Консультативная психология и психотерапия
2026. *34*(3), 94—111.
hthttps://doi.org/10.17759/cpp.2026340305
ISSN: 2075-3470 (печатный)
ISSN: 2311-9446 (online)

Counseling Psychology and Psychotherapy
2026. *34*(3), 94—111.
hthttps://doi.org/10.17759/cpp.2026340305
ISSN: 2075-3470 (print)
ISSN: 2311-9446 (online)

Научная статья | Original paper

Жизнестойкость и психологическая адаптация к стрессу детей, подростков и их родителей в процессе трансплантации гемопоэтических стволовых клеток (ТГСК)

А.Е. Хаин ✉, Н.С. Никольская, М.А. Евдокимова
Национальный медицинский исследовательский центр детской гематологии, онкологии, иммунологии имени Дмитрия Рогачева, Москва, Российская Федерация
✉ khain.alina@gmail.com

Резюме

Контекст и актуальность. ТГСК является важным видом терапии для ряда жизнеугрожающих заболеваний у детей и подростков. В силу высокого стрессогенного характера данного вида лечения и увеличения числа пациентов, которые его получают, все острее возникают вопросы психологической подготовки, сопровождения и адаптации пациентов к ТГСК, а также последующей реабилитации. **Целью** исследования стало изучение роли жизнестойкости пациентов и их родителей в психологической адаптации к стрессу в процессе ТГСК. **Материалы и методы.** Исследование проведено на пациентах (возраст: 8—18 лет) с онкогематологическими, гематологическими и иммунными заболеваниями, а также ухаживающих за ними родителей (n = 47 чел.). За время ТГСК набор методик предъявлялся испытуемым 3 раза (на этапе кондиционирования, на +3-й и +12-й неделе после ТГСК). **Результаты** выявили ключевую роль жизнестойкости в составе личностных ресурсов пациентов и их родителей, связанную с более низким дистрессом, высоким качеством жизни, субъективным благополучием и продуктивными копингами. **Выводы.** Таким образом, уровень жизнестойкости определяет разницу в успешности психологической адаптации к ТГСК как детей, так и их родителей.

Ключевые слова: жизнестойкость, психологическая адаптация, дистресс, качество жизни, субъективное благополучие, копинги, дети и подростки, родители, трансплантация гемопоэтических стволовых клеток

© Хаин А.Е., Никольская Н.С., Евдокимова М.А., 2026

CC BY-NC

Благодарности. Авторы благодарят за помощь в организации исследования Скворцову Ю.В., Шелихову Л.Н., Балашова Д.Н.

Для цитаты: Хаин, А.Е., Никольская, Н.С., Евдокимова, М.А. (2026). Жизнестойкость и психологическая адаптация к стрессу детей, подростков и их родителей в процессе трансплантации гемопоэтических стволовых клеток (ТГСК). *Консультативная психология и психотерапия, 34*(3), 94—111. https://doi.org/10.17759/cpp.2026340305

Hardiness and psychological adjustment of children, adolescents and their parents undergoing hematopoietic stem cell transplantation (HSCT)

A.E. Khain ✉, N.S. Nikolskaya, M.A. Evdokimova
Dmitry Rogachev National Medical Research Center of Pediatric Hematology, Oncology and Immunology of Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Moscow, Russian Federation
✉ khain.alina@gmail.com

Abstract

Context and relevance. HSCT is currently curative therapy for several life-threatening diseases in children and adolescents. Due to the high stress-inducing nature of this treatment, the increase in the number of patients receiving it, psychological adjustment of patients to HSCT as well as support during the treatment and subsequent rehabilitation are increasingly acute. **Objecive.** The aim was to investigate the role of resilience of patients and their parents in psychological adaptation to stress during HSCT. **Methods and materials.** The study was conducted on patients (8—18 years aged) with onco-hematological, hematological and immune diseases, as well as their caring parents (N=47). The set of questionnaires was presented to the subjects 3 times during HSCT (at the conditioning stage, on +3 and +12 weeks after HSCT). **Results.** The results revealed a key role of hardiness in the composition of the individual resources of patients and their parents for less distress during HSCT, higher quality of life, subjective well-being and productive copings. **Conclusions.** The level of hardiness determines the difference in the success of psychological adaptation to HSCT both for children and their parents.

Keywords: hardiness, psychological adjustment, distress, quality of life, subjective well-being, coping behavior, children and adolescents, parents, hematopoietic stem cell transplantation

Acknowledgements. The authors are grateful for assistance and support in organizing the study Skvortsova Yu.V., Shelikhova L.N., Balashov D.N.

For citation: Khain, A.E., Nikolskaya, N.S., Evdokimova, M.A. (2026).Hardiness and psychological adjustment of children, adolescents and their parents undergoing hematopoietic stem cell transplantation (HSCT). *Counseling Psychology and Psychotherapy, 34*(3), 94—111. (In Russ.). hthttps://doi.org/10.17759/cpp.2026340305

Введение

Трансплантация гемопоэтических стволовых клеток (ТГСК) занимает особое место среди методов лечения различных онкологических, гематологических и иммунных заболеваний, связанных с высокой степенью витальной угрозы, — ввиду ее сложности, сопряженности со множеством опасных осложнений и тех условий, в которые попадают пациенты и их родители на время ее проведения. По мере усовершенствования протоколов проведения ТГСК и снижения уровня рисков внимание специалистов все чаще обращается не только к медицинским, но и к психосоциальным проблемам семей, связанным с вопросами адаптации к стрессу во время трансплантации, с долгосрочными эффектами терапии и последующей реабилитацией (Bhatt et al., 2025). Исследования демонстрируют, что долгосрочные психосоциальные последствия ТГСК для пациентов и их семей остаются значимыми спустя годы после трансплантации, включая сочетание посттравматического роста с сохраняющейся тревогой и ощущением неопределенности (Bense et al., 2022).

