

Мир науки. Педагогика и психология / World of Science. Pedagogy and psychology <https://mir-nauki.com>

2019, №4, Том 7 / 2019, No 4, Vol 7 <https://mir-nauki.com/issue-4-2019.html>

URL статьи: <https://mir-nauki.com/PDF/02PSMN419.pdf>

**Ссылка для цитирования этой статьи:**

Харламенкова Н.Е., Дан М.В., Казымова Н.Н., Шаталова Н.Е. Динамика уровня стресса и изменение представлений о болезни у подростков с опухолями опорно-двигательного аппарата и их матерей // Мир науки. Педагогика и психология, 2019 №4, <https://mir-nauki.com/PDF/02PSMN419.pdf> (доступ свободный).  
Загл. с экрана. Яз. рус., англ.

**For citation:**

Kharlamenkova N.E., Dan M.V., Kazymova N.N., Shatalova N.E. (2019). Dynamics of stress level and changing of representation of the disease in adolescents with tumors of the musculoskeletal system and their mothers. *World of Science. Pedagogy and psychology*, [online] 4(7). Available at: <https://mir-nauki.com/PDF/02PSMN419.pdf> (in Russian)

*Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта 18-00-00393 К (18-00-00049)*

**УДК 159.9**

**ГРНТИ 15.31.31**

**Харламенкова Наталья Евгеньевна**

ФГБУН «Институт психологии Российской академии наук», Москва, Россия  
Замдиректора, заведующая лабораторией психологии развития  
субъекта в нормальных и посттравматических состояниях  
Доктор психологических наук, профессор  
E-mail: [nataly.kharlamenkova@gmail.com](mailto:nataly.kharlamenkova@gmail.com)  
РИНЦ: [http://elibrary.ru/author\\_profile.asp?id=237576](http://elibrary.ru/author_profile.asp?id=237576)

**Дан Марина Владимировна**

ФГБУН «Институт психологии Российской академии наук», Москва, Россия  
Младший научный сотрудник  
E-mail: [marina@raudsepp.ru](mailto:marina@raudsepp.ru)  
РИНЦ: [http://elibrary.ru/author\\_profile.asp?id=954950](http://elibrary.ru/author_profile.asp?id=954950)

**Казымова Надежда Наильевна**

ФГБУН «Институт психологии Российской академии наук», Москва, Россия  
Младший научный сотрудник  
Кандидат психологических наук  
E-mail: [bakusevan@mail.ru](mailto:bakusevan@mail.ru)  
РИНЦ: [http://elibrary.ru/author\\_profile.asp?id=607612](http://elibrary.ru/author_profile.asp?id=607612)

**Шаталова Надежда Евгеньевна**

ФГБУН «Институт психологии Российской академии наук», Москва, Россия  
Ведущий специалист отдела по связям с общественностью  
E-mail: [bagira-psy@mail.ru](mailto:bagira-psy@mail.ru)  
РИНЦ: [http://elibrary.ru/author\\_profile.asp?id=164780](http://elibrary.ru/author_profile.asp?id=164780)

**Динамика уровня стресса и изменение  
представлений о болезни у подростков с опухолями  
опорно-двигательного аппарата и их матерей**

**Аннотация.** Тяжелое заболевание ребенка, требующее хирургического вмешательства, является высокоинтенсивным стрессором как для ребенка, так и для всей семьи. Теоретической

основой исследования стало положение о ведущей роли матери во взаимодействии ребенка с окружающим миром. Используемый подход предполагает проведение исследования в контексте диадических отношений между матерью и ребенком.

В статье анализируется динамика уровня стресса и представлений о болезни до и после проведения операции по поводу удаления доброкачественных костных новообразований у подростков. В исследовании приняли участие подростки в возрасте от 11 до 17 лет, находящиеся в медицинском учреждении в период плановых оперативных вмешательств, а также их матери, находящиеся вместе с ними в стационаре.

Показана динамика воспринимаемого стресса у подростков и их матерей. Снижение уровня стресса после операции более выражено у подростков. У матерей напряжение, вызванное стрессом, не снижается после операции, однако ослабевает необходимость в противодействии стрессу. При этом наличие социальной поддержки в жизни матери и степень удовлетворенности ею рассматривается как важное условие, опосредующее реакции матери на стрессовое событие. Показано, что высокая степень удовлетворенности социальной поддержкой у матери способствует снижению уровня стресса у подростков в послеоперационном периоде. Описаны представления матерей и подростков о болезни и их динамика до и после операции. Обнаружены различия в представлениях матерей о болезни ребенка в зависимости от удовлетворенности получаемой ею социальной поддержкой: матери, удовлетворенные поддержкой своего ближнего окружения, соотносят с болезнью ребенка свои эмоциональные реакции в большей степени, чем матери с низким уровнем социальной поддержки.

