

# ПРЯМЫЕ И КОСВЕННЫЕ ПРИЗНАКИ УТАИВАНИЯ РОДИТЕЛЕМ ИНФОРМАЦИИ О ТЯЖЕЛОМ ЗАБОЛЕВАНИИ РЕБЕНКА<sup>1</sup>

**Н. Е. Харламенкова, Д. А. Никитина**

Харламенкова Наталья Евгеньевна

Эл. почта: harlamenkova@ipran.ru. ORCID 0000-0002-0508-4157

Никитина Дарья Алексеевна

Эл. почта: nikitinada@ipran.ru. ORCID 0000-0001-6695-1851

Институт психологии Российской академии наук (ФГБУН ИП РАН), ул. Ярославская, дом 13, Москва, 129366, Россия

**Аннотация.** Актуальность исследования переживания травматического стресса, вызванного угрожающим жизни заболеванием — острого лимфобластного лейкоза у детей, обусловлена частотой этого заболевания в детском возрасте и выраженным нарушением уровня психологического благополучия ребенка и его родителей. Одной из особенностей взаимодействия в диаде ребенок – родитель является высокочастотное утаивание информации о заболевании от ребенка. Цель исследования — проведение анализа сопряженности уровня посттравматического стресса ребенка, имеющего в анамнезе угрожающее жизни заболевание, и восприятия переживаний ребенка взрослым, с самооценкой ребенка и отношением к нему родителя. Гипотеза: уровень посттравматического стресса ребенка с диагнозом острый лимфобластный лейкоз связан с его самооценкой и оценкой его родителем и различается в зависимости от осведомленности ребенка о заболевании. Методологической основой исследования стали принцип системного взаимодействия ребенка и взрослого, принцип отсроченной реакции на стрессовое событие, принцип непрерывности функционирования психического. База исследования: ФГБУ НМИЦ ДГОИ имени Д. Рогачёва, лечебно-реабилитационный научный центр «Русское поле». Выборка: дети с диагнозом острый лимфобластный лейкоз ( $n = 19$  чел., 9 мал. и 10 дев.) в возрасте 10–16 лет и их матери (средний возраст 46 лет). Методы: «Личностный дифференциал» (ЛД), «Полуструктурированное интервью для выявления признаков посттравматического стресса у детей», «Родительская анкета для оценки травматических переживаний детей». Результаты: не выявлено различий между детьми по уровню посттравматического стресса (ПТС) в зависимости от сокрытия информации о болезни от ребенка. Показано, что отсроченный интенсивный стресс зависит от уровня самоуважения ребенка и его активности (открытости для общения) и не зависит от волевой регуляции. Представление родителя о ребенке (методика ЛД) как косвенный признак сокрытия/открытия информации о болезни тесно связано с уровнем ПТС и зависит от сопряженности оценок ребенка и родителя. Вывод: переживание ребенком посттравматического стресса не связано с прямым утаиванием информации о заболевании родителем, но зависит от отношения ребенка к себе и от представлений родителя о нем (самоуважения и открытости в общении), от сопряженности показателей посттравматического стресса ребенка и оценки уровня стресса у ребенка родителем.

**Ключевые слова:** острый лимфобластный лейкоз, утаивание информации о болезни, посттравматический стресс, самоуважение, активность, волевая регуляция, ребенок, родитель.

**Благодарности.** Авторы благодарят за участие в сборе данных студентов факультета психологии Государственного академического университета гуманитарных наук Агнету Алексеевну Кондратьеву, Валентину Васильевну Елисееву.

**Для цитирования:** Харламенкова Н. Е., Никитина Д. А. Прямые и косвенные признаки утаивания родителем информации о тяжелом заболевании ребенка. Южно-российский журнал социальных наук. 2025. Т. 26. № 3. С. 48–61.

<sup>1</sup> Исследование выполнено в соответствии с Государственным заданием Минобрнауки РФ № 0138-2025-0009 «Системное развитие субъекта в нормальных, субэкстремальных и экстремальных условиях жизнедеятельности».

## Введение

Согласно статистике, наиболее распространенным онкологическим заболеванием, угрожающим жизни ребенка, является острый лимфобластный лейкоз (ОЛЛ) (Румянцев, 2015; Мотохито, 2022 и др.). Ориентация современной медицины на внедрение в схему лечения новых эффективных химиотерапевтических препаратов, на усовершенствование методов трансплантации гемопоэтических стволовых клеток, активное развитие такого направления, как таргетная терапия, которая позволяет точно воздействовать на очаг болезни, способствует повышению уровня выживаемости детей и подростков с ОЛЛ. Появление новых технологий повышает качество жизни детей вне клиники и в целом снижает количество случаев неуспешного лечения, влияя на продолжительность жизни, прогноз выживаемости маленьких пациентов (Дубовая, Усенко, Юлдашева, Буряк, 2025; Мотохито, 2022).

Современные исследования ОЛЛ у детей фокусируются не только на медицинских, но и на психологических аспектах анализа этой сложной задачи. С целью дальнейшей оценки и коррекции негативных эмоциональных реакций и предотвращения нежелательных последствий переживаемого стресса изучается психический статус ребенка (Кравченко, Суэтина, Сачук, Валиев, 2023). Создаваемые практические рекомендации и техники, направленные в основном на адаптацию детей к ситуации болезни и процессу лечения, включают игровую терапию, арт-терапию и когнитивно-поведенческую терапию. Использование подобных техник в работе со стрессовыми состояниями, в том числе в форме игры, применяется для того, чтобы помочь детям и подросткам справиться со страхом, тревогой, депрессией, часто возникающими в ходе лечения (Диникина, Белогурова, 2021).

