

Расстройства адаптации у родителей детей с онкологическими заболеваниями на этапе стационарного лечения.

Корень Е.В., Масихина С.Н.

Московский научно-исследовательский институт психиатрии Минздрава России

По данным американских Центров по контролю за заболеваниями (Centers for Disease control and Prevention 2007), несмотря на значительные успехи последних лет в лечении онкологических заболеваний у детей, позволившие существенным образом повысить уровень выживаемости, они остаются среди ведущих причин смертности у детей в возрасте до 15 лет и оказывают сильнейшее негативное воздействие на пациента и его близких. Патино-Фернандес с коллегами (2008) выявили клинически очерченное острое стрессовое расстройство по критериям DSM-IV- TR у 51% матерей и 40% отцов на этапе установления диагноза рака у ребенка [14]. По результатам одного из последних исследований, проведенного Розенбергом с коллегами (2013), почти половина родителей детей с распространенным раком (advanced cancer) испытывают высокий уровень психологического дистресса, а 13% родителей соответствуют критериям наличия «серьезного» дистресса [16]. Как подчеркивают исследователи, даже если ребенок не умирает, течение онкологического заболевания и процесс лечения служат источником тяжелейшего дистресса у родственников [9-16]. Тем самым подтверждается положение о том, что каждый этап курации ребенка, страдающего онкологическим заболеванием, включая период лечения в стационаре, характеризуется специфическим паттерном психотравмирующего воздействия на родителей, что представляется особенно важным для удовлетворения имеющихся потребностей и нужд ребенка в плане обеспечения специфической для детской онкологии роли родителей в лечебно-реабилитационном процессе.

В отличие от взрослых больных, дети с онкологическими заболеваниями в значительно большей степени нуждаются в сопровождении, уходе и участии близких людей, прежде всего родителей, с самого начала и на всем протяжении болезни, лечение которой может потребовать длительного пребывания ребенка в стационаре. В этот период родители должны активно включаться в лечебный процесс, где призваны максимально содействовать успеху лечения, созданию безопасной и поддерживающей для ребенка среды, но неизбежно сталкиваются с множеством стрессовых факторов. Вслед за известием о смертельно опасном диагнозе ребенка, в их жизнь врываются стремительные перемены, такие как длительный отрыв от семьи, привычного круга общения, профессиональной деятельности, нередко появляются бытовые и финансовые проблемы, что подчас приводит к настоящей «семейной драме» и дезорганизации функционирования семьи в целом. Лечебный процесс приносит дополнительные, не менее сильные стрессовые переживания: родители видят страдания ребенка от физических ограничений и болевого синдрома, лечение дает побочные эффекты, возникают осложнения от инвазивных процедур, периодически ухудшаются показатели анализов и общее состояние, приходится сталкиваться с экстренными переводами в отделение реанимации, операциями, наблюдать смерть других пациентов. Помимо этого, родители испытывают постоянное переутомление и недосыпание, практически не имеют возможности физически и психически восстанавливаться. Оказываясь в непривычной жизненной ситуации, сталкиваясь с постоянными стрессами, родители могут развивать клинически выраженные

формы дезадаптивного реагирования, требующие не только в психологического, но и психиатрического вмешательства.

Многие детские психоонкологи единодушны в том, что психическое состояние родителей часто недооценивается или вовсе игнорируется врачами соматического профиля как неприоритетный фактор лечебного процесса [4, 6, 12-16]. Исследователи из Fox Chase Cancer Center (США, Филадельфия) говорят о том, что родители онкологически больных детей часто остаются «невидимыми пациентами», в то время как для успешного лечения необходимы психосоциальные вмешательства, направленные на адаптацию семьи к тяжелому заболеванию ребенка [12]. Дж. Холланд выделяет сферу семейных отношений, отношений с близкими и лицами, непосредственно осуществляющими уход за онкологически больными, как основной психосоциальный фактор и одно из важнейших направлений деятельности психоонкологии [11].