Одни из ведущих современных направлений в изучении взаимодействия людей со стрессогенными событиями основываются на теориях ресурсов и резилентности, являющихся мостиком между системной теорией стресса и подходами, разрабатываемыми в поле когнитивной психологии (Krohne, 2001). Ресурсные теории занимаются изучением факторов, которые позволяют сохранить благополучие в стрессовых ситуациях, таким образом дополняя те подходы, которые сфокусированы на определении факторов риска, приводящих к стрессу. В рамках этих подходов исследуются также взаимосвязи разных ресурсов между собой, когда одни личностные, семейные и социальные ресурсы помогают сохранить другие (Холмогорова, Воликова, Полкунова, 2005; Walsh, 2003; Хаин, 2017). Так, исследования диад «пациент—опекун» после ТГСК показывают, что личностные ресурсы могут определять эффективность использования социальной поддержки. При высокой копинг-самоэффективности социальная поддержка усиливает позитивный аффект, тогда как при низкой — не оказывает дополнительного эффекта (Kroemeke, Sobczyk-Kruszelnicka, 2001). Изучение се-

мейной резильентности в педиатрической онкологии показывает, что индивидуальные ресурсы ухаживающего родителя взаимодействуют с семейными и социальными факторами, определяя общий уровень адаптации семьи (Li et al., 2025).

Среди личностных ресурсов исследуются такие характеристики, как резилентность, оптимизм, толерантность к неопределенности и жизнестойкость. С. Мадди и С. Кобейса стали использовать понятие жизнестойкости как интегральной личностной характеристики, которая является фактором, снижающим воздействие стресса. Затем многочисленные исследования подтвердили, что именно жизнестойкость опосредует влияние стресса не только на психологическое благополучие, но и на соматическое здоровье (Леонтьев, Рассказова, 2006). Являясь относительно устойчивой личностной диспозицией, жизнестойкость тем не менее может меняться. Ее компоненты в основном развиваются в детстве, однако позднее могут трансформироваться. Исследователями отмечается влияние отношений ребенка с родителями на развитие жизнестойкости. Принятие со стороны родителей помогает детям развивать участие как компонент жизнестойкости, поддержка инициативы ребенка способствует развитию компонента контроля, а изменчивость и богатство среды, в которой находятся дети, — принятию ими риска (Осин, Рассказова, 2013).

По мнению ряда авторов, понятие *жизнестойкости* ближе всего соотносится с *резилентностью*, которая также отражает способность поддерживать позитивную адаптацию. Однако, согласно Мадди, резилентность является следствием жизнестойкости как личностной диспозиции (Maddi, 2006). Механизмы резилентности являются более изученными и признаны одними из значимых в совладании с болезнью, в том числе у детей, тогда как жизнестойкость остается недостаточно исследованной у детей, столкнувшихся с жизнеугрожающими соматическими заболеваниями, и их родителей.

Одним из основных маркеров как резилентности, так и успешности адаптационного процесса к стрессу от заболевания и лечения в целом, большинство авторов признают снижение уровня дистресса (Molina et al., 2014). Понятие дистресса, введенное в психоонкологическую практику помощи пациентам Дж. Холланд и ее коллегами, представляется нам незаменимым в нашем исследовании концептом не только в клиническом смысле, позволяя учитывать специфику тяжелого соматического заболевания и обстоятельств его лечения, но и в феноменологическом — отражая суть переживаний. Проблемный лист Дистресс-Термометра

описывает пять ключевых областей жизни пациента, которые вносят вклад в возникновение психоэмоционального неблагополучия во время лечения: физическое самочувствие, психологические и психиатрические проблемы, а также социальные и духовные трудности (Nikolskaya et al., 2020; Walsh, 2003), — и может использоваться как субъективный критерий успешности психологической адаптации к заболеванию и лечению (Хаин, 2017).

Материалы и методы

Цель данного исследования — изучение жизнестойкости, ее устойчивости как личностной характеристики в динамике воздействия длительного и жизнеугрожающего фактора (ТГСК), а также определение роли жизнестойкости относительно качества жизни, субъективного благополучия, отсутствия дистресса как субъективного критерия адаптации семьи к ТГСК, ее связи с репертуаром копинговых стратегий детей и родителей. Нами предполагается, что уровень жизнестойкости определяет разницу в успешности психологической адаптации к ТГСК у детей и родителей в целом, а также в их качестве жизни, субъективном благополучии и стратегиях совладания со стрессовой ситуацией.

Исследование проведено в Национальном медицинском исследовательском центре детской гематологии, онкологии и иммунологии имени Дмитрия Рогачева Минздрава РФ, является внутрицентровым, наблюдательным когортным, проспективным и нерандомизированным. В настоящей статье представлена часть результатов полученных в рамках проекта по исследованию качества жизни и субъективного благополучия пациентов и ухаживающих за ними родителей.

В соответствии с целью исследования выбраны три точки измерения в процессе ТГСК:

1) Т1: на этапе кондиционирования (от —1 недели до 0 дня от ТГСК);
2) Т2: на активном этапе ТГСК (+3-я неделя от ТГСК);
3) Т3: после проведения ТГСК (+12-я неделя от ТГСК).