Наряду с психотерапевтической работой с детьми разрабатываются комплексные программы профессиональной психологической поддержки семьи: особое внимание уделяется изучению и работе с эмоциональным состоянием взрослых, непосредственно ухаживающих за больным ребенком, анализу первичной реакции на объявленный диагноз и адаптации семьи (Дан, 2016; Пестерева, Бриль, Хрусталева, Обидин, Бекренева, Миргород, 2023; Ткаченко, Сухановская, Грушшина, 2021; Куртanova, Кравцова, 2024; Ferraz, Santos, Pereira, 2024). Исследователи и практики часто рассматривают негативные последствия переживания родителями чувства вины и тревоги, что вполне оправдано обстоятельствами угрожающей жизни болезни ребенка. Известно, однако, что принимая тяжелые испытания как данность, взрослые выражают готовность менять жизненные ориентиры и смыслы; их беспокойство за жизнь ребенка оказывается в этом случае проявлением мотивации, направленной на его выздоровление, которая одновременно влияет на сплоченность семьи и ее ресурсоемкость (Liu, Petrini, Luo, Yang, Yang, Haase, 2021; Schaefer, Kenney, Himelhoch, Howard, Sharp, Humphrey, Olshefski, Gerhardt, 2021).

Неформальное отношение родителя к ситуации болезни помогает редуцировать у ребенка тревогу и страх, при этом важным оказываются устойчивость эмоциональных, когнитивных и иных проявлений психического здоровья взрослого, стилевые особенности общения (например, информирование о диагнозе или сокрытие информации), включенность в процесс лечения (уход, проявление чуткости и т.д.), и др. (Замышляева, Куртanova, 2024). Психическое и физическое

состояние ребенка зависят не только от эмоционального настроя родителя или родительской социальной поддержки, которая включает в себя заботу о ребенке, но и от умения родителя правильно символизировать переживания ребенка, информировать обо всем, что с ним происходит (Reshetnikov, Gevandova, Prisyazhnaya, 2024).

Одним из частых мотивов непосредственного (прямого) утаивания информации от ребенка о его диагнозе является желание близкого человека уберечь его от переживания негативных эмоций. Мотивация скрытия истинной информации от близкого может быть обусловлена неумением взрослого говорить о случившемся с ребенком, с затруднениями в построении продолжительных доверительных отношений на протяжении всего процесса реабилитации. Немаловажным фактором выступает и то, насколько родитель умеет давать ребенку информацию, соответствующую его возможностям, особенностям восприятия и понимания ситуации. При этом утаивание информации на некоторое время может быть полезным для подготовки ребенка и взрослого к серьезному разговору, особенно в момент острых эмоциональных переживаний (Пестерева, и др., 2023).

Продолжительное утаивание информации создает иллюзорность защищенности ребенка и взрослого от негативных переживаний. В такой ситуации ребенок подвержен большему риску развития стресса, поскольку находится в неоднозначно трактуемых условиях функционирования: невербальные сигналы и собственные физические ощущения (боль, дискомфорт, изменения) свидетельствуют о нездоровье, а поступающая нейтральная или позитивная информация — об отсутствии таких проблем. Феномен скрытия информации о болезни от ребенка порождает целый комплекс психологических проблем: появляются признаки недоверия друг к другу; неосведомленность о болезни лишает ребенка возможности активно участвовать в процессе лечения; скрытие информации может спровоцировать беспредметное, т.е. не привязанное к конкретному поступку чувство вины и стыда, чувство оставленности (Ивашкина, Чернов, Беляков, 2020; Харламенкова, Никитина, Шаталова, Дымова, 2022).

Дети, имеющие хотя бы частичную информацию о своем диагнозе, и получающие адекватную поддержку, лучше справляются с болезнью и ее последствиями. Они чувствуют себя более уверенно, открыто, аутентично. Свободный диалог с родителями и медицинскими работниками помогает понять происходящее, справиться со страхами и тревогами, найти в себе силы для борьбы с болезнью (Berkman, Robert, Roth, Askins, 2022).

Адаптация ребенка к ситуации болезни зависит от конгруэнтности невербальной коммуникации в семье верbalным высказываниям и обуславливается скрытыми переживаниями членов семьи, которые слабо подаются управлению и коррекции. Характер невербальной коммуникации связан с имплицитной оценкой родителем состояния своего ребенка в соотношении с оценкой собственных ресурсов (Ha, Wakefield, Fardell, Cohn, Simar, Signorelli, Mizrahi, 2022). Данная оценка мало осознаваема, а ее последствия имеют косвенные проявления, наиболее отчетливо просматриваемые в дезадаптивных реакциях родителей, в эмоциональных срывах, непоследовательности действий, неадекватной отстраненности и пр. Развитию дезадаптивности препятствует умение родителя адекватно реагировать на ситуацию болезни ребенка, синхронизировать свои эмоции и поведение

в соответствии с психоэмоциональным состоянием ребенка. В совладании с тревогой помогает способность родителя понимать и принимать ребенка, осуществлять поиск эффективных вариантов его адаптации и развития, способствующих выходу за пределы ситуации болезни, в том числе при помощи интеграции опыта болезни в траекторию жизненного пути личности в качестве точки роста в системах Я – Другой, Я – Социум, Я – Мир (Гевандова, 2021).

Очевидным ответом ребенка и взрослого на экстремальную ситуацию угрожающего жизни заболевания является комплекс характеристик, указывающий на переживание субъектом посттравматического стресса (ПТС), свидетельствующего о наличии серьезных трудностей в совладании с последствиями психотравматизации. Синхронная реакция на травматическое событие может рассматриваться как согласованное действие диады ребенок – родитель в условиях тяжелого жизненного испытания. Следует предположить, что скрытие информации от ребенка нарушает подобную синхронизацию и способствует развитию признаков ПТС разной степени выраженности.

## Методика

Цель настоящего исследования состояла в анализе сопряженности уровня посттравматического стресса ребенка, имеющего в анамнезе угрожающее жизни заболевание, и восприятием переживаний ребенка взрослым, с самооценкой ребенка и отношением к нему родителя.

В качестве гипотезы было сформулировано предположение о том, что уровень посттравматического стресса ребенка с диагнозом острый лимфобластный лейкоз связан с его самооценкой и оценкой его родителем и различается в зависимости от осведомленности ребенка о заболевании.