**Ключевые слова:** интенсивный стресс; острый стресс; диада мать–ребенок; опухоли костей; заболевания опорно-двигательного аппарата; представления о болезни; социальная поддержка

Семейная среда и ее влияние на психическое развитие ребенка – тема, разрабатываемая в психологии практически с самого начала ее становления как науки. В системе отношений ребенка с ближайшим окружением ведущее место занимает мать, которая, по мнению Р. Шпица и В. Коблинер, является «доминирующим, активным партнером». Дисфункциональность отношений в диаде мать-ребенок отражается на физическом и психическом здоровье ребенка даже в отдаленном периоде его развития [1, с. 205].

Возможности современной науки позволяют изучать детско-родительские отношения комплексно, а именно, системно исследовать отношение к ребенку отца и матери [2], верифицировать гипотезы о кумулятивных рисках в развитии ребенка, т. е. анализировать совокупность негативных факторов и последствия их воздействия на его поведение. Такими факторами могут быть социальный статус (низкий уровень дохода, социальная изоляция), особенности семьи (высокий уровень агрессии, конфликтность, дисфункциональность семейных отношений), положение матери в семье, ее психологические особенности (неполная семья; низкий уровень психического здоровья матери) и др. [3].

Актуальными остаются тема психического здоровья современного подростка и участие родителей в его обеспечении [4], проблема стилей воспитания и отношений привязанности в развитии у подростка способности к сопереживанию, сочувствию [5] и мн. др. [6; 7; 8]. Все более востребованными оказываются исследования, в которых прослеживается связь между ранним детским опытом, отношением матери к ребенку и последующим психическим развитием подростка, юноши/девушки, взрослого [9].

Критической для оценки ресурсности матери в развитии позитивных отношений в семье, в осуществлении приемов эмоциональной и инструментальной поддержки является *ситуация*

*болезни ребенка*; в случае тяжелого, угрожающего жизни заболевания такие жизненные обстоятельства становятся для семьи экстремальными, часто вызывающими травматический стресс, высокий уровень невротизации, депрессию, тревогу, дискомфорт [10–12 и др.]. Н.Ф. Михайлова пишет, что «рождение больного ребенка это макрособытие, но с последующей цепочкой фрустрирующих микрособытий, с которыми члены семьи вынуждены справляться в повседневной жизни... стресс, вызванный не только шоком от постановки точного диагноза, но и связанный с приспособлением семьи к уникальным потребностям своего больного ребенка» [13].

Вовлеченность матери, переживающей депрессию, в процесс ухода за ребенком, больным онкологией, может способствовать развитию у него признаков дистресса не только спустя несколько месяцев после проведения операции и лечения, но и в течение более длительного срока [12]. Рассматривая типы и механизмы социальной поддержки матерью ребенка, нередко забывают о том, что сама мать может быть лишена достаточных ресурсов совладания с трудными жизненными ситуациями, иметь негативный опыт взаимоотношения с близкими людьми [14; 15]. В этом случае мать оказывается неспособной предоставить ребенку необходимую помощь, и даже наоборот, может переносить свой травматический опыт на ребенка, приписывать ему негативные эмоции [16].

Социальная поддержка самой матери часто снижает влияние ее стрессового состояния на уровень адаптации ребенка, при этом важно учитывать тип стрессового воздействия (например, стрессоры, связанные с материнской ролью, экономическим неблагополучием или дисфункциональностью семьи), тип поддержки – формальная (поддержка врачей и социальных работников) и социальная (поддержка родственников и друзей), социоэкономический статус матери [17; 18] и другие факторы.

Обобщая сказанное выше, следует специально подчеркнуть, что отношения матери и ребенка строятся по принципу реципрокной связи. Обычно, речь идет о помощи матери ребенку, либо о ее негативном влиянии на него. Однако, известно, что сам ребенок, имея достаточные индивидуальные и социальные ресурсы, способен влиять на материнский стресс, снижая его, и тем самым активировать вовлеченность матери в детско-родительские отношения [19].

Оценивая *уровень переживаемого стресса и представление матери о болезни ребенка*, можно дать общую характеристику состояния ее ресурсов. В том случае, если лечение заболевания включает в себя проведение хирургической операции, допустимо исследовать изменение представлений о болезни, что позволит предсказать, какими будут психологические последствия переживания этих событий. Предполагается, что несмотря на близость представлений матери и ребенка о болезни, их специфика тоже может быть выявлена.

Онкологические заболевания традиционно относят к группе стрессоров высокой интенсивности [20], вызывающих у больного серьезные психологические последствия, снижение качества жизни. Исследования психологических особенностей взрослых пациентов с *опухолевым поражением костей* показало, что оцениваемое ими качество жизни связано с типом отношения к болезни, а также с индивидуально-личностными особенностями и механизмами психологической адаптации [21–23].

В отличие от взрослых, дети и подростки, у которых была диагностирована опухоль или опухолеподобное заболевание опорно-двигательного аппарата (ОДА), переживают ситуацию болезни при активном участии и поддержке родителей, других родственников, друзей. В связи с этим нам представляется важным выбрать в качестве объекта исследования не только подростков с диагностированной опухолью ОДА, но и их матерей.

*Цель исследования* – выявить уровень стресса и представление о болезни у подростков и их матерей до и после проведения операции по поводу удаления опухоли ОДА с учетом удовлетворенности матери социальной поддержкой.