Критерии исключения: тяжелые психические или соматические нарушения у респондентов, рецидив основного заболевания после ТГСК, отторжение трансплантата, повторная ТГСК, недостаточное владение русским языком, отсутствие информированного согласия на участие.

Методы. На каждом из трех этапов исследования пациентам и их родителям предлагалось заполнять определенный набор опросников (рис. 1).

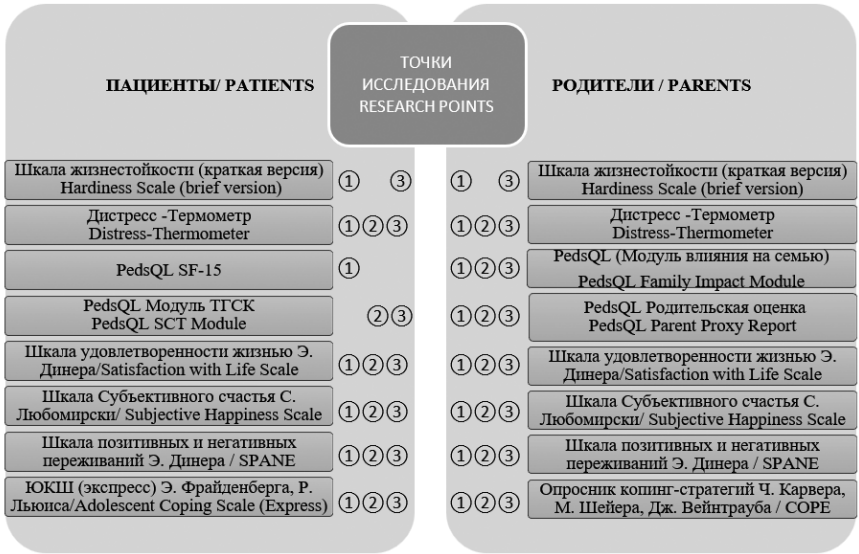


Рис. 1. Схема исследования и методы для пациентов и родителей
Fig. 1. Study design and methods for patients and parents

Характеристика выборки. Выборку составили 47 семей: пациенты в возрасте от 8 до 18 лет (M = 12,7; SD = 2,58) с онкогематологическими заболеваниями (гематобластозами), апластической анемией (АА) и первичными иммунодефицитами (ПИД) и их родители (средний возраст M = 40; SD = 6,14) (табл. 1).

Таблица 1 / Table 1

Социодемографические и клинические характеристики семей
Sociodemographic and clinical characteristics of families

Социодемографические и клинические аракетристики участников / Sociodemographic and clinical characteristics of participants (n = 47)	**% выборки**
Возрастные группы пациентов / Age groups	
8—12 лет 13—18 лет	59,6% 40,4%
Пол пациентов / Sex	
Мужской / Male Женский/ Female	66% 34%

Социодемографические и клинические арактеристики участников / Sociodemographic and clinical characteristics of participants (n = 47)	**% выборки**
Диагноз / Diagnosis	
Онкогематологические заболевания / Onco-hematological Апластическая анемия / Aplastic anemia Первичные иммунодефициты / Primary immunodeficiencies	56,1% 24,4% 19,5%
Вид ТГСК / HSCT type	
Гапло / Haploidentical От сиблинга / Sibling Неродственная / Unrelated	52,4% 38,1% 9,5%
Семья / Family	
Полная / Two-parent Неполная / Single-parent	87,5% 12,5%
Сопровождающий родитель / Accompanying parent	
Мать / Mother Отец / Father	92,9% 7,1%
Уровень образования родителей / Parental education level	
Среднее / Secondary Среднее специальное / Vocational secondary Высшее / Higher education	6,2% 46,9% 46,9%

Статистическая обработка данных. Статистический анализ проводился с помощью IBM SPSS Statistics, версия 26. Результаты обработаны непараметрическими методами ввиду отсутствия нормального распределения при небольшом объеме выборки, который обусловлен уникальностью и клиническими особенностями изучаемой группы.

Основные результаты и их обсуждение

По результатам исследования, жизнестойкость пациентов (M = 49,6, SD = 14,9) и их родителей (M = 47,7, SD = 12,5) оказалась практически соответствующей нормативным популяционным значениям (M = 50,8, SD = 11,3) (Осин, Рассказова, 2013).

Результаты распределения испытуемых обеих групп по уровням жизнестойкости (рис. 2) в целом соответствуют описанным в литературе данным для подростков и взрослых. Однако стоит отметить тот факт, что процент детей и подростков с низким уровнем жизнестойкости оказался несколько выше, чем в других исследованиях: 20,5% против 13—15%

(Фокина, Соколовская, Носова, 2018). Это может быть связано не только непосредственно с ситуацией ТГСК, поскольку результаты на Т1 и Т3 высоко коррелируют, но и с опытом наличия жизнеугрожающего заболевания и тяжелого лечения, предшествовавшего ТГСК в целом. Влияние заболевания на жизнестойкость детей требует дальнейшего изучения.