Для проверки гипотезы были использованы следующие методики:

– методика «Личностный дифференциал» (ЛД) (адаптирована сотрудниками психоневрологического института им. В.М. Бехтерева). В данной методике особое внимание уделялось анализу данных, полученных путем шкалирования взрослым таких объектов, как «Я», «Мой ребенок» и ребенком — объекта «Я». Шкалами методики ЛД являются: Оценка — самоуважение, привлекательность, Сила — способность к саморегуляции, волевые качества личности, Активность — экстравертированность (Бажин, Эткинд, 1983);

– «Полуструктурированное интервью для выявления признаков посттравматического стресса у детей» (ПИВППСД) (Тарабринна, 2007);

– «Родительская анкета для оценки травматических переживаний детей» (Тарабринна, 2007);

– социально-демографическая анкета: пол, возраст, информация о наличии сиблиングов и прародителей, дополнительные вопросы о самочувствии, внутренних и внешних ресурсах, и др.

Статистические методы: коэффициент ранговой корреляции Спирмена ( $r_s$ ), критерий Манна – Уитни (U), угловое преобразование Фишера ( $\phi^*$ ), критерий Уилкоксона (T).

База исследования: ФГБУ НМИЦ ДГОИ имени Д.Рогачёва, лечебно-реабилитационный научный центр «Русское поле». Сбор данных продолжается.

Выборка: дети с диагнозом острый лимфобластный лейкоз ( $n = 19$  чел., 9 мал. и 10 дев.) в возрасте 10–16 лет и их матери (средний возраст 46 лет).

Семьи находились на реабилитации в центре «Русское поле». Выбор респондентов осуществлялся в соответствии с исходными критериями (возраст детей, характер заболевания). Участие в исследовании подтверждалось получением согласия от родителей. Для профессиональной поддержки ребенка и взрослого в процессе психоdiagностического исследования использовались методы активного (эмпатийного) слушания, была выбрана ориентация на избирательность в общении с разными детьми и взрослыми, не нарушающая процедуры исследования. После проведения исследования некоторые дети соглашались поиграть в сенсорной комнате и на музыкальных инструментах.

## Результаты

С целью проверки исходного предположения о различиях между группами детей по уровню посттравматического стресса, которым сообщали ( $n = 7$ ) или не сообщали о диагнозе ( $n = 12$ ), использовали данные Полуструктурированного интервью (Тарабрина, 2007). Статистический анализ результатов (критерий Манна — Уитни) не выявил значимых различий между группами и позволил сделать промежуточные выводы: беседа с ребенком о болезни не гарантирует сохранение ему нормального психофизического состояния; семья в любом случае «говорит» на языке здоровья или болезни или «красноречиво» молчит, и дети таким образом догадываются, что с ними происходит что-то не так; многие из детей осведомлены о своей болезни без прямого участия родителей (Интернет, книги и другие источники).

Основная гипотеза исследования проверялась поэтапно и основывалась на том, что переживание ребенком интенсивного посттравматического стресса зависит, скорее всего, от отношения ребенка к себе (уверенности, открытости, способности к волевой регуляции) и эмоциональной поддержки родителя. На первом этапе для проверки сопряженности оценки родителем ребенка по методике «Личностный дифференциал» (шкалировался объект «Мой ребенок») и самооценки ребенка (шкалировался объект «Я») был проведен корреляционный анализ данных по отдельным шкалам методики («Оценка», «Сила», «Активность»). Оказалось, что самооценка ребенка и оценка его взрослым по шкале «Оценка» методики «Личностный дифференциал» (ЛД) не коррелируют между собой  $r_s = 0,31$ ,  $p > 0,05$ . Самооценка ребенка и оценка его взрослым по шкале «Сила» также не коррелируют  $r_s = 0,44$ ,  $p > 0,05$ , но эмпирическое значение показателя ( $r_s = 0,44$ ) близко к критическому значению (для  $n = 19$ ,  $r_{\text{крит.}} = 0,456$ ). Самооценка ребенка и оценка его взрослым по шкале «Активность» ЛД не коррелируют ( $r = 0,444$ ,  $p > 0,05$ ), но эмпирическое значение также близко к критическому.

Следует предположить, что взрослые точнее оценивают ребенка по его волевым качествам, по способности к саморегуляции (шкала «Сила») и по экстравертированности (шкала «Активность»), и менее точно — по его отношению к себе, самоуважению (шкала «Оценка»).

На втором этапе обработки данных определяли выраженность самооценок ребенка по шкалам методики «Личностный дифференциал» относительно друг друга. С этой целью анализировали различия в показателях шкал «Оценка», «Сила», «Активность» отдельно в группах детей и их матерей. Было выявлено, что дети выше оценивают себя по шкале «Оценка» ( $med = 40,5$ , где  $med$  — медиана) по сравнению с данными шкалы «Сила» ( $med = 29,7$ ) ( $T = 9,5$ ,  $p < 0,05$ , где  $T$  — критерий

Уилкоксона,  $p$  — уровень вероятности) и «Активность» ( $med = 34,25$ ) ( $T = 23,5$ ,  $p < 0,05$ ). Различия между показателями шкал «Сила» и «Активность» отсутствуют ( $T = 54,5$ ,  $p > 0,05$ ). В целом отметим, что при высоком уровне самоуважения дети в меньшей степени воспринимают себя активными (экстравертированным) и волевыми.

Для выборки взрослых также типично воспринимать своего ребенка как человека с высоким уровнем собственного достоинства (шкала «Оценка»,  $med = 42$ ): показатели двух других шкал — «Сила» ( $med = 33,5$ ) и «Активность» ( $med = 31$ ) значимо отличаются от показателей шкалы «Оценка» ( $T = 24$ ,  $p < 0,01$ ,  $T = 26,5$ ,  $p < 0,01$  соответственно). Различий между данными последних двух шкал не выявлено ( $T = 98,5$ ,  $p > 0,05$ ).

В целом отметим, что данные детей (оценка объекта «Я») и их матерей (оценка объекта «Мой ребенок») по методике «Личностный дифференциал» совпадают: различий по шкале «Оценка» ( $U = 169$ ,  $p > 0,05$ , где  $U$  — критерий Манна-Уитни), «Сила» ( $U = 175,5$ ,  $p > 0,05$ ) и «Активность» ( $U = 192$ ,  $p > 0,05$ ) не выявлено.