Как чрезвычайному и потенциально угрожающему жизни состоянию, в исследованиях, посвященных психическим проблемам родителей онкологически больных детей, наибольшее внимание традиционно уделяется манифестации симптомов посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) [9, 12-16]. В отличие от других жизненных катастроф, эта психотравмирующая ситуация затрагивает в первую очередь сферу индивидуальных личностных и семейных ценностей, отношения с ребенком как объектом сверхценной привязанности. Хотя направленность психогенного фактора иная, чем при событиях, связанных с непосредственной угрозой физическому существованию, такого рода ситуация воспринимается как эквивалентная. Диагноз онкологического заболевания у ребенка и последующий этап длительного и тяжелого лечения обладают всеми характеристиками тяжелого психотравмирующего воздействия: неожиданность, стремительный темп развития угрожающего жизни события, продолжительность, а также повторяемость в течение жизни. Как проявления ПТСР рассматриваются симптомы навязчивого страха и мыслей о потере ребенка, приступы тревоги от вегетативного возбуждения до панических реакций с моторным возбуждением при столкновении с ситуациями, напоминающими родителям о возможном смертельном исходе, также как и симптомы характерного избегающего поведения в виде уклонения от диагностических процедур и лечения.

Существуют данные о зависимости постстрессовых психических нарушений у родителей онкологически больных детей от тяжести травмирующих факторов и интенсивности процесса лечения ребенка [12]. По этим данным, родители детей с неблагоприятным прогнозом заболевания и плохой переносимостью лечения в большей степени подвержены развитию симптомов постстрессовых расстройств. Другие авторы показывают, что все родители по-разному справляются с одними и теми же травматическими ситуациями, и что в возникновении реактивных психических нарушений важную роль играют «субъективный» опыт переживания травматического события и прежний семейный опыт [5,15]. В настоящее время признано, что существует определенная уязвимость индивидуума к ПТСР, такая как личностная предрасположенность: незрелость, астенические черты, сенситивность, высокий «невротизм», а также склонность к чрезмерному контролю и подавлению нежелательных эмоций [7,15,17]. Предрасполагающим фактором к развитию реактивных психических расстройств может стать физиологическое состояние организма, фоновые церебро-органические нарушения, особенно соматическое истощение в связи с депривацией

сна и приема пищи [2,7]. В период онкологического заболевания у ребенка определенный вклад в развитие посттравматических симптомов у родителей вносит отсутствие социальной поддержки семьи и «дисфункциональность» отношений внутри семьи [13,15].

Применительно к лечению тяжелых заболеваний в детском возрасте, А. Kazak с соавторами предлагают использовать многофакторную модель «педиатрического медицинского травматического стресса» и рассматривать психические проблемы родителей в контексте взаимодействия семейного окружения и онкологически больного ребенка [13]. В статье, опубликованной сотрудниками психологической службы ФНКЦ ДГОИ им. Дм. Рогачева, как причина дезадаптации семей онкологически больных детей в условиях стационара рассматривается непродуктивная коммуникация в системе мать-ребенок-врач, которая не снимает, а напротив, усиливает тревогу, поскольку нацелена не на помощь другому, а на непосредственное отреагирование своих эмоций, вымещение страха, раздражения [6]. Авторами описаны также случаи крайне противоречивого, амбивалентного поведения родителей, которые демонстрируют «сверхвключенность» в лечение и заботу о ребенке, но их реальные поступки кажутся противоречащими стремлению помочь ребенку, а иногда существенно препятствуют лечению [6]. Основываясь на этих наблюдениях, можно предположить, что способ коммуникации и качество контакта с родителями в данных случаях указывает на то, что психическая травма, связанная с онкологическим заболеванием у ребенка в ряде случаев способствовала клинической манифестации ранее имевшихся психических проблем у родителей.

Вопросы клинико-психопатологической оценки возможных форм патологического личностного реагирования у родителей онкологически больных детей до настоящего времени остаются недостаточно изученными и актуальными для практического здравоохранения.

Целью сообщения является клиническое описание и выделение основных типологических вариантов реакций наблюдавшихся нами клинически очерченных расстройств адаптации у родителей онкологически больных детей в период лечения в стационаре на основе особенностей психопатологических характеристик и установления закономерного сочетания факторов общей и индивидуальной уязвимости.