Рис 2. Процент пациентов и родителей с низким, средним и высоким уровнем жизнестойкости (Т1)
Fig. 2. Percentage of patients and parents with low, medium and high hardiness levels (T1)

Сравнение результатов измерения уровня жизнестойкости на этапах Т1 и Т3 позволило изучить динамику и показало наличие высоких корреляционных связей между результатами у пациентов ($r = 0{,}871$, $p < 0{,}01$), но не у их родителей. ТГСК сама по себе в горизонте 3-месячного периода наблюдения не оказывает какого бы то ни было влияния на уровень жизнестойкости пациентов. Возможно, как отмечено выше, само наличие жизнеугрожающего заболевания и предыдущего опыта лечения уже обеспечило разницу в более высокой доле детей и подростков с низкой жизнестойкостью в нашей выборке. Кроме того, такой временной период может быть еще недостаточным для проявления влияния ситуации (связанной с необходимостью ТГСК) на жизнестойкость детей. Это предположение требует дальнейшего изучения и проверки на более отдаленных этапах после трансплантации.

Что касается родителей, то отсутствие взаимосвязи между уровнями их жизнестойкости в начале ТГСК и на отдаленном этапе (по сравнению с пациентами) можно предположительно отнести на счет влияния ситуации ТГСК. Результаты, однако, не достигают уровня значимых различий, что косвенно подтверждает относительную устойчивость

жизнестойкости как личностной диспозиции, но требует дальнейшего изучения в более продолжительном периоде лечения.

Отсутствие межгрупповых различий между результатами пациентов и их родителей по среднему баллу жизнестойкости может свидетельствовать о том, что жизнестойкость детей с 8-летнего возраста является вполне сформированной личностной диспозицией, которая, согласно концепции С. Мадди, продолжает развиваться и изменяться на протяжении всей жизни под воздействием различных факторов, но закладывается уже в раннем возрасте на основе опыта детско-родительских отношений (Bense et al., 2022). Результаты исследования не показали корреляции между жизнестойкостью детей и родителей. Можно предположить, что если она формируется благодаря опыту объектных отношений в раннем детстве, то закономерно оказывается напрямую не детерминированной родительской жизнестойкостью, но опосредована влиянием стиля воспитания, когда важны принятие и поддержка инициативы, одобрение со стороны родителей, и разнообразие среды (Bense et al., 2022; Maddi, 1980; Maddi, 2006).

Жизнестойкость в структуре личностных ресурсов психологической адаптации пациентов. Обнаружена статистически достоверная разница в жизнестойкости пациентов разных возрастных групп: более младшие дети отличаются в целом более высоким уровнем жизнестойкости и ощущением контроля как ее компонента ($U = 106$ и $U = 99$, $p < 0,05$). Корреляционный анализ показал, что возраст пациентов тесно связан с наличием у более старших подростков негативного аффекта ($r = 0,765$, $p < 0,01$), а также трудностей с принятием риска как компонента жизнестойкости ($r = —0,643$, $p < 0,05$). Им сложнее, чем более младшим детям, воспринимать заболевание и лечение как вызов или испытание, преодоление которого принесет значимый опыт. Принимая во внимание результаты исследования, проведенного на группе старших подростков, в котором обнаружено некоторое снижение показателя контроля относительно выборки стандартизации и увеличение показателя принятия риска (Сорокоумова, 2018), а также полученные нами ранее данные об особой сензитивности подростков к стрессовой ситуации ТГСК и сниженного субъективного благополучия (Хаин, Евдокимова, Никольская, 2025), меньшая убежденность подростков в том, что случившееся является событием, способствующим их развитию (принятие риска), можно связать со специфической для этого возраста реакцией на ограничения, запреты и негативные изменения, сопровождающие ТГСК.

Жизнестойкость пациентов является параметром, определяющим уровень их *дистресса* на всех этапах лечения методом ТГСК. Обнаружены внутригрупповые различия по уровню дистресса и жизнестойкости у пациентов. Так, дети с сильным дистрессом до ТГСК (Т1) и в момент активного этапа лечения (Т2) имеют достоверно меньшую жизнестойкость (Т1: $H = 8{,}4$; Т2: $H = 6{,}3$, $p < 0{,}05$) и ощущение *контроля* как одного из ее компонентов (Т1: $H = 8{,}1$; Т2: $H = 11{,}5$, $p < 0{,}05$).

На этапе Т3 разница между детьми с различным уровнем дистресса выявлена для жизнестойкости в целом ($H = 6{,}3$, $p < 0{,}05$) и для ее компонента *вовлеченности* ($H = 7{,}7$, $p < 0{,}05$). На этапе перехода из трансплантационного бокса на амбулатоный режим дети с высоким дистрессом имеют значимо меньшую вовлеченность в свою жизнь, которая, в свою очередь, коррелирует с уровнем качества жизни на всех этапах ТГСК ($p < 0{,}01$). Таким образом, наличие у детей проблем с физическим самочувствием и выраженных жалоб на сопутствующую тяжелому лечению симптоматику (сниженное качество жизни) и психоэмоциональное неблагополучие (дистресс) на отдаленном этапе ТГСК связано со значительно меньшей способностью пациентов ощущать вовлеченность в свою жизнь, не чувствуя себя оказавшимися «за бортом».

Результаты исследования продемонстрировали, что жизнестойкость пациентов определяет *аффективный и когнитивный компоненты их субъективного благополучия* на Т1: дети с низкой жизнестойкостью реагируют достоверно более *негативно* ($H = 12{,}4$, $p < 0{,}05$) и имеют значимо меньше *позитивных переживаний* ($H = 14{,}2$, $p < 0{,}05$), а также в целом являются достоверно менее *счастливыми* ($H = 10{,}7$, $p < 0{,}05$) и *удовлетворенными жизнью* ($H = 17$, $p < 0{,}05$).