Интересными оказались результаты сравнения самооценки ребенка и самооценки родителя (в работе с ЛД родители и дети шкалировали объект «Я»). Данные свидетельствуют о том, что значения родителей по шкалам «Оценка» ( $med = 46$ ) и «Сила» ( $med = 32$ ) превышают значения детей ( $med = 40,5$ ,  $med = 29,5$  соответственно) по этим же шкалам ( $U = 138$ ,  $p < 0,05$ ;  $U = 131$ ,  $p < 0,05$  соответственно). Различий по шкале «Активность» не выявлено ( $U = 159,5$ ,  $p > 0,05$ ).

Для проверки основной гипотезы исследования о связи отношения ребенка к себе с уровнем посттравматического стресса был рассчитан коэффициент корреляции (критерий ранговой корреляции Спирмена). Статистический анализ данных показал отсутствие связи между показателями шкал «Оценка» ( $r_s = -0,239$ ,  $p > 0,05$ ), «Сила» ( $r_s = -0,178$ ,  $p > 0,05$ ), «Активность» ( $r_s = -0,122$ ,  $p > 0,05$ ) и общим показателем уровня посттравматического стресса ребенка по методике «Полуструктурированное интервью для выявления признаков посттравматического стресса у детей» (ПИВППСД).

Следует предположить, что небольшой объем выборки не позволяет установить наличие зависимости между показателями. Возможно и другое объяснение отсутствия связи между отношением ребенка к себе и уровнем ПТС. Оно касается наличия нелинейной зависимости между показателями и свидетельствует о необходимости учета дополнительного фактора, например, оценки уровня ПТС ребенка родителем, что, с нашей точки зрения, может указывать на наличие косвенных признаков утаивания информации о болезни от ребенка.

Для проверки выдвинутых предположений был проведен дополнительный статистический анализ данных. С этой целью были выделены подгруппы детей с низкими и высокими показателями по трем шкалам методики «Личностный дифференциал» (ЛД) и группы детей с низкими и высокими показателями по уровню посттравматического стресса по методике ПИВППСД. Используя угловое преобразование Фишера, сравнивали детей с низким и высоким уровнем показателей по трем шкалам ЛД («Оценка», «Сила», «Активность») по наличию в этих подгруппах детей с высоким уровнем ПТС.

Выявлено, что в подгруппе с низкими (ниже значения медианы) показателями по шкале «Оценка» статистически значимо чаще встречаются респонденты с высоким уровнем ПТС ( $\phi^* = 1,9$ ,  $p < 0,05$ ). Аналогичные различия получены при

анализе показателей шкалы «Активность» и уровня ПТС ( $\phi^*=2,13$ ,  $p<0,01$ ). Различий по уровню ПТС в подгруппах с низкими и высокими показателями по шкале «Сила» не выявлено ( $\phi^*=1,2$ ,  $p>0,05$ ).

Первая часть основной гипотезы о том, что уровень посттравматического стресса ребенка с диагнозом острый лимфобластный лейкоз связан с его самооценкой, подтверждается: при низких показателях самоуважения (шкала «Оценка») и открытости миру, экстравертированности (шкала «Активность») выявлен высокий уровень психической травматизации ребенка, сопряженный с отсроченными переживаниями по поводу своего заболевания. Неуверенность в себе и закрытость, замкнутость выступают в качестве маркеров переживания ребенка по поводу своей болезни и возможной стигматизации и самостигматизации. Вклад волевой регуляции в развитие ПТС оказался неоднозначным.

В качестве дополнительной переменной были использованы результаты опроса родителей по методике «Родительская анкета для оценки травматических переживаний детей». С целью проверки второй части гипотезы данные анкеты сопоставляли с результатами методики ЛД (шкалирование родителями объекта «Мой ребенок»). Для статистического анализа данных были выделены подгруппы с низкими и высокими показателями по шкалам «Оценка», «Сила», «Активность» ЛД (использовали медианный критерий). Оказалось, что, если взрослый приписывает ребенку (объект «Мой ребенок») высокие баллы по шкале «Оценка», он статистически значимо реже отмечает у него высокий уровень посттравматического стресса при заполнении «Родительской анкеты для оценки травматических переживаний детей» ( $\phi^*=1,9$ ,  $p<0,05$ ). Сопряженность показателей шкалы «Сила» ( $\phi^*=0,7$ ,  $p>0,05$ ) и шкалы «Активность» ( $\phi^*=1,1$ ,  $p>0,05$ ) с уровнем ПТС, оцениваемым родителем у ребенка, не выявлена.

Иными словами, уровень посттравматического стресса ребенка зависит от его самоуважения и открытости миру. Восприятие родителем своего ребенка как уверенного в себе, с высоким уровнем самоуважения позволяет оценивать его психическое состояние как вполне удовлетворительное. В обоих случаях (оценка ребенком отношения к себе и уровня ПТС, а также оценка взрослым отношения ребенка к себе и воспринимаемого им уровня ПТС) демонстрируют вовлеченность в сопряженность этих показателей уровня самоуважения ребенка. Отсутствие вклада волевого контроля свидетельствует о более сложной и не столь однозначной роли саморегуляции в развитии посттравматического стресса.

В заключительной части процедуры анализа результатов были использованы данные диагностики посттравматического стресса с помощью «Полуструктурированного интервью...» при проведении беседы с ребенком и «Родительской анкеты...» для оценки негативных переживаний у ребенка родителями. Оценивали совпадение данных ребенка и взрослого. Выявлено, что при совпадении результатов, а именно низкий/низкий или высокий/высокий ПТС по данным «Полуструктурированного интервью...» и «Родительской анкеты...», выраженность посттравматического стресса оказывается ниже по сравнению с данными пар ребенок — родитель, у которых уровень ПТС не совпадает (например, у ребенка низкий, а по данным взрослого — высокий ПТС, и наоборот) ( $\phi^*=1,7$ ,  $p<0,05$ ). Полученные нами результаты подтверждают необходимость учета особенностей отзеркаливания родителями состояния ребенка, в котором нам видится

и положительная роль родителя в инструментальной и эмоциональной поддержке ребенка, и его собственные проблемы, снижающие уровень психологического благополучия и психического здоровья, индуцирующие у близкого окружения (особенно у ребенка) переживание интенсивного травматического и посттравматического стресса.