В рамках выделенных вариантов была предпринята попытка соотнесения вклада факторов общей и индивидуальной уязвимости в развитие постстрессовых реактивных состояний у родителей. Факторы общей уязвимости были выделены эмпирически и на основании существующих в настоящее время в научной литературе сравнительных данных [12,15]. В качестве таковых рассматривались:

- фактор интенсивности лечебного процесса (исследования А. Kazak с соавторами, 2005): I уровень - минимальная интенсивность: операция без противоопухолевой химиотерапии (ПХТ), <6 месяцев ПХТ одним или двумя препаратами); II уровень - ПХТ 3-мя и более препаратами, краниотомия, лучевая терапия ограниченного поля, III уровень - высокодозная ПХТ, интенсивная лучевая терапия, выявление метастазов и опухоли мозга; IV уровень- трансплантация костного мозга, реакции «трансплантат против хозяина» (РТПХ) [12];
- длительность периода госпитализации;
- тяжесть соматического состояния ребенка;
- тяжесть психического состояния ребенка на момент обращения родителя за психиатрической помощью (оценка по CGI-S).

В числе факторов индивидуальной уязвимости рассматривались возраст родителей, семейный статус, клиничко-анамнестические сведения о преморбидных характеристиках личности и наличие психических травм в анамнезе.

Материалы и методы. В период 2012-13 гг. на базе крупного онкогематологического стационара (ФНКЦ ДГОИ им. Дм. Рогачева) были отобраны для наблюдения 52 родителя с клинически очерченными расстройствами адаптации (все - матери), сопровождавших онкологически больных детей в период стационарного лечения с диагнозами: острый миелобластный лейкоз (11-случаев, 21%), острый лимфобластный лейкоз (18 случаев- 35%), неходжкинская лимфома (9 случаев- 17%), остеосаркома (5случаев-10%), нефробластома забрюшинного пространства (9 случаев-17%). Возраст родителей варьировал от 22 до 48 лет (средний возраст наблюдений- 34 ± 7.8 лет). Возраст детей был от 9 мес. до 16 лет (средний возраст 7.9 ± 3.4). Продолжительность заболевания с момента выявления варьировала от 2 до 24 мес. (7 ± 5.4). Продолжительность стационарного лечения – от 0,5 до 14 мес. (4.6 ± 3.9).

Из отобранных наблюдений ранее психиатром никто не обращался, многие из родителей в период болезни ребенка, время от времени, по собственной инициативе принимали общедоступные в аптечной сети седативные препараты. Большинству родителей было предложено проконсультироваться психиатром сотрудниками психологической службы ФНКЦ ДГОИ им. Дм. Рогачева и лечащими врачами- онкологами, гематологами, педиатрами, в связи со стойким снижением функционирования и сотрудничества в лечебном процессе по сравнению с родителями других госпитализированных детей. 16 матерей были обследованы и отобраны в процессе психиатрического обследования их детей. Основным методом исследования был клиничко-психопатологический и катамнестический, с целью скрининга использовались психометрическая Госпитальная шкала тревоги и депрессии-NAD-S [1,18], отобранные случаи имели значения, достигающие клиничского уровня (более 11 баллов) по субшкалам тревоги и депрессии. Оценка психических нарушений у пациентов изученной выборки осуществлялась непосредственно на основе психиатрического обследования. Учитывались сведения, полученные от самих обследуемых родителей, лечащих врачей-онкологов, сотрудников психологической службы, родственников из близкого окружения. Период катамнестического наблюдения составлял от 1 до 4-х месяцев (2.3 ± 1.4). В выборку не включались случаи с анамнезом, отягощенным по манифестным психотическим расстройствам и хроническому алкоголизму.

У всех пациентов на момент обращения были выявлены психические нарушения, соответствующие триаде реактивных состояний Ясперса К. [8]: - появление психических нарушений совпадало по времени с периодом онкологического заболевания и стационарного лечения ребенка; содержание симптомов отражало психотравмирующую ситуацию; наиболее интенсивными симптомы были непосредственно в момент воздействия психотравмирующей ситуации, далее подвергались обратному развитию. Согласно установленным психопатологическими признаками, пациенты диагностически распределились, в соответствии с МКБ-10, по рубрикам:

- F 43.1 (49 наблюдений-94%) Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР);
- F 23.2- (3 наблюдения-6%), острые и преходящие психотические расстройства, ассоциированные со стрессом.