Жизнестойкость детей также опосредует их *копинговые стратегии* в отношении заболевания и лечения на этапе подготовки к ТГСК. Пациенты с высокой жизнестойкость на Т1 достоверно реже склонны к *самообвинению* ($H = 6{,}5$, $p < 0{,}05$) — наиболее деструктивному в отношении формировании правильной картины болезни копингу — и чаще используют *позитивный фокус* ($H = 11{,}8$, $p < 0{,}05$), позволяющий сохранять оптимистичный взгляд на тяжелую жизненную ситуацию.

На отдаленном этапе ТГСК (Т3) дети с высокой жизнестойкостью статистически больше привержены копингу *отвлечение* ($H = 7{,}3$, $p < 0{,}05$), чем те, у кого жизнестойкость ниже. Это отвечает взглядам Мадди, который полагал, что жизнестойкость помогает людям активно использовать когнитивные функции символизации, воображения и

суждения для преобразования тяжелых событий в позитивную жизненную позицию (Maddi, 1980).

Жизнестойкость у родителей в структуре их личностных ресурсов для психологической адаптации. Уровень жизнестойкости родителей, согласно субъективному критерию, не определяет непосредственную разницу в их дистрессе, т. е. напрямую не связан с успешностью адаптации к ТГСК ни на одном из этапов.

Однако на Т1 и Т2 жизнестойкость родителей определяет разницу в их *качестве жизни и субъективном благополучии* (на уровне аффективного и когнитивного компонентов). Все шкалы опросника качества жизни, кроме шкалы *беспокойства*, оказываются достоверно выше у тех родителей, кто обладает высокой жизнестойкостью ($6{,}5 \le H \le 15$, $p < 0{,}05$). Что касается *аффективного компонента субъективного благополучия*, то родители с низкой жизнестойкость значимо отличаются от тех, у кого она выше по преобладанию *негативных переживаний* на Т1 и Т2 ($7{,}4 \le H \le 7{,}7$, $p < 0{,}05$). Родители с высокой жизнестойкостью достоверно более *удовлетворены своей жизнью* ($H = 8{,}1$, $p < 0{,}05$) и *счастливы* ($H = 8{,}5$, $p < 0{,}05$), но эта разница выявлена только для Т1.

Интересно отметить *различия в копинговых стратегиях родителей в зависимости от их жизнестойкости.* Одним из парадоксальных на первый взгляд результатов является отличие родителей с низкой жизнестойкостью от остальных своей приверженностью копингу *принятие* на Т1 ($H = 10{,}1$, $p < 0{,}01$). Предположительно, этот копинг на этапе начала лечения отражает пассивную позицию родителя, снижающую способность к активному преодолению возможных трудностей, что противоречит пониманию С. Мадди жизнестойкости как личностной характеристики, связанной с «экзистенциальным мужеством», верой в себя и свою способность справиться с ситуацией вопреки витальной угрозе (Maddi, 1980).

На Т2 родители с более высокой жизнестойкостью достоверно меньше обращаются к следующим копингам: к *сдерживанию* ($H = 6{,}7$, $p < 0{,}05$), к *поиску эмоциональной поддержки* у окружающих ($H = 6{,}9$, $p < 0{,}05$), к *подавлению конкурирующей деятельности* ($H = 6{,}7$, $p < 0{,}05$). При этом те родители, у кого жизнестойкость низкая, значимо реже используют *планирование* шагов по решению проблемы ($H = 8{,}4$, $p < 0{,}01$).

Полученные данные о связи жизнестойкости с копингами (положительной — с продуктивными копингами, и отрицательной — с деструктивными или эмоционально-направленными) дополняют ранее описанные нами связи стратегий совладания, основанных на активной когнитивной переработке переживаний, с более высокими показателя-

ми субъективного благополучия и качества жизни (Хаин, Евдокимова, Никольская, 2025), а также совпадают с результатами исследований Е.И. Рассказовой и ее коллег на выборке здоровых испытуемых (Рассказова, Гордеева, Осин, 2013). Предположительно, такие результаты можно считать общепопуляционными вне зависимости от воздействия стрессогенных условий и их характера. Несмотря на то, что полученные данные на первый взгляд противоречат выявленной А.Е. Хаин в другом исследовании (Хаин, 2017) связи стратегий самоограничения или сдерживания у родителей во время активного этапа лечения ТГСК с лучшим уровнем приспособления и с меньшим дистрессом подростков, они скорее дополняют и уточняют ранее описанную картину. Высокая жизнестойкость оказалась связана с меньшим количеством негативных переживаний относительно ТГСК, с меньшим беспокойством за жизнь и здоровье ребенка и семейные отношения, что объясняет отсутствие необходимости включения родителями самоконтроля за своими импульсивными реакциями в репертуар стратегий совладания. Тогда как у родителей, столкнувшихся с большим объемом сильных негативных переживаний, возможно, *сдерживание* становится важным копингом, позволяющим им, с одной стороны, сконцентрироваться на задаче осуществления ухода за ребенком, а с другой стороны, не позволить своим эмоциям реактивно проявляться и тем самым влиять на психологическое благополучие детей.