В целом отметим, что по данным проведенного нами исследования, гипотеза о том, что уровень посттравматического стресса ребенка с диагнозом острый лимфобластный лейкоз связан с его самооценкой и оценкой его родителем, а также различается в зависимости от осведомленности ребенка о заболевании, подтвердилась. Осведомленность ребенка о своей болезни и состоянии удалось выявить с помощью ряда косвенных показателей — оценки взрослым уровня посттравматического стресса у ребенка и его отношения к себе.

## Обсуждение результатов

Обсуждая ключевые аспекты развития посттравматического стресса у ребенка в ситуации болезни с учетом рассмотрения данной психологической проблемы в диаде ребенок — мать, следует уделить внимание сложным связям между отдельными переменными и конструктами, выявленным в настоящем исследовании. Это связи между тем, как ребенок воспринимает себя, и тем, как его оценивает родитель.

Информирование ребенка о его физическом состоянии (заболевании) и его возможных последствиях является важной составляющей отношений между детьми и родителями, но само по себе не защищает ребенка от негативных переживаний. Как показали результаты настоящего исследования, переменная «информация» уступает переменной «эмоциональная сопричастность» родителя к обстоятельствам болезни и выздоровления ребенка. Это связано с тем, что заболевший ребенок, конечно, испытывает потребность в получении информации, однако в большей степени — в ее правильном предъявлении, символизации и интеграции, способствующих формированию ощущения психологической безопасности и уверенности в доступности своевременной качественной поддержки.

Умение взрослого создать благоприятную для взаимодействия атмосферу, его готовность оказывать эмоциональную и инструментальную помощь способствуют эффективному лечению. Родители, воспринимающие своего ребенка как уверенного в себе, ресурсного, более оптимистично оценивают его физическое и психическое состояние и ситуацию болезни в целом. В этом случае взрослый отражает позитивный ресурс ребенка, минимизируя катастрофичность случившегося, и тем самым поддерживает его самопринятие. Подобная стратегия способствует снижению уровня стресса и улучшению психического состояния ребенка, является основой нормализации психологической атмосферы в семье.

Эмпатийное слушание ребенка родителями, отражение его эмоционального состояния может значительно снизить уровень стресса в диаде, помочь ребенку осознать и правильно выразить свои эмоции, уменьшить тревогу, преодолеть ощущение психосоциального вакуума. Эмпатия и поддержка взрослых создают безопасное пространство, где ребенок может развивать свою устойчивость и способность к волевой регуляции, несмотря на существенные ограничения и страхи, обусловленные болезнью. При этом важно, чтобы родители осознанно подходили

к вопросам, связанным с развитием адаптивных форм уверенности ребенка в себе. Решение данной задачи требует чуткости, гибкости, готовности внимательно слушать, понимания то, что боль не ограничивается физическими проявлениями, но включает в себя глубокие эмоциональные процессы, требующие поддержки и понимания, необходимые для предотвращения их перехода на уровень психосоматики.

По данным нашего исследования, ведущим ресурсом в совладании с негативными переживаниями выступает позитивное отношение ребенка к себе, которое тесно связано с самовосприятием и способностью к регуляции эмоций. Несмотря на болезнь, уверенность в стабильности своего Эго позволяет урегулировать внутреннее напряжение и способствует эффективному управлению эмоциональными состояниями; репертуар стратегий, привлекаемых для преодоления трудностей, также расширяется. Увеличение спектра копинг-стратегий укрепляет самооценку и задает условия для появления эффекта цикличности в функционировании общего механизма стабилизации Эго в ситуации болезни. Дети с низкой самооценкой могут воспринимать обстоятельства болезни как личную неудачу, испытывать перед родителями гиперболизированное чувство вины и стыда. Негативный эмоциональный настрой препятствует появлению разнообразия в представлениях о себе, фиксирует ребенка на восприятии себя как беспомощного пациента, что закономерно подтверждает реалистичность деструктивно-негативных убеждений в невозможности справиться с болезнью.

В преодолении последствий детского стресса наиболее значимым оказывается то, каким себя представляет ребенок; менее значимыми становятся волевые усилия. Несмотря на то, что данный вопрос требует дальнейшего изучения, уже сейчас можно предположить, что уверенность в себе способствует использованию более релевантных ситуаций копинг-стратегий, тогда как при волевом усилии избирательность в выборе тактик совладания с трудностями существенно снижается; ведущим фактором остается терпение и выдержка. Необходимо также отметить, что без поддержки и внешнего контроля со стороны родителя волевые усилия ребенка в ситуации болезни могут привести к обратному эффекту — интенсифицировать внутреннее напряжение и тревогу. Не исключая важности волевой регуляции в контроле эмоций и поведения, отметим, что риск появления признаков дезадаптации вследствие непоследовательной оценки волевых качеств родителем остается, и это с большой вероятностью приводит к неадекватному восприятию ребенком своего состояния.

Причиной переживания стресса может стать не только физическая боль и страдания, но и какое-либо из психологических последствий воздействия экстремального стрессора. Одним из таких последствий является посттравматический стресс. Травматичным в этом случае выступает не сам физический недуг, а те эмоции, которые он вызывает у ребенка и взрослого, что оказывается тесно связанным с ключевой темой нашего исследования — взаимодействием оценок ребенка и родителя.

Полученные данные позволяют говорить о комплексном влиянии различных факторов на психоэмоциональное состояние больного ребенка. Очевидно, что простое информирование ребенка о диагнозе (прямое сообщение о болезни) и возможных последствиях является недостаточным для обеспечения его психологического благополучия; наиболее значимой представляется самооценка

ребенка, которая формируется под влиянием родительского отношения и играет ключевую роль в восприятии болезни или как угрозы, которой нужно бояться, или как препятствия, с которым нужно справиться.