*Гипотезы исследования:*

1. Представления о болезни до и после операции у подростков, имеющих опухоль и опухолеподобное заболевание ОДА, и их матерей различаются; по сравнению с представлениями подростков, страх, вина, гнев и другие эмоции, ассоциирующиеся с болезнью ребенка, оцениваются матерями как более значимые.
2. Динамика уровня стресса у подростков и их матерей зависит от удовлетворенности матери социальной поддержкой.

### Методики и процедура исследования

*Участники исследования:* в исследовании приняли участие матери и подростки, находящиеся в отделении детской костной патологии и подростковой ортопедии Национального медицинского исследовательского центра травматологии и ортопедии имени Н.Н. Приорова (г. Москва) в период проведения плановых операционных вмешательств, включавших, преимущественно, удаление доброкачественных костных новообразований. В исследовании приняли участие 14 матерей в возрасте от 33 до 50 лет (средний возраст – 40,6) и 14 подростков в возрасте от 11 до 17 лет (средний возраст – 13,6). Критерием отбора участников исследования было отсутствие в анамнезе любых видов оперативных вмешательств и отсутствие опыта у матерей переживания операции у ребенка (включая других детей в семье). Нозологическое разнообразие представлено такими заболеваниями как: хронические воспалительные процессы, болезнь Олье, хондробластомы, патологические переломы, остеохондромы, кисты, синовиальные хондроматозы, экзостозные хондродисплазии и пр. Общим для этих диагнозов являлись необходимость в операции, возможность полного восстановления функций ОДА в последующем периоде, отсутствие угрозы жизни пациента (не злокачественные типы опухолей). Некоторые из проведенных операций совмещали лечебные и диагностические задачи, однако в представленной группе не было подростков, чей диагноз после операционного лечения был изменён. Все подростки на момент госпитализации обучались в разных классах общеобразовательных учреждений, имели круг социальных контактов. Чуть более половины (8 из 14) посещали, помимо школы, спортивные кружки и секции. Давность выявления заболевания подростка варьировалась от 2 месяцев до 2 лет. Семьи участников были преимущественно полные (12 из 14), состав семей – 7 семей с одним ребенком, 4 семьи с 2 детьми, 3 семьи с 3 детьми.

*Методики исследования.* Уровень переживаемого стресса у матерей оценивался с помощью методики *The Perceived Stress Scale-10, PSS-10 (Шкала воспринимаемого стресса (ШВС-10)*, адаптированной В.А. Абабковым с коллегами [24, с. 6–15], который представляется собой опросник, состоящий из 10 вопросов и позволяющий оценить субъективное восприятие уровня напряженности стрессовой ситуации на протяжении месяца, предшествующего исследованию. Опросник состоит из двух субшкал: «перенапряжение» (6 вопросов) и «противодействие стрессу» (4 вопроса). Первая измеряет, как субъективно воспринимается уровень напряженности ситуации, вторая – уровень усилий, прилагаемых для преодоления данной ситуации. Уровень воспринимаемого стресса вычисляется суммированием баллов по обоим субшкалам.

Актуальный стресс у подростков был изучен с помощью детского варианта *Perceived Stress Scale for Children, PSS-C (Шкала воспринимаемого стресса (ШВС-Д)*. Данная методика хорошо зарекомендовала себя за рубежом в качестве удобного инструмента для оценки уровня

повседневного стресса у детей от 5 до 18 лет [25]. Поскольку русскоязычный вариант методики не представлен в отечественной психологии, перевод текста методики был осуществлен сотрудниками лаборатории психологии развития субъекта в нормальных и посттравматических состояниях ИП РАН в 2018 году (см. Приложение 1). В настоящее время методика проходит апробацию на русскоязычной выборке. Для проведения исследования из оригинального текста методики был удален первый вопрос, проверяющий понимание задания ребенком. Устная беседа психолога с ребенком и разъяснение всех заданий помогает удостовериться в том, что ребенок понял все задания правильно. Кроме того, подростковый возраст принявших участие в исследовании пациентов позволил отказаться от иллюстративной формы представляемых ответов к вопросам методики и использовать только вербальные ответы. Таким образом, после небольших изменений, русскоязычный текст ШВС-Д стал содержать в себе 13 пунктов, касающихся беспокойства по поводу спешки или нехватки времени для выполнения желаемых дел, восприятия школьной нагрузки, качества дружбы и взаимоотношений с родителями, восприятия конфликтов, эмоций (гнев, счастье), ощущения себя любимым, восприятия достаточности сна в течение последней недели. Каждый вопрос предполагает 4 варианта ответа от 0 = никогда до 3 = часто. Методика имеет единственный итоговый показатель, получаемый путем суммирования баллов по всем пунктам опросника (прямые и обратные пункты), и отражающий уровень воспринимаемого стресса. Максимально возможное значение итогового показателя – 39 баллов.

Удовлетворенность матерей социальной поддержкой была изучена с помощью *Опросника социальной поддержки F-SOZU-22*, адаптированного А.Б. Холмогоровой и Г.А. Петровой [26]. Методика содержит 22 пункта, объединенных в 4 шкалы: эмоциональная поддержка, инструментальная поддержка, социальная интеграция и удовлетворенность социальной поддержкой.