Выявленные состояния ПТСР, в 29 (59%) случаев нуждались в многоосевой диагностике по МКБ-10: психогенные нарушения были коморбидными с дистимией n=11 (21%), личностным расстройством эмоционально-неустойчивого (пограничного) типа n= 4(8%), истерического типа n= 9 (17%), ананкастического типа n= 8 (15%).

Таблица 1. Распределение родителей по основным оцениваемым показателям

Средний возраст:	от 22 до 48 лет (средний возраст - 34±7.8 лет)
Семейный статус:	полная (есть оба родителя) n= 34 (68%) неполная (только один из родителей)-n= 18 (32%)
Продолжительность лечения в стационаре:	от 0,5 до 14 месяцев (4.6± 3.9).
Уровень интенсивности лечебного процесса	I уровень- n=2(7%) II уровень- n=9 (15%) III уровень- n= 34 (65%) IV уровень- n=7 (13%)
Тяжесть соматического состояния ребенка	стабильное n=6 (11%) -средне тяжелое n= 17 (33%) -тяжелое n=21(40%) -крайне тяжелое n= 8 (16%)
Тяжесть психических нарушений у ребенка (по CGI-S):	легкие n=13 (25%) умеренные n= 36 (69%) тяжелые n=3 (6%)
Наличие сходных травматических событий в анамнезе (смерть близких от онкологических заболеваний).	n=6 (12%)

Состояния, рассматриваемые в рамках симптоматики ПТСР, имели клинически полиморфную структуру, которая включала в себя разнообразные аффективные и невротические симптомы. Выявленные посттравматические симптомы, в большинстве наблюдений, не были привязаны к определенному травматическому событию, травмирующая ситуация развивалась каскадно, с наложением одного события на другое, во всех случаях стереотип развития и течения ПТСР имел хронический характер. В 3-х наблюдениях (5%) речь шла о шизофренических реакциях, внешне сходных по клиническим проявлениям и имитирующих симптомы ПТСР. На основании ведущего психопатологического синдрома (на момент обращения и на протяжении наблюдения) было выделено несколько синдромальных клинических вариантов: тревожно-фобические реакции, тревожно-диссоциативные реакции, астено-депрессивные реакции, шизофренические реакции с конгруэнтными аффекту бредовыми переживаниями. Следует подчеркнуть, что эти состояния не являлись статичными, симптоматика

колебалась по интенсивности, с течением времени претерпевала видоизменения в рамках выделенных вариантов.

Таблица 2. Варианты психогенных реакций у родителей онкологически больных детей в период стационарного лечения.

Психогенные реакции	абс.	%
<i>Тревожно-фобические</i>	24	46%
<i>Тревожно-диссоциативные</i>	8	15%
<i>Астено-депрессивные</i>	17	33%
<i>Шизофренические</i>	3	5%

Тревожно-фобические реакции были преобладающими по выборке- 24 (46%) случаев. Во всех наблюдениях родители характеризовали свое состояние как предельно критическое по сравнению с предыдущими сходными эпизодами, а выявленные симптомы носили хронический характер, достигая максимальной интенсивности на момент обращения. Появление симптомов ПТСР по времени совпадало с ощутимым утяжелением соматического состояния ребенка, связанным с прогрессированием болезни, развитием осложнений или рецидивами после периода относительно успешного лечения, за которым следовало изменение лечебной тактики (экстренная операция, поступление в отделение интенсивной терапии, планирование на трансплантацию). Среди наблюдений преобладали родители пациентов, проходящих интенсивный курс лечения III- IV уровней. В то же время в 12 случаях (1\2 наблюдений), у детей выявлялись легкие и умеренные психические нарушения в виде тревожно-депрессивных симптомов в рамках нозогенных реакций. Ведущими жалобами родителей были неотвязные мысли о случившемся, диффузный страх перед будущим - «потеря надежды», сомнения в целесообразности проводимой терапии и успехе дальнейшего лечения. На фоне выраженных идеаторных проявлений тревоги - тревожных «руминаций», периодически «вспыхивали» тревожные раптусы с усилением двигательной активности, неконтролируемым плачем, агрессией к близким и посторонним людям, которые выражали участие. Минимальные признаки ухудшения состояния ребенка провоцировали у матерей панические приступы с резким усилением тревоги и чувства потенциальной угрозы жизни ребенка. Отмечались трудности концентрации на текущих реальных задачах, когнитивные сложности объективной оценки происходящего. Повторные травмы на сходную тему (недавняя смерть близких от онкологического заболевания) были выявлены в анамнезе у 6 (12%) наблюдений. По возрастным характеристикам распределение в рамках выделенного варианта было гомогенным, по преморбидным характеристикам группа была неоднородной, в 14 из 24 случаев (58%) симптомы психогенной реакции были коморбидными с расстройствами личности: истерическим (с астеническими чертами)- 2 (8%), эмоционально-неустойчивым- 4 (17%) и ананкастным -8 (33%) наблюдений. Коморбидность с личностными расстройствами обуславливала большую экспрессию тревожных и фобических симптомов на уровне поведения. Матери нуждались в многократных разъяснениях по поводу предстоящей тактики лечения, «торопили события» или наоборот «затягивали» процесс принятия решений, связанных с информированными