Травматический стресс, переживаемый ребенком, — комплексное явление, требующее проявления сопричастности близкого окружения к тяжелому жизненному обстоятельству. Подобная сопричастность говорит о готовности родителя быть рядом. Отсутствие готовности родителя принимать участие в поддержке ребенка служит косвенным признаком утаивания от него информации о болезни, избегания этой темы во взаимодействии друг с другом.

Перспективным направлением исследования является разработка программ психологической поддержки родителей, направленная на повышение их компетентности в вопросах экстремальной детской психологии. Ключевым фактором поддержки детей в период болезни выступает создание условий для сохранения психологического благополучия и эмоциональной связи с родителями, включающей надежную привязанность и нивелирующей риски возникновения устойчивых симбиотических отношений.

## Выводы

1. Переживание ребенком посттравматического стресса не связано с прямым утаиванием от него информации о заболевании, но зависит от отношения ребенка к себе и от представлений родителя о нем.

2. Уровень посттравматического стресса ребенка с диагнозом острый лимфобластный лейкоз обусловлен его самооценкой и оценкой им родителя: при низких показателях самоуважения и открытости миру выявлен высокий уровень психической травматизации ребенка, сопряженный с отсроченными переживаниями по поводу своего заболевания.

3. Сопряженность показателей посттравматического стресса ребенка и оценки уровня стресса у ребенка родителем выполняет протективную функцию, способствуя совместному совладанию с экстремальной жизненной ситуацией.

## Библиографический список

- Бажин, Е. Ф., Эткинд, А. М. (сост.) (1983). *Личностный дифференциал: методические рекомендации*. Ленинград: Ленинградский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева.
- Гевандова, М. Г. (2021). «Верю, что все получится и мой ребенок будет жить как все»: представления родителей о будущем ребенка, перенесшего онкологическое заболевание. *Социология медицины*, 20(1), 35–41. DOI: 10.17816/1728-2810-20-1-37
- Дан, М. В. (2016). Посттравматический стресс у матерей, переживших первый психотический эпизод у совершеннолетнего ребенка. *Психологические исследования*, 8, 59–70.
- Диникина, Ю. В., Белогурова, М. Б. (2021). Возможности персонификации терапии в детской онкологии: обзор литературы. *Российский журнал детской гематологии и онкологии*, 8(4), 71–80. DOI: 10.21682/2311-1267-2021-8-4-71-80
- Дубовая, А. В., Усенко, Н. А., Юлдашева, С. А., Буряк, Н. В. (2025). Острый лимфобластный лейкоз у детей. *Практическая медицина*, 23(1), 21–26. DOI: 10.32000/2072-1757-2025-1-21-26
- Замышляева, Ю. П., Куртанова, Ю. Е. (2024). Влияние детско-родительских отношений на эмоциональное состояние детей с онкологическими заболеваниями, находящихся

- на длительном лечении. *Клиническая и специальная психология*, 13(3), 123–140. DOI: 10.17759/cpscse.2024130306
- Ивашина, М. Г., Чернов, Д. Н., Беляков, К. В. (2020). Взаимосвязь типа отношения к болезни и отношения к родителям у подростков, страдающих онкогематологическими заболеваниями. *Международный научно-исследовательский журнал*, 5–3(95), 211–213.
- Кравченко, Н. Е., Сутина, О. А., Сачук, О. В., Валиев, Т. Т. (2023). Нарушения психического здоровья при онкогематологических заболеваниях у детей и подростков. *Медицинский алфавит*, 17, 26–31. DOI: /10.33667/2078-5631-2023-17-26-31
- Куртанова, Ю. Е., Кравцова, Н. Г. (2024). Особенности внутрисемейных отношений у детей с онкологическими заболеваниями. *Психология человека в образовании*, 6(1), 80–91. DOI: 10.33910/2686-9527-2024-6-1-80-91
- Мотохито, К. М. (ред.), Каракунский, Г. А., Новичкова, Г. А. (пер. с англ., ред.). (2022). *Острый лимфобластный лейкоз у детей*. Москва: ГЭОТАР-Медиа.
- Пестерева, Е. В., Бриль, М. С., Хрусталева, Н. С., Обидин, И. Ю. и др. (2023). Страх рецидива и психическая травматизация родителей в ситуации онкологического заболевания ребенка. *Вестник психотерапии*, 85, 81–91.
- Румянцев, А. Г. (2015). Эволюция лечения острого лимфобластного лейкоза у детей: эмпирические, биологические и организационные аспекты. *Вопросы гематологии/онкологии иммунопатологии в педиатрии*, 4(1), 5–15.
- Тарабринна, Н. В. (2007). *Практическое руководство по психологии посттравматического стресса*. Москва, Когито-Центр.
- Ткаченко, Г. А., Сухановская, Е. Н., Грушнина, Т. И. (2021). Проявления психологического дистресса у матерей подростков с острым лимфобластным лейкозом, находящихся в ремиссии. *Вестник психотерапии*, 78, 52–63.
- Харламенкова, Н. Е., Никитина, Д. А., Шаталова, Н. Е., Дымова, Е. Н. (2022). Психологические последствия переживания стресса в детском возрасте — феномены «оставленности» и «вовлеченностя». *Клиническая и специальная психология*, 11(3), 71–96. DOI: 10.17759/cpscse.2022110303
- Berkman, A. M., Robert, R. S., Roth, M., Askins, M. A. (2022). A Review of Psychological Symptoms and Post-traumatic Growth Among Adolescent and Young Adult Survivors of Childhood Cancer. *Journal of Health Psychology*, 27(4), 990–1005. DOI: 10.1177/1359105320971
- Ferraz, A., Santos, M., Pereira, M.G. (2024). Parental Distress in Childhood acute Lymphoblastic Leukemia: A Systematic Review of the Literature. *Journal of Family Psychology*, 38(1), 149–160. DOI: 10.1037/fam0001113
- Ha, L., Wakefield, C.E., Fardell, J., Cohn, R.J., Simar, D. Signorelli, C., Mizrahi, D. (2022). Parent Perceptions of Their Child's and Their Own Physical Activity after Treatment for Childhood Cancer. *Support Care Cancer*, 30, 8947–8957. DOI: 10.1007/s00520-022-07288-9
- Liu, Q., Petrini, M. A., Luo, D., Yang, B. X., Yang, J., Haase, J. E. (2021). Parents' Experiences of Having a Young Child With Acute Lymphoblastic Leukemia in China. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 38(2), 94–104. DOI:10.1177/1043454220975463
- Reshetnikov, A., Gevandova, M., Prisyazhnaya, N. (2024). The Role of Parents in Their Child's Cancer Diagnosis, Treatment, Rehabilitation, and Socialization. *Indian Journal Pediatrics*, 91, 30–34. DOI: 10.1007/s12098-022-04387-7
- Schaefer, M. R., Kenney, A. E., Himelhoch, A. C. et al (2021). A Quest for Meaning: A Qualitative Exploration among Children with Advanced Cancer and Their Parents. *Psycho-Oncology*, 30(4), 546–553. DOI: 10.1002/pon.5601