Для изучения *представлений матери и ребенка о болезни* были разработаны анкеты, составленные на основе списка экспертных ассоциаций на данное понятие. Бланк анкеты представляет собой перечень дескрипторов, имеющих отношение к болезни, которые участник исследования оценивает по 5-балльной шкале (от 0 до 4) на степень соответствия данных характеристик своим собственным представлениям. Детский вариант анкеты содержит 34 дескриптора, описывающие различные аспекты восприятия болезни: эмоции и чувства, вызванные болезнью (страх, чувство стыда, тревога, отчаяние, надежда на лучшее), физические проявления болезни (боль), внешние характеристики ситуации пребывания в больнице (врачи, белые халаты, больничный запах и т. д.), социальную поддержку, ресурсы совладания с болезнью. В анкету представлений матери о болезни ребенка вошли 44 характеристики, описывающие эмоциональные переживания, состояния, восприятие будущего, помощь ребенку и его поддержку и взаимоотношения с ним, контроль ситуации, которые в той или иной степени могут ассоциироваться у разных людей со словосочетанием «болезнь ребенка». Аналогично, матерям подростков предлагается из пяти оценок (от 0 – совершенно не соответствует, до 4 – абсолютно соответствует) отметить степень соответствия каждой характеристики ее личным представлениям.

*Процедура проведения исследования:* Обследование подростков и их матерей проводилось дважды: до и после операции. Первое обследование проводилось за 1–3 дня до операции. Оно включало предварительную беседу с матерью, объяснение целей исследования, подписание информированного согласия на обследование ребенка. Затем мать заполняла опросники: Шкалу воспринимаемого стресса, F-SOZU-22 и анкету «Болезнь ребенка». С подростком также проводилась беседа, в ходе которой задавались вопросы о его самочувствии, круге лиц, обеспечивающих психологическую поддержку, о его личных качествах помогающих справиться с ситуацией. После этого подросток также заполнял Опросник ШВС-10 для детей и анкету «Болезнь».

Второй этап исследования с использованием тех же методик и анкет проводился в зависимости от состояния подростка, не ранее, чем через 3 дня после операции. В среднем период между операцией и повторным обследованием составил 7 дней.

Для статистического анализа данных был применен программный пакет STATISTICA\_10. Статистическая обработка данных включала в себя следующие расчеты: описательную статистику (LQ и UQ – нижний и верхний квартили, Me – медиана, M – среднее арифметическое), критерий Манна-Уитни (U), критерий Уилкоксона (T), критерий угловое преобразование Фишера ( $\phi^*$ ) на уровне значимости  $p < 0.05$ .

### Анализ результатов

Для обработки данных Анкеты «Болезнь ребенка» были рассчитаны суммы баллов, набранных по каждой переменной (дескриптору), верхние и нижние квартили по этим переменным в выборке подростков (UQ = 35, LQ = 21, Me = 27.5) и матерей (UQ = 40, LQ = 25, Me = 34).

При анализе полученных данных у подростков *до операции* в группу ассоциаций, суммы баллов по которым превышали значение верхнего квартиля, вошли 9 ассоциаций, 6 из которых касались темы *помощи и поддержки* («забота мамы», «помощь», «поддержка друзей» и др.) и 3 оставшихся характеризовали физическое состояние ребенка («сон», «выздоровление»). Можно заметить, что в этой группе ассоциаций не встречаются дескрипторы, связанные с эмоциональными переживаниями ребенка. Лишь в межквартильное пространство попадает ассоциация «тревога». Предполагая, что представления матерей и их детей о болезни будут похожи, мы, тем не менее, допускали, что по сравнению с детьми, дескрипторам, обозначающим эмоциональные реакции на болезнь ребенка, матери будут приписывать более высокие баллы.

Выдвинутое нами предположение не подтвердилось при анализе данных на этапе «до операции». В представлениях матерей болезнь ребенка также ассоциировалась с *оказанием помощи и поддержки* (4 ассоциации), волевыми качествами матери и подавлением тревоги (3 ассоциации), ожиданиями и надеждой (2 ассоциации). В группу наиболее значимых ассоциаций для матери вошла только одна из них, обозначающая эмоциональные переживания, – страх.

Симметричность представлений матери и ребенка о болезни во многом подтверждает существующее мнение о тесной связи установок и предпочтений матери с установками и предпочтениями ребенка. Отсутствие достаточных данных в пользу выдвинутой нами гипотезы, скорее всего, связано с необходимостью учета дополнительных переменных, а именно, оценки уровня стресса и его изменения до и после операции, а также включения в анализ результатов данных об удовлетворенности матери социальной поддержкой.