согласиями, периодически замыкались и отвергали помощь, активно «оберегали» детей от дополнительных диагностических осмотров и манипуляций. Все это значительно осложняло взаимодействие с лечащими врачами и препятствовало оптимальному течению лечебного процесса.

Тревожно-диссоциативные реакции отмечались в 8 - (15%) наблюдений: в 3 (6%) реакции носили острый, а в 5 (9%)- затяжной характер. Острые реакции выявлялись на ранних этапах госпитализации, при столкновении с неожиданными «плохими новостями» о диагнозе и перспективах лечения, а также в случаях ранних рецидивов. В рамках установленного варианта реакций, наряду с тревогой ведущими были деперсонализационные нарушения: пациентки жаловались на притупленность восприятия, ощущение отстраненности от окружающего - «как будто бы это происходит не со мной», искажение ощущения времени, «неспособность» думать о будущем.

В случаях затяжных тревожно-диссоциативных реакций на первый план выступали явления соматизированной тревоги и явления отчуждения эмоциональных переживаний, «маска оптимиста». Выявлялись конверсионные и диссоциативные телесные симптомы, которые матери предъявляли в качестве основных жалоб: головная боль, приступы головокружения, сердцебиения и одышки, нарушение чувствительности в зонах «перчаток и носков», приступы озноба, «судорожной» дрожи. Помимо соматических жалоб, пациентки высказывали переживания по поводу вынужденного изменения прежнего стиля жизни, наподобие «краха самоидентичности» с оттенком виктимности. По возрастным характеристикам преобладали женщины до 30-ти лет, выявлялась коморбидность с истерическим расстройством личности.

Астено-депрессивные реакции были выявлены у 17(33%) матерей.

Для выделенного варианта реакций были характерны отчетливые симптомы апатии с деморализацией, тяжелым чувством критической усталости, ангедонии и отсутствия желания элементарно о себе заботиться. Устойчивыми были снижение памяти и концентрации внимания, приступы раздражения к ребенку с последующим раскаянием и чувством вины, слезливостью. Матери тяготились пребыванием в стационаре, стремились при любой возможности отлучаться, уединяться, были не внимательны к выполнению требований стерильного режима. Астено-депрессивные реакции были связаны с продолжительными госпитализациями (от 6-ти месяцев до года), высоким уровнем интенсивности лечения (III –IV уровень) и трудно курабельными осложнениями, в 5(9%) случаях - с длительным пребыванием в трансплантационном боксе. На момент обращения матерей, дети преимущественно находились в стабильном средне-тяжелом соматическом состоянии, но относительно часто у 11 детей из 17 случаев-(65%) в этой группе регистрировались умеренные и тяжелые психические нарушения, связанные с нейротоксическими побочными эффектами лечения- токсическая энцефалопатия, осложнения стероидной терапии- «стероидные психозы», а также нозогенные реакции с преобладанием нарушений поведения. В 11 из 17 случаев-(65%) выявлялись коморбидные симптомам ПТСР хронические аффективные нарушения дистимического уровня, маскированные астеническими жалобами. Симптомы сниженного настроения регистрировались в анамнезе, но становились клинически отчетливыми в период психогении. Матери были склонны к фатальной негативной оценке событий, регистрировались симптомы ангедонии, витальной

тоски, потери аппетита, диссомнии, вегетативных нарушений- тахикардии, сухости кожи и запоров.