Жизнестойкость родителей и ее роль в психологической адаптации пациентов. Не обнаружено разницы в уровне детского дистресса в зависимости от жизнестойкости родителей в целом по выборке. Опосредованное влияние жизнестойкости родителей на успешность адаптации детей к ТГСК определено разницей в стратегиях совладания и качестве жизни пациентов на разных этапах при сравнении родителей с разным уровнем жизнестойкости между собой. Так, оказалось, что дети тех родителей, которые обладали низкой жизнестойкостью, значимо меньше используют копинг *«активный отдых»* на этапе Т1 ($H = 7{,}2$, $p < 0{,}05$). В то же время стиль совладания пациентов со стрессом на Т2, находящихся в больнице с родителями с высокой жизнестойкостью, отличается отсутствием стратегии *ухода в себя* ($H = 6{,}2$, $p < 0{,}05$) и, наоборот, использованием *профессиональной помощи* ($H = 6{,}5$, $p < 0{,}05$). Этот результат согласуется с данными Кроемеке А., Собсзук-Крусзелниска М. (Kroemeke, Sobczyk-Kruszelnicka, 2001), показавшими на диадах после ТГСК, что личностные ресурсы (копинг-самоэффективность) выступают условием эффективного использования социальной и профессиональной поддержки.

Важно также отметить принципиальные различия детей в жалобах на снижение *качества жизни в целом* ($H = 8{,}1$, $p < 0{,}05$) и по параметрам *«беспокойство»* ($H = 8$, $p < 0{,}05$) и *«тошнота»* ($H = 7{,}1$, $p < 0{,}05$) на активной стадии ТГСК (Т2) в зависимости от уровня жизнестойкости родителей: у родителей с высокой жизнестойкостью, по сравнению с низкой и средней, дети значимо меньше отмечают беспокойство и тошноту. Можно предположить, что высокая жизнестойкость родителей не только определяет психологическое благополучие пациентов во время Т2, но и связана с тяжестью переживания ими соматических побочных эффектов лечения, что нуждается в дальнейшем изучении.

Выводы

1. У детей и подростков, проходящих аллогенную ТГСК, и у их родителей средние показатели жизнестойкости сопоставимы с общепопуляционными. При этом в выборке пациентов представлена повышенная доля участников с низкой жизнестойкостью.

2. Жизнестойкость детей в динамике остается устойчивой, несмотря на ТГСК, тогда как у родителей наблюдается тенденция к изменению ее параметров уже в горизонте 3-месячного периода с момента трансплантации.

3. Подростки характеризовались более низкой жизнестойкостью, чем дети младшего подросткового возраста, в том числе по компоненту контроля, что может быть связано с особым влиянием стрессовой ситуации лечения на сензитивные области и особые задачи данного возраста.

4. Жизнестойкость пациентов определяет разницу в успешности адаптации и в стратегиях, которые используются ими для совладания со стрессовой ситуацией. Дети с высокой жизнестойкостью отличаются меньшими дистрессом и склонностью к самообвинению, а также большим позитивным фокусом, способствующим переработке негативных переживаний во время сложного лечения.

5. Жизнестойкость пациентов определяет различия между ними в уровне субъективного благополучия в отношении как эмоциональных переживаний в ответ на ситуацию, так и когнитивных представлений о счастье и удовлетворенности своей жизнью, а такой показатель жизнестойкости, как вовлеченность, напрямую связан с качеством жизни.

6. Прямая связь между уровнем жизнестойкости детей и родителей не выявлена. Вместе с тем обнаружено опосредованное влияние жизнестойкости родителей на успешность психологической адаптации детей

к ТГСК, которое подтверждается наличием разницы в стратегиях совладания пациентов и их качестве жизни на разных этапах у родителей с разным уровнем жизнестойкости. Дети более жизнестойких родителей чувствуют себя лучше не только в эмоциональном плане за счет меньшей тревоги, но и меньше жалуются на побочные эффекты во время активного лечения.

7. Жизнестойкость родителей не влияет на их собственный дистресс, но определяет разницу в качестве жизни и субъективном благополучии. Также выявлены положительные взаимосвязи родительской жизнестойкости с продуктивными копингами и отрицательные — с деструктивными или эмоционально-направленными стратегиями совладания.

Таким образом, жизнестойкость детей и подростков в нашем понимании можно считать тем личностным ресурсом, который обеспечивает их резилентность при воздействии сильных стрессовых факторов, меньший дистресс во время сложного лечения методом ТГСК, лучшее субъективное благополучие и качество жизни, а также более оптимальную саморегуляцию. Действительно, вклад жизнестойкости в психологическое благополучие оказывается уникальным (Рассказова, Леонтьев, 2019).

Перспективы дальнейших исследований связаны с проверкой выявленных закономерностей на более крупных выборках с продлением наблюдения за пределы первых 12 недель после ТГСК. Это позволит оценить отсроченные изменения жизнестойкости у пациентов и родителей, уточнить ее роль в долгосрочной психологической адаптации. Актуальным также является продолжение изучения диадных механизмов влияния ресурсов родителей на адаптацию ребенка и оценка эффективности психологических вмешательств, направленных на развитие жизнестойкости и продуктивного совладания в период ТГСК.