Уровень воспринимаемого стресса у ребенка оценивали с помощью опросника PSS-C. Данные показали, что до операции средние показатели стресса в выборке детей находились в пределах нормы (по White, 2014, M = 11.73, границы нормы от 7.3 до 16.33 баллов, где M – среднее арифметическое) и снижались после операции (T = 10,  $p < 0.01$ , критерий Уилкоксона). У матерей средние показатели стресса до операции (по опроснику ШВС) также соответствовали норме (по субшкале Перенапряжение M = 13.62, границы нормы от 10.87 до 16.37 баллов; по субшкале Противодействие стрессу M = 10.82, границы нормы от 6.53 до 15.11; по Общему показателю стресса M = 24.44, границы нормы от 17.86 до 31.02). Различия в переживании стресса матерью до и после операции были выявлены только по шкале Противодействие стрессу (T = 13,  $p < 0.05$ , M<sub>1</sub> = 9, M<sub>2</sub> = 6.8, где M<sub>1</sub> – среднее значение по шкале до операции, M<sub>2</sub> – среднее значение по шкале после операции). Различия по шкале Перенапряжение и Общему показателю стресса не обнаружены (T = 43,  $p > 0.05$ , T = 70,  $p > 0.05$  соответственно).

Выявленные особенности в уровне стресса до и после операции показывают, что степень напряжения снижается у детей, но остается неизменной у их матерей. Тем не менее, необходимость противодействия стрессу ослабевает и, возможно, отражается на представлениях матери о болезни ребенка после проведенной ему операции.

По сравнению с первым этапом тестирования после операции у *матерей* наблюдаются следующие изменения ее представлений о болезни ребенка. Устойчиво значимыми остаются ассоциации, указывающие на необходимость оказания помощи («поддержка ребенка», «помощь врачей», «чувство нужности ребенку», «физический контакт с ребенком (обнять, держать за руку)», «желание помочь»). При этом, однако, повышается значимость эмоций. В межквартильном пространстве оказываются дескрипторы «волнение», «боль», статистически значимо отличаются показатели ассоциации «страх» ( $\varphi^* = 3.49$ ,  $p < 0.01$ ), которому в период после операции приписываются более высокие баллы. Значимость реакции сдерживания эмоций становится амбивалентной: или повышается («терпение»,  $\varphi^* = 2.3$ ,  $p < 0.01$ ), или снижается («избегание мыслей о болезни»,  $\varphi^* = 2.7$ ,  $p < 0.01$ , «необходимость взять себя в руки», «желание скрыть от ребенка свою тревогу»).

Представляется важным тот факт, что, эмоциональные переживания матери становятся более выраженными, причем по некоторым дескрипторам, связанным с эмоциональными переживаниями, наблюдается равномерное распределение оценок. Иными словами, у одних респондентов они не меняются, у других – повышаются, а у остальных – снижаются. Думается, что именно эмоции можно рассматривать в качестве критерия, который в будущем позволит разделить выборку на подгруппы.

В *представлениях подростков* оценки по показателям «поддержка», «помощь» оказались более разнообразными, по сравнению с представлениями матерей. По некоторым дескрипторам («поддержка») оценка не меняется, по другим («родители рядом»,  $\varphi^* = 3.5$ ,  $p < 0.01$ ), «врачи»,  $\varphi^* = 3.5$ ,  $p < 0.01$ ) повышается, по остальным оценки распределяются равномерно («забота мамы», «поддержка друзей», «помощь»). Представляется, что для подростков динамика их представлений о болезни, прежде всего, по показателям социальной поддержки, может выступать критерием для выделения отдельных подгрупп респондентов.

В представлениях о болезни, касающихся эмоций подростков, явной динамики не наблюдается. Устойчивой остается высокая оценка тревоги семьи по поводу болезни ребенка («беспокойство семьи»), при этом по отдельным показателям напряжение либо снижается («тяжесть»,  $\varphi^* = 3.5$ ,  $p < 0.01$ , «тревога»), либо остается на том же низком уровне («страх»).

*Первая гипотеза* исследования подтверждается при условии, что оценка матерью эмоций в структуре представлений о болезни ребенка, изучается в динамике (показатели сравниваются до и после операции), а также с учетом того факта, что направление этой динамики у матерей вариативно и может служить основанием для деления выборки на подгруппы.

Для проверки второй гипотезы о том, что динамика уровня стресса у подростков и их матерей зависит от удовлетворенности матери социальной поддержкой, выборка матерей была разделена на подгруппы (по 7 чел. в каждой подгруппе) по уровню удовлетворенности социальной поддержкой (опросник F-SOZU-22). Использовался медианный критерий ( $Me = 5.5$ ).

Интерес был вызван тем, что матери связывают представления о болезни ребенка с социальной поддержкой и, по-видимому, сами нуждаются в поддержке в этой трудной ситуации. Удовлетворенность социальной поддержкой (УСП) мы соотносили и со способностью матерей проявлять эмоции и с умеренным контролем эмоций. На этапе до операции оценки представлений о болезни, касающиеся эмоций, были сопоставлены в двух выделенных группах. Оказалось, что матери с высоким уровнем УСП соотносят болезнь

ребенка со *своими переживаниями* в большей степени, чем мамы с низким уровнем УСП. Получены различия по таким показателям (дескрипторам) как «страх» ( $\varphi^* = 3.49$ ,  $p < 0.01$ ), «вина» ( $\varphi^* = 1.9$ ,  $p < 0.05$ ); высока вероятность выявить различия по показателям «тяжесть» ( $\varphi^* = 1.56$ , критич. знач. при  $p = 0.05$  равно 1.64), «зависть, несправедливость» ( $\varphi^* = 1.56$ ), «волнение» ( $\varphi^* = 1.23$ ) при увеличении объема выборки.