Статья поступила в редакцию 07.06.2025

Статья принята к публикации 20.07.2025

## DIRECT AND INDIRECT SIGNS OF A PARENT WITH HOLDING INFORMATION ABOUT A CHILD'S SERIOUS ILLNESS

N. E. Kharlamenkova, D. A. Nikitina

Natalya E. Kharlamenkova

E-mail: harlamenkovan@ipran.ru. ORCID 0000-0002-0508-4157

Darya A. Nikitina

E-mail: nikitinada@ipran.ru. ORCID 0000-0001-6695-1851

Institute of Psychology of the Russian Academy of Sciences, Yaroslavskaya St., 13/1, Moscow, 129301, Russia

*Acknowledgements.* The study was carried out in accordance with the State Assignment of the Ministry of Education and Science of the Russian Federation No. 0138-2025-0009 "Systemic development of the subject in normal, sub-extreme and extreme conditions of life".

The authors would like to thank Agnetha Alekseevna Kondratieva and Valentina Vasilyevna Eliseeva, students at the Faculty of Psychology of the State Academic Humanities University, for participating in the data collection.

*Abstract.* The relevance of studying the experience of traumatic stress caused by a life-threatening disease, acute lymphoblastic leukemia in children, is due to the frequency of this disease in childhood and a marked violation of the level of psychological well-being of the child and his parents. One of the features of interaction in the child-parent dyad is the high frequency concealment of information about the disease from the child. The purpose of the study is to analyze the correlation between the level of post-traumatic stress of a child with a history of life-threatening illness and the perception of the child's experiences by an adult, with the child's self-esteem and the parent's attitude towards him. Hypothesis: The level of post-traumatic stress experienced by a child diagnosed with acute lymphoblastic leukemia is correlated with their self-esteem, the parental assessment of their condition, and varies in accordance with the child's level of awareness regarding the disease. The methodological basis of the research is the principle of systemic interaction between a child and an adult, the principle of delayed reaction to a stressful event, and the principle of continuous mental functioning. Research Base: D. Rogachev Federal State Budgetary Institution for Scientific Research and Medical Research, and the Medical and Rehabilitation Center "Russkoe Pole". Sample: children with acute lymphoblastic leukemia ( $n = 19$  people, 9 boys and 10 girls) aged 10–16 years and their mothers (average age 46 years). Methods: Differential Personality Assessment (DPA), Semi-structured clinical interview to identify signs of post-traumatic stress disorder (PTSD) in children, and Parental Questionnaire to evaluate traumatic experiences of children. Results: there were no differences between children in terms of post-traumatic stress disorder (PTSD), depending on the concealment of information about the disease from the child. It has been shown that delayed intense stress depends on the child's level of self-esteem and his activity (openness to communication) and does not depend on volitional regulation. The parent's perception of a child (LD methodology) as an indication of disclosing information about a condition is closely related to levels of PTSD and depends on the correlation between assessments of a child and a parent. Conclusion: The child's experience of post-traumatic stress is not directly related to whether parents hide medical information from them. Instead, it depends on how the child feels about themselves, how the parents feel about the child, and how well the child's stress symptoms match the parents' perception of their stress levels.

*Keywords:* acute lymphoblastic leukemia, concealment of information about the disease, post-traumatic stress, self-esteem, activity, volitional regulation, child, parent.

*For citation:* Kharlamenkova N. E., Nikitina D. A. Direct and Indirect Signs of a Parent with Holding Information About a Child's Serious Illness. *South-Russian Journal of Social Sciences*. 2025. Vol. 26. No 3. Pp. 48–61.

