 2023, № 14. DOI: 10.3389/fneur.2023.1128953. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37153683/> (Accessed 07.09.2023)

15. Hirsch N., Hautekeete M., Kochman F. Schémas précoces mal adaptés, dépression et alexithymie chez des adolescents hospitalisés suicidaires (Early maladaptive processes, depression and alexithymia in suicidal hospitalized adolescents). *Encephale*, 2001, vol. 27, no. 1, pp. 61—70.
16. Kayar O., Altinoğlu Dikmeer İ., Güler Aksu G., Toros F., Özge A. The mediating role of early maladaptive schemas on the relationship between illness perception and pain coping strategies among adolescents diagnosed with migraine [Elektronnyi resurs]. *Front Neurol.*, 2023. № 14. DOI: 10.3389/fneur.2023.1128965. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37056362/> (Accessed 07.09.2023).
17. Loose C., Meyer F., Pietrowsky R. The Dusseldorf Illustrated Schema Questionnaire for Children (DISC). *Psicol. Reflex Crit.*, 2018, vol. 31, no. 7, pp. 1—12. DOI: 10.1186/s41155-018-0087-y
18. 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
19. 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
20. 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 [Elektronnyi resurs]. *PLoS One*, 2022, № 17 (9). DOI: 10.1371/journal.pone.0274741. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36112604/> (Accessed 07.09.2023)
21. Tsouvelas G., Chondrokouki M., Antoniou X., Nikolaidis G. Early maladaptive schemas and symptoms of psychopathology in children in residential care. *Psychiatriki*, 2023, vol. 34 (4), pp. 301—311. DOI: 10.22365/jpsych.2023.007
22. 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, no. 4, pp. 316—332. DOI: 10.1007/s10608-009-9283-5

Информация об авторах

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

Получена 08.09.2023

Received 08.09.2023

Принята в печать 25.01.2024

Accepted 25.01.2024