По результатам данной части исследования можно сделать вывод о том, что матери с низким уровнем удовлетворенности социальной поддержкой склонны связывать с болезнью ребенка меньше негативных эмоций, по-видимому, вытесняя, подавляя их (оценки по дескриптору «избегание мыслей о болезни» выше в подгруппе с низкой УСП,  $\varphi^* = 2.59$ ,  $p < 0.01$ ).

На втором этапе (после операции) различий становится меньше, и они выявлены только в тенденции; вина, неопределенность, волнение также ниже оценивается матерями с низкой УСП. Обе группы отмечают меньшую значимость избегания мыслей о болезни ребенка на этом этапе исследования, но у группы с высокой УСП снижение оценок по этому показателю («избегание мыслей о болезни») становится более динамичным.

С нашей точки зрения удовлетворенность социальной поддержкой помогает матери более естественно выразить свои негативные эмоции в тяжелой жизненной ситуации, связанной с болезнью ребенка, а также способствует переживанию стресса самим ребенком. Сопоставление показателей стресса у подростков до и после операции в двух подгруппах, разделенных по уровню УСП их матерей, и между собой, показало следующее. Динамика уровня стресса была выявлена в обеих подгруппах – у подростков, мамы которых были удовлетворены социальной поддержкой ( $T = 2$ ,  $p < 0.05$ ), и подростков, чьи мамы не были удовлетворены социальной поддержкой ( $T = 1$ ,  $p < 0.05$ ). Интересным представляется следующий факт: при сравнении подгрупп подростков по уровню стресса на этапе «до операции» различия обнаружены не были ( $U = 14.5$ ,  $p > 0.05$ ), тогда как при сравнении подростков на этапе «после операции» уровень стресса в подгруппе детей, мамы которых были неудовлетворены социальной поддержкой, оказался более высоким ( $U = 10.5$ ,  $p < 0.05$ ). *Вторая гипотеза* о том, что динамика уровня стресса у подростков и их матерей зависит от удовлетворенности матери социальной поддержкой, подтверждается.

Обобщая полученные нами данные следует сказать, что представления матерей и их детей о болезни действительно оказываются схожими, особенно на этапе до проведения операции. Это сходство состоит в том, что болезнь в первую очередь ассоциируется с формальной (поддержка врачей) и социальной (поддержка родственников, друзей) поддержкой. Эмоции по поводу болезни ребенка оцениваются как мало значимые. Различия обнаруживаются в динамике представлений о болезни: у матерей повышаются оценки по дескрипторам, обозначающим эмоции, в некоторых случаях они становятся более вариативными. У детей большее разнообразие наблюдается в оценках социальной поддержки. Выявлено, что матери с высоким уровнем удовлетворенности социальной поддержкой склонны соотносить с болезнью ребенка свои эмоциональные реакции в большей степени, чем матери с низкой УСП. Иными словами, матери с высоким уровнем УСП более естественно реагируют на трудную ситуацию, что, скорее всего, позволяет им и более успешно проживать и переживать ее. Представляется, что выявленные особенности сопоставимы и с более выраженной динамикой стресса у их детей.

## Выводы

1. Показано, что представления о болезни до и после операции у подростков, имеющих опухоль и опухолеподобное заболевание ОДА, и их матерей различаются; по сравнению с представлениями подростков, страх, вина и другие эмоции, ассоциирующиеся с



болезнью ребенка, оцениваются матерями как более значимые на втором этапе исследования, т. е. после операции.

2. Динамика представлений о болезни ребенка обнаруживается в появлении большей вариативности оценок, связанных с социальной поддержкой у подростков, и большего разнообразия в оценках эмоциональных реакций у матерей. Выявленное разнообразие оценок можно рассматривать в качестве критериев деления выборок детей и их матерей на подгруппы.