Шизофренические реакции с конгруэнтными аффекту параноидными симптомами в период пребывания стационаре были выявлены у 3 (5%) матерей. Состояния по синдромальному уровню выходили за рамки ПТСР и, в большей степени, соответствовали реактивным эндоформным (Ильина Н.А., 2005) или шизофреноподобным психозам, имитирующим ПТСР [3]. По сравнению с другими клиническими вариантами, наблюдения были наиболее «возрастными»- средний возраст наблюдений- 37 ± 2.8 лет. Выявленные преморбидные особенности позволяли предполагать наличие у них определенной «эндогенной почвы» реагирования, но возникновение реакций не было обусловлено манифестацией эндогенного процесса. Пациентки имели характерологические черты гиперсенситивности, подозрительности, а также были склонны к кататимному реагированию. Психогенное реагирование в большей степени соотносилось не с тяжестью состояния ребенка и общей тяжестью ситуации, а с обстоятельствами, питающими настороженность и недоверие: изоляция в связи с предполагаемой инфекцией, осложнение плановой медицинской манипуляции ятрогенного происхождения. Вслед за событиями, достаточно быстро формировались симптомы тревожно-гневливого аффекта, на первый план выступали кататимные аффективно-бредовые симптомокомплексы, отражающие тему борьбы личных интересов и долга следования врачебным рекомендациям. Дальнейшее общение с лечащими врачами вызвало резкое усиление тревоги, настороженности, нередко сопровождалось неадекватными агрессивными реакциями, угрозами, отказами выполнять назначения. Пациентки высказывали идеи преследования, нейтральные действия и разговоры интерпретировались как «заговор» врачей с целью причинения вреда, проведения опасных для жизни экспериментов. Пациентки развивали активную деятельность по «спасению своего ребенка»- пытались обращаться в общественные организации, стремились скорее выписаться и покинуть стационар. В целом, стереотип развития реактивного состояния был сходен с «параноидом внешней обстановки» (Жислин С.Г., 1965) [2]. По мере ослабления актуальности событий, при тщательном содействии сотрудников клиники, направленном на снятие тревоги и аффективного напряжения, состояния постепенно разрешались, пациенты возвращались к сотрудничеству в лечебном процессе.

Несмотря на возникающие проблемы взаимодействия, обусловленные психическими нарушениями родителей, в длительном лечебном процессе невозможно обойтись без установления и поддержания контакта врача с ребенком и его семьей. В момент столкновения с фактом онкологического заболевания у ребенка, все родители без исключения испытывают сильную тревогу за исход ситуации. По мере включения в лечебный процесс, вырабатываются адаптивные формы поведения, приспособление к ситуации. В рамках всех выделенных вариантов психогенных реакций наблюдались стойкие дезадаптивные формы поведения родителей, которые значительно ослабляли комплаенс и осложняли лечебный процесс для всех его участников.

В настоящее время уже во многих соматических стационарах работают психологи, психиатры и социальные работники, которые проводят командную психосоциальную работу с пациентами и их родственниками. Звено психиатрического сопровождения в детском онкологическом стационаре

направлено на выявление психических нарушений у пациентов и их родителей, подбора оптимальной терапии в целях седации и постепенной редукции симптомов психических нарушений. Лечение родителей должно быть тщательно подобранным и максимально безопасным, не влияя на способность выполнять обязанности по уходу за больным ребенком. В терапии психогенных реакций описанных наблюдений дифференцированно использовались:

- при тревожно-фобических реакциях: анксиолитические препараты из группы небензодиазепиновых и бензодиазепиновых транквилизаторов), антидепрессанты с преимущественным анксиолитическим и антиобсессивным действием;
- при тревожно-диссоциативных реакциях: антидепрессанты с анксиолитическим действием, малые нейрелептики (алимемазин, сульпирид);
- при астено-депрессивных реакциях: антидепрессанты со сбалансированным и преимущественно активирующим действием, ноотропы и антиастенические препараты;
- при шизофренических реакциях, в остром периоде, назначение терапии встречало значительные препятствия со стороны пациентов; пациенты соглашались принимать лечение только этапе угасания психотической симптоматики; в терапии использовались малые нейрелептики и антидепрессанты с преимущественно анксиолитическим и седативным действием.