## References

- Berkman, A. M., Robert, R. S., Roth, M., Askins, M. A. (2022). A Review of Psychological Symptoms and Post-traumatic Growth Among Adolescent and Young Adult Survivors of Childhood Cancer. *Journal of Health Psychology*, 27(4), 990–1005. DOI: 10.1177/1359105320971
- Bazhin, E. F., Ehtkind, A. M. (Eds) (1983). *Lichnostnyi differentsiyal: metodicheskie rekomendatsii* [Personal Differential: Methodological Recommendations]. Leningrad: Leningradskii nauchno-issledovatel'skii psikhonevrologicheskii institut im. V. M. Bektereva.
- Gevandova, M. G. (2021). "Veryu, chto vse poluchitsya i moi rebenok budet zhit' kak vse": predstavleniya roditelei o budushchem rebenka, perenesshego onkologicheskoe zabolevanie [Post-traumatic Stress in Mothers Who Have Experienced the First Psychotic Episode in an Adult Child]. *Sotsiologiya meditsiny* [Psychological Research], 20(1), 35–41. DOI: 10.17816/1728-2810-20-1-37
- Dan, M. V. (2016). Posttraumaticheskii stress u materei, perezhivshikh pervyi psikhoticheskii ehpizod u sovershennoletnogo rebenka [Post-traumatic Stress in Mothers Who Have Experienced the First Psychotic Episode in an Adult Child]. *Psikhologicheskie issledovaniya* [Psychological Research], 8, 59–70.
- Dinikina, Yu. V., Belogurova, M. B. (2021). Vozmozhnosti personifikatsii terapii v detskoj onkologii: obzor literaturey [Options of Precision Medicine in Pediatric Oncology: Literature Review]. *Rossiiskii zhurnal detskoi gematologii i onkologii* [Russian Journal of Pediatric Hematology and Oncology], 8(4), 71–80. DOI: 10.21682/2311-1267-2021-8-4-71-80
- Dubovaya, A. V., Usenko, N. A., Yuldasheva, S. A., Buryak, N. V. (2025). Ostryi limfoblastnyi leikoz u detei [Acute Lymphoblastic Leukemia in Children]. *Prakticheskaya meditsina* [Practical Medicine], 23(1), 21–26. DOI: 10.32000/2072-1757-2025-1-21-26
- Ha, L., Wakefield, C.E., Fardell, J., Cohn, R.J., Simar, D. Signorelli, C., Mizrahi, D. (2022). Parent Perceptions of Their Child's and Their Own Physical Activity after Treatment for Childhood Cancer. *Support Care Cancer*, 30, 8947–8957. DOI: 10.1007/s00520-022-07288-9
- Kharlamenkova, N. E., Nikitina, D. A., Shatalova, N. E., Dymova, E. N. (2022). Psikhologicheskie posledstviya perezhivaniya stressa v detskom vozraste – fenomeny "ostavlennosti" i "vovlechennosti" [Psychological Consequences of Experienced Stress in Childhood – Phenomena of "Abandonment" and "Involvement"]. *Klinicheskaya i spetsial'naya psichologiya* [Clinical Psychology and Special Education], 11(3), 71–96. DOI: 10.17759/cps.2022110303
- Ivashkina, M. G., Chernov, D. N., Belyakov, K. V. (2020). Vzaimosvyaz' tipa otnosheniya k bolezni i otnosheniya k roditeleyam u podrostkov, stradayushchikh onkogematologicheskimi zabolevaniyami [Relationship of Type of Attitude to Disease and Attitude to Parents in Adolescents with Oncohaematological Diseases]. *Mezhdunarodnyi nauchno-issledovatel'skii zhurnal* [International Research Journal], 5–3(95), 211–213.
- Kravchenko, N. E., Suetina, O. A., Sachuk, O. V., Valiev, T. T. (2023). Narusheniya psikhicheskogo zdorov'ya pri onkogematologicheskikh zabolevaniyakh u detei i podrostkov [Disorders of Mental Health in Children and Adolescents with Hematological Malignancies]. *Meditinskii alfavit* [Medical Alphabet], 17, 26–31. DOI: 10.33667/2078-5631-2023-17-26-31
- Kurtanova, Yu. E., Kravtsova, N. G. (2024). Osobennosti vnutrisemeinykh otnoshenii u detei s onkologicheskimi zabolevaniyami [Features of Intrafamily Relationships in Children with Cancer]. *Psichologiya cheloveka v obrazovanii* [Psychology in Education], 6(1), 80–91. DOI: 10.33910/2686-9527-2024-6-1-80-91
- Liu, Q., Petrini, M. A., Luo, D., Yang, B. X., Yang, J., Haase, J. E. (2021). Parents' Experiences of Having a Young Child with Acute Lymphoblastic Leukemia in China. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 38(2), 94–104. DOI: 10.1177/1043454220975463
- Motohito, K.M., Karachunskii, G.A., Novichkova, G.A. (Eds). (2022). *Ostryi limfoblastnyi leikoz u detei* [Acute Lymphoblastic Leukemia in Children]. Moskva: GEHOTAR-Media.
- Pestereva, E. V., Bril', M. S., Khrustaleva, N. S., Obidin, I. Yu. et al (2023). Strakh retsidiiva i psikhicheskaya travmatizatsiya roditelei v situatsii onkologicheskogo zabolevaniya rebenka [Fear

- of Relapse and Mental Traumatization in Parents of Childhood Cancer Patients]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy], 85, 81–91.
- Reshetnikov, A., Gevandova, M., Prisyazhnaya, N. (2024). The Role of Parents in Their Child's Cancer Diagnosis, Treatment, Rehabilitation, and Socialization. *Indian Journal Pediatrics*, 91, 30–34. DOI: 10.1007/s12098-022-04387-7
- Rumyantsev, A. G. (2015). Ehvoljutsiya lecheniya ostrogo limfoblastnogo leikoza u detei: ehmpiricheskie, biologicheskie i organizatsionnye aspekty [Evolution of Treatment of Acute Lymphoblastic Leukemia in Children: Empirical, Biological and Organizational Aspects]. *Voprosy gematologii/ onkologii immunopatologii v pediatrii* [Pediatric Hematology/Oncology and Immunopathology], 4(1), 5–15.
- Tarabrina, N. V. (2007). *Prakticheskoe rukovodstvo po psikhologii posttraumaticeskogo stressa* [A Practical Guide to the Psychology of Post-traumatic Stress]. Moskva, Kogito-Tsentr.
- Tkachenko, G. A., Sukhanovskaya, E. N., Grushina, T. I. (2021). Proyavleniya psikhologicheskogo distressa u materei podrostkov s ostrym limfoblastnym leikozom, nakhodyashchikhsya v remissii [Manifestations of Psychological Distress in Mothers of Adolescents with Acute Lymphoblastic Leukemia in Remission]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy], 78, 52–63.
- Schaefer, M. R., Kenney, A. E., Himelhoch, A. C. et al (2021). A Quest for Meaning: A Qualitative Exploration among Children with Advanced Cancer and Their Parents. *Psycho-Oncology*, 30(4), 546–553. DOI:10.1002/pon.5601
- Zamyshlyayeva, Yu. P., Kurtanova, Yu. E. (2024). Vliyanie detsko-roditel'skikh otnoshenii na ehmotsional'noe sostoyanie detei s onkologicheskimi zabolevaniyami, nakhodyashchikhsya na dlitel'nom lechenii [The Impact of Parent-child Relationships on the Emotional State of Children with Cancer Undergoing Long-term Treatment]. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya* [Clinical Psychology and Special Education], 13(3), 123–140. DOI: 10.17759/cpse.2024130306

Received 07.06.2025

Accepted 20.07.2025

© 2025 by the author(s). This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license — <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>