Список источников / References

1. Леонтьев Д.А., Рассказова Е.И. (2006). *Тест жизнестойкости*. М.: Смысл.
   Leont'ev D.A., Rasskazova E.I. (2006). *Hardiness test*. M.: Publ. Smysl.
2. Осин, Е.Н., Рассказова, Е.И. (2013). Краткая версия теста жизнестойкости: психометрические характеристики и применение в организационном контексте. *Вестник Московского университета. Серия 14. Психология, 2,* 147—165.
   Osin, E.N., Rasskazova, E.I. (2013) A short version of the hardiness test: psychometric properties and application in an organizational context. *Moscow University Psychological Bulletin, Series 14, 2,* 147—165. (In Russ.).
3. Рассказова, Е.И., Гордеева, Т.О., Осин, Е.Н. (2013). Копинг-стратегии в структуре деятельности и саморегуляции: психометрические характеристики

и возможности применения методики COPE. *Психология. Журнал Высшей школы экономики, 10*(1), 82—118.
Rasskazova, E.I., Gordeeva, T.O., Osin, E.N. (2013). Coping strategies in the structure of activity and self-regulation: psychometric characteristics and possibilities of applying the COPE methodology. *Psychology. Journal of the Higher School of Economics, 10*(1), 82—118. (In Russ.).

4. Рассказова, Е.И., Леонтьев, Д.А. (2019). *Жизнестойкость и ее диагностика*. М.: Смысл.
Rasskazova, E.I., Leont'ev, D.A. (2019). *Hardiness and its diagnosis.* M.: Publ. Smysl. (In Russ.).
5. Сорокоумова, Е.А. (2018). Исследование жизнестойкости как свойства личности современных подростков. *Коллекция гуманитарных исследований, 3*(12), 70—76.
Sorokoumova, E.A. (2018) A study of resilience as a personality trait among modern teenagers. *The Collection of Humanitarian Researches, 3*(12), 70—76. (In Russ.).
6. Фокина, И.В., Соколовская, О.К., Носова, Н.В. (2018). Жизнестойкость и ее связь с ценностями в подростковом возрасте. *Проблемы современного педагогического образования, 60*(3), 468—471.
Fokina, I.V., Sokolovskaya, O.K., Nosova, N.V. (2018). Hardiness and its relationship to values in adolescence. *Problems of modern pedagogical education, 60*(3), 468—471.(In Russ.).
7. Хаин, А.Е. (2017). Индивидуальные и семейные факторы психологической адаптации подростков с онкогематологическими заболеваниями к лечению методом трансплантации гемопоэтических стволовых клеток. *Консультативная психология и психотерапия, 25*(2), 94—114. https://doi.org/10.17759/cpp.2017250206
Khain, A.E. (2017). Individual and family factors of psychological adaptation of adolescents with oncohematological diseases to treatment with hematopoietic stem cell transplantation. *Counseling Psychology and Psychotherapy*, *25*(2), 94—114. (In Russ.). https://doi.org/10.17759/cpp.2017250206
8. Хаин, А.Е., Евдокимова, М.А., Никольская, Н.С. (2025). Взаимосвязи аффективных и когнитивных компонентов субъективного благополучия с качеством жизни и совладанием со стрессом в процессе трансплантации гемопоэтических стволовых клеток (ТГСК) у детей и ухаживающих за ними родителей. *Консультативная психология и психотерапия, 33*(1), 49—68. https://doi.org/10.17759/cpp.2025330103
Khain, A.E., Evdokimova, M.A., Nikol'skaya, N.S. (2025). Relationships between affective and cognitive components of subjective well-being and quality of life and coping with stress during hematopoietic stem cell transplantation (HSCT) in children and their caregivers. *Counseling Psychology and Psychotherapy*, *33*(1), 49—68. (In Russ.). https://doi.org/10.17759/cpp.2025330103
9. Холмогорова, А.Б., Воликова, С.В., Полкунова, Е.В. (2005). Семейные факторы депрессии. *Вопросы психологии, 6*, 63—71.

Kholmogorova, A.B., Volikova, S.V., Polkunova, E.V. (2005). Family factors of depression. *Voprosy psikhologii, 6*, 63—71. (In Russ.).

10. Bense, J.E., ter Welle, L., Mekelenkamp, H., Schimmel, M., Louwerens, M., Lankester, A.C., Pieterse, A.H., de Pagter, A.P.J. (2022). Exploring the long-term psychosocial impact of paediatric haematopoietic stem cell transplantation for nonmalignant diseases. *Health Expectations, 25*(5), 2462—2470. https://doi.org/10.1111/hex.13565
11. Bhatt, N.S., Lehmann, L., Dandoy, C.E., Auletta, J.J., Badia, P., Ballard, S.A., Blacken, R., Daraiseh, N.M., Desmond, C., Dunseath, C., Epling, P., Fitch, T.J., Flesch, L., Hartley, D., Huber, J., Jenssen, K., Kent, G., Klunk, A., Kapadia, M., Kusnier, K., Liberio, N., Maier, S., Myers, K.C., O'Connor, G., Tarquini, S., Phelan, R., Pai, A., Rotz, S. (2025). Multicenter Study on Caregiver Experiences in Pediatric Hematopoietic Stem Cell Transplantation Part I: Integrative Analysis of Mental Health, Psychosocial Stressors, and Support Mechanisms. *Transplantation and Cellular Therapy, 31*(7), 456.e1—456.e16. https://doi.org/10.1016/j.jtct.2025.04.013
12. Krohne, H.W. Stress and coping theories (2001). *International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences* (N.J. Smelser, P.B. Baltes, Ed.-in-Chiefs), Oxford: Pergamon (15163—15170). https://doi.org/10.1016/B0-08-043076-7/03817-1
13. Kroemeke, A., Sobczyk-Kruszelnicka, M. (2021). Interaction effect of coping self-efficacy and received support in daily life of hematopoietic cell transplant patient-caregiver dyads. *PLOS ONE, 16*(11), e0260128. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0260128
14. Li, B., Shu, D., Pang, S., Wang, L., Wang, L., Yin, X., Xing, J., Zou, H., Yang, B.X., Liu, Q. (2025). Primary caregiver-reported family resilience in children with cancer in central China: a latent profile analysis. *BMC Nursing, 24*(1), Article 1248. https://doi.org/10.1186/s12912-025-03444-8
15. Maddi, S.R. (1980). Developmental Value of Fear of Death. *The Journal of Mind and Behavior*, 1(1), 85—92.
16. Maddi, S.R. (2006). Hardiness: The Courage to Be Resilient. *Comprehensive Handbook of Personality and Psychopathology. Personality and Everyday Functioning* (J.C. Thomas, D.L. Segal, M. Hersen, Eds.), Oxford:John Wiley & Sons (306—321).
17. Molina, Y., Yi, J.C., Martinez-Gutierrez, J., Reding, K.W., Yi-Frazier, J.P., Rosenberg, A.R. (2014). Resilience among patients across the cancer continuum: diverse perspectives. *Clin J Oncol Nurs, 18*(1), 93—101. https://doi.org/10.1188/14.CJON.93-101
18. Nikolskaya, N.S., Khain, A.E., Stefanenko, E.A., Riabova, T.V., Klipinina, N.V., Shutkova, E.S. (2020). Distress Screening in Russian Pediatric Oncology: Adaptation and Validation of the Distress Rating Scale. *Psychology in Russia: State of the Art, 13*(3), 2—17. https://doi.org/10.11621/pir.2020.0301
19. Walsh, F. (2003). Family resilience: a framework for clinical practice. *Fam Process, 42*(1), 1—18. https://doi.org/ 10.1111/j.1545-5300.2003.00001.x