3. Динамика воспринимаемого стресса более выражена у подростков, чем у матерей, причем при учете уровня удовлетворенности матерью социальной поддержкой эта динамика становится наиболее заметной.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Шпиц Р., Коблинер В. Первый год жизни. М.: ГЕРПУС. 2000.
2. Дусказиева Ж.Г. Влияние родительского отношения на развитие психосоматической патологии у детей. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2010. № 3. URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 08.06.2019).
3. Gach E.J., Ip K.I., Sameroff A.J., Olson S.L. Early cumulative risk predicts externalizing behavior at age 10: The mediating role of adverse parenting // *Journal of Family Psychology*. Vol. 32(1). Feb 2018. P. 92–102.
4. Рыцарева Т.В. Соотношение симптоматического поведения подростка с параметрами семейной системы // Вестник Костромского государственного университета им. Н.А. Некрасова. Серия: Педагогика. Психология. Социальная работа. Ювенология. Социокинетика. 2014. Т. 20. № 2. С. 38–42.
5. Клименкова Е.Н. Качество привязанности и способность к эмпатии в подростковом возрасте // Консультативная психология и психотерапия. 2018. Т. 26. № 4. С. 119–131.
6. Chervonsky E., Hunt C. Emotion regulation, mental health, and social wellbeing in a young adolescent sample: A concurrent and longitudinal investigation // *Emotion*. Vol. 19(2). Mar 2019. P. 270–282.
7. Darnell D., Flaster A., Hendricks K., Kerbrat A., Comtois K.A. Adolescent clinical populations and associations between trauma and behavioral and emotional problems // *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. Vol. 11(3). Mar 2019. P. 266–273.
8. Seiter N.S., Lucas-Thompson R.G., Graham D.J. Interparental conflict moderates the association between neighborhood stress and adolescent health // *Journal of Family Psychology*. Vol. 33(2). Mar 2019. P. 253–258.
9. Hein S., Stone L., Tan M., Barbot B., Luthar S.S., Grigorenko E.L. Child internalizing problems and mother–child discrepancies in maternal rejection: Evidence for bidirectional associations // *Journal of Family Psychology*. Vol. 32(2). Mar 2018. P. 229–239.
10. Коломиец И.Л. Эмоциональные и поведенческие характеристики детей с сахарным диабетом и их матерей [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2012. № 5 (16). – URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 07.06.2019).
11. Дан М.В. Личностная зрелость матерей и эмоциональное принятие совершеннолетнего ребенка с первым психотическим эпизодом // Психология повседневного и травматического стресса: угрозы, последствия и совладание / Под ред. А.Л. Журавлева, Н.В. Тарабриной, Е.А. Сергиенко, Н.Е. Харламенковой. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2016. С. 294–307.
12. Prussien K.V., Murphy L.K., Gerhardt C.A., Vannatta K., Bemis H., Desjardins L., Ferrante A.C., Shultz E.L., Keim M.C., Cole D.A., Compas B.E. Longitudinal associations

- among maternal depressive symptoms, child emotional caretaking, and anxious/depressed symptoms in pediatric cancer // *Journal of Family Psychology*. Vol. 32(8). Dec 2018. P. 1087–1096.
13. Михайлова Н.Ф. Стресс повседневной жизни семьи, имеющей больного ребенка или родителя: системный подход // Психология повседневного и травматического стресса: угрозы, последствия и совладание / Под ред. А.Л. Журавлева, Н.В. Тарабриной, Е.А. Сергиенко, Н.Е. Харламенковой. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2016. С. 139–175.
  14. Брутман В.И., Варга А.Я., Хамитова И.Ю. Влияние семейных факторов на формирование девиантного поведения матери // *Психологический журнал*. 2000. Т. 21. № 2. С. 79–87.
  15. Хамитова И.Ю. Семейная история: влияние на переживание женщиной беременности и родов // *Консультативная психология и психотерапия*. 2001. № 3. С. 125–151.
  16. Dayton C.J., Huth-Bocks A.C., Busuito A. The influence of interpersonal aggression on maternal perceptions of infant emotions: Associations with early parenting quality // *Emotion*. Vol. 16(4). Jun 2016. P. 436–448.
  17. Parkes A., Sweeting H., Wight D. Parenting stress and parent support among mothers with high and low education // *Journal of Family Psychology*. 2015. Dec 29(6). P. 907–918. DOI: 10.1037/fam0000129.
  18. Parkes A., Sweeting H. Direct, indirect, and buffering effects of support for mothers on children's socioemotional adjustment // *Journal of Family Psychology*. 2018. Oct 32(7). P. 894–903.
  19. Barbot B., Crossman E., Hunter S.R., Grigorenko E.L., Luthar S.S. Reciprocal influences between maternal parenting and child adjustment in a high-risk population: A 5-year cross-lagged analysis of bidirectional effects // *American Journal of Orthopsychiatry*. Vol 84(5). Sep 2014. P. 567–580.
  20. Тарабрина Н.В., Ворона О.А., Курчакова М.С., Падун М.А., Шаталова Н.Е. Онкопсихология: посттравматический стресс у больных раком молочной железы. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2010.
  21. Щелкова О.Ю., Сушенцов Е.А., Усманова Е.Б., Валиев А.К., Горбунов И.А. Качество жизни и психологические факторы восприятия боли при опухолевом поражении костей // *Саркомы костей, мягких тканей и опухоли кожи*. 2018. № 3. С. 31–35.
  22. Щелкова О.Ю., Усманова Е.Б. Влияние отношения к болезни на качество жизни пациентов с опухолевым поражением костей // *Вопросы онкологии*. 2017. Т. 63. № 1. С. 115–121.
  23. Щелкова О.Ю., Усманова Е.Б., Горбунов И.А., Сушенцов Е.А. Психологическая адаптация к болезни и качество жизни пациентов с опухолевым поражением костей // *Ученые записки СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова*. 2018. Т. 25. № 3. С. 62–72.
  24. Абабков В.А., Барышникова К., Воронцова-Венгер О.В., Горбунов И.А., Капранова С.В., Пологаева Е.А., Стуклов К.А. Валидизация русскоязычной версии опросника «Шкала воспринимаемого стресса-10» // *Вестник СПбГУ. Сер. 16. Психология. Педагогика*. 2016. Вып. 2. С. 6–15.
  25. White B.P. The Perceived Stress Scale for Children: A pilot study in a sample of 153 children // *International Journal of Pediatrics and Child Health*. 2014. 2. P. 45–52.
  26. Холмогорова А.Б., Петрова Г.А. Диагностика уровня социальной поддержки при психических расстройствах // *Медицинская технология*. М.: МНИИ психиатрии, 2007.

**Kharlamenkova Natalya Evgenievna**

Institute of psychology of the Russian academy of sciences, Moscow, Russia  
E-mail: nataly.kharlamenkova@gmail.com

**Dan Marina Vladimirovna**

Institute of psychology of the Russian academy of sciences, Moscow, Russia  
E-mail: marina@raudsepp.ru

**Kazymova Nadezhda Nailievna**

Institute of psychology of the Russian academy of sciences, Moscow, Russia  
E-mail: bakusevan@mail.ru

**Shatalova Nadezhda Evgenievna**

Institute of psychology of the Russian academy of sciences, Moscow, Russia  
E-mail: bagira-psy@mail.ru

## **Dynamics of stress level and changing of representation of the disease in adolescents with tumors of the musculoskeletal system and their mothers**

**Abstract.** A serious disease of the child, requiring surgery, is a high-intensity stressor for both the child and the whole family. The theoretical basis of the study was the position of the leading role of the mother in the interaction of the child with the outside world. The approach used involves a study in the context of the dyadic relationship between mother and child. The article analyzes the dynamics of the level of stress and representations of the disease before and after surgery for the removal of benign bone tumors in adolescents. The study involved adolescents aged 11 to 17 years, who are in a medical institution during planned surgery, as well as their mothers, who are with them in the hospital. The dynamics of perceived stress in adolescents and their mothers is shown. Reduction of stress levels after surgery is more pronounced in adolescents. Mothers tension caused by stress, not reduced after the surgery, however, diminishes the need to counteracting the stress. At the same time, the presence of social support in the mother's life and the degree of satisfaction with it is considered as an important condition that mediates the mother's reaction to a stressful event. It is shown that a high degree of satisfaction with social support in the mother helps to reduce the level of stress in adolescents in the postoperative period. The mothers and adolescents representations of the disease and their dynamics before and after surgery are described. There are differences in the mothers representation of the disease of the child depending on the satisfaction of social support received by her: mothers, satisfied with the support of their surroundings, relate their emotional reactions to the disease of the child to a greater extent than mothers with a low level of social support.

**Keywords:** intense stress; acute stress; mother–child dyad; bone tumors; diseases of the musculoskeletal system; representations of the disease; social support

## Приложение 1

### Бланк методики «Шкала воспринимаемого стресса для детей (ШВС-Д)»

Вопросы, предлагаемые дальше, **относятся к твоим чувствам и мыслям** на протяжении прошлой недели. Для каждого вопроса надо обвести тот вариант, название которого лучше соответствует твоему ответу. Проверь, что ты выбрал не более одного варианта ответа на каждый вопрос.

Дата: \_\_\_\_\_ Пол: \_\_\_\_\_ Возраст: \_\_\_\_\_

#### На прошлой неделе как часто...

1. Ты чувствовал/чувствовала, что спешишь или торопишься?

*Никогда*                      *Иногда*                      *Время от времени*                      *Часто*

2. У тебя было достаточно времени, чтобы делать то, что тебе хотелось?

*Никогда*                      *Иногда*                      *Время от времени*                      *Часто*

3. Ты беспокоился/беспокоилась, что слишком занят(а)?

*Никогда*                      *Иногда*                      *Время от времени*                      *Часто*

4. Ты беспокоился относительно своих оценок или о школе?

*Никогда*                      *Иногда*                      *Время от времени*                      *Часто*

5. Мама или папа помогали тебе почувствовать себя лучше?

*Никогда*                      *Иногда*                      *Время от времени*                      *Часто*

6. Мама или папа давали тебе возможность почувствовать себя любимым?

*Никогда*                      *Иногда*                      *Время от времени*                      *Часто*

7. Ты боялся чего-то или нервничал?

*Никогда*                      *Иногда*                      *Время от времени*                      *Часто*

8. Ты злился?

*Никогда*                      *Иногда*                      *Время от времени*                      *Часто*

9. Ты чувствовал себя счастливым?

*Никогда*                      *Иногда*                      *Время от времени*                      *Часто*

10. Тебе удавалось выспаться? /поспать столько, сколько хотелось?

*Никогда*                      *Иногда*                      *Время от времени*                      *Часто*

11. У тебя были конфликты с друзьями?

*Никогда*                      *Иногда*                      *Время от времени*                      *Часто*

12. Ты общался с друзьями?

*Никогда*                      *Иногда*                      *Время от времени*                      *Часто*

13. Ты чувствовал, что у тебя достаточно друзей?

*Никогда*                      *Иногда*                      *Время от времени*                      *Часто*