Информация об авторах

Алина Евгеньевна Хаин, кандидат психологических наук, медицинский психолог, заведующая отделением клинической психологии, Национальный медицинский исследовательский центр детской гематологии, онкологии, иммунологии имени Дмитрия Рогачева (ФГБУ НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева), ORCID: https://orcid.org/0000-0003-4217-1564, e-mail: khain.alina@gmail.com

Наталья Сергеевна Никольская, кандидат психологических наук, старший научный сотрудник отделения клинической психологии, Национальный медицинский исследовательский центр детской гематологии, онкологии, иммунологии имени Дмитрия Рогачева (ФГБУ НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева), ORCID: https://orcid.org/0000-0002-9640-264X, e-mail: nsnikolskaya@mail.ru

Мария Алексеевна Евдокимова, младший научный сотрудник отделения клинической психологии, Национальный медицинский исследовательский центр детской гематологии, онкологии, иммунологии имени Дмитрия Рогачева (ФГБУ НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева), ORCID: https://orcid.org/0009-0008-7620-3206, e-mail: evdokimova.m16@gmail.com

Information about the authors

Alina E. Khain, PhD in Psychology, Head of Clinical Psychology Department, Dmitry Rogachev National Research Center of Pediatric Hematology, Oncology and Immunology, Moscow, Russia, ORCID: https://orcid.org/0000-0003-4217-1564, e-mail: khain.alina@gmail.com

Natalia S. Nikolskaya, PhD in Psychology, Senior Research Fellow, Clinical Psychology Department, Dmitry Rogachev National Research Center of Pediatric Hematology, Oncology and Immunology, Moscow, Russia, ORCID: https://orcid.org/0000-0002-9640-264X, e-mail: nsnikolskaya@mail.ru

Maria A. Evdokimova, Junior Research Fellow, Clinical Psychology Department, Dmitry Rogachev National Research Center of Pediatric Hematology, Oncology and Immunology, Moscow, Russia, ORCID: https://orcid.org/0009-0008-7620-3206, e-mail: evdokimova.m16@gmail.com

Вклад авторов

Хаин А.Е. — идея и планирование исследования; написание и оформление рукописи; контроль за проведением исследования.

Никольская Н.С. — применение статистических методов для анализа данных, визуализация результатов исследования, написание рукописи.

Евдокимова М.А. — сбор и анализ данных; оформление рукописи.

Все авторы приняли участие в обсуждении результатов и согласовали окончательный текст рукописи.

Authors contribution

Alina E. Khain — idea, planning and control over the research; design and writing of the manuscript.

Natalia S. Nikolskaya — application of statistical for data analysis; visualization of research result, writing of the manuscript.

Maria A. Evdokimova — data collection and analysis; design of the manuscript.

All authors participated in the discussion of the results and approved the final text of the manuscript.

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of Interest

The authors declare no conflict of interest.

Декларация об этике

Исследование было рассмотрено и одобрено Независимым этическим комитетом ФГБУ НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева (протокол № 4/2020 от 23.06.202о г.).

Письменное информированное согласие на участие в этом исследовании было предоставлено респондентами (или законными опекунами / ближайшими родственниками участников исследования).

Ethics Statement

The study was reviewed and approved by the Ethics Committee of Dmitry Rogachev National Research Center of Pediatric Hematology, Oncology and Immunology (report no 4/2020, 2020/06/23).

Written informed consent for participation in this study was obtained from the participants (or legal guardians / next of kin of the participants).

Поступила в редакцию 07.05.2026 — Received 2026.05.07
Поступила после рецензирования 18.08.2026 — Revised 2026.08.18
Принята к публикации 14.09.2026 — Accepted 2026.09.14
Опубликована 30.09.2026 — Published 2026.09.30