С целью предотвращения повторных эпизодов и обеспечения своевременного обращения за помощью, проводилась психообразовательная работа: родители получали информацию о различных клинических аспектах состояния ребенка и характерных симптомах ПТСР и способах лечения. Одновременно с медикаментозной коррекцией, оказывалась активная психологическая и психосоциальная поддержка в кризисной ситуации психологической службой ФНКЦ, в решение социальных вопросов и оказание социальной помощи включались волонтеры и благотворительная организация.

Опыт работы зарубежных коллег и накопленный к настоящему времени отечественный опыт психосоциальной работы в педиатрической медицинской помощи, показывает, что своевременно оказанная психолого-психиатрическая помощь родителям онкологически больных детей способствует достижению и поддержанию комплайенса, роль которого неуклонно растет в современных протоколах лечения онкологических заболеваний. Современная медицинская помощь онкологически больному ребенку является многопрофильной и предполагает оказание психосоциальной поддержки пациенту и его семье, особенно в кризисные моменты. С целью оптимизации психосоциальной помощи семье онкологически больного ребенка на этапе интенсивного лечения в стационаре необходима прицельная разработка медико-социальных программ, включающих:

- проведение обязательного, приемлемого в условиях стационара, диагностического скрининга психического состояния родителей с целью выявления психогенных нарушений;
- выявление и особое внимание медицинского персонала и психолого-психиатрической службы к родителям, наиболее подверженным риску развития психогенных реакций в связи с общими и индивидуальными факторами уязвимости. В общей группе риска по психогенным реакциям могут рассматриваться матери детей, проходящих наиболее интенсивный курс лечения, подвергающихся опасным инвазивным вмешательствам, в том числе

трансплантации костного мозга. В группе индивидуального риска следует рассматривать родителей с личностными расстройствами, предшествующими психотравмами, связанными со смертью близких, а также родителей, уязвимых к астеническим состояниям, вследствие сосудистых и органических заболеваний ЦНС;

- текущую и профилактическую психообразовательную работу, фоновое информирование родителей о возможных симптомах и клинических проявлениях психогенных реакций, выходящих за рамки обычного реагирования;

- информирование родителей о способах медикаментозного лечения психогенных состояний, снижение страха стигматизации в связи с обращением за психиатрической помощью;

- оказание психиатрической помощи родителям, психофармакологической коррекции психогенного состояния с учетом специфики ситуации, обусловленной сопровождением ребенка в стационаре и дифференцированного клинического подхода к диагностике и лечению психогенных реакций.

Библиография:

1. А.В.Андрющенко, М.Ю.Дробижев, А.В.Добровольский. Сравнительная оценка шкал CES-D, BDI и HADS(d) в диагностике депрессий в общемедицинской практике // Журн. неврологии и психиатрии. - 2003. - N 5. - С. 11-18.
2. Жислин С.Г. Очерки клинической психиатрии. М.; Медицина; 1965.
3. Ильина Н.А. Психогенные реакции у больных с шизотипическим расстройством (к вопросу о шизофренических реакциях) // Психиатрия (научно-практический журнал). - 2005. – № 3. – С. 28-37.
4. Киреева И.П., Лукьяненко Т.Э. Психиатрические аспекты в детской соматологии//Научная конференция молодых ученых России, посвященная 50-летию Академии медицинских наук: тезисы докладов. Москва, 1994. - С. 287-288.
5. Корень Е.В., Куприянова Т.А. Концепция психического здоровья и психосоциальная реабилитация детей и подростков с психическими расстройствами // Российский психиатрический журнал. – 2012. - №3. – С. 4 – 12.
6. Кудрявицкий А.Р., Хаин А.Е., Н.В. Клипина Н.В. Обоснование комплексного подхода в работе психологической службы, сопровождающей лечебный процесс, в детской онкологии/гематологии. Вопросы гематологии/онкологии и иммунопатологии в педиатрии, 2006, т.5,№3.
7. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. Т.II. М., Медгиз 1959.
8. Ясперс К. Общая психопатология М., «Практика», 1997.

9. Balluffi, A., Kassam-Adams, N., Kazak, A., Tucker, M., Dominguez, T., & Helfaer, M. (2004). Traumatic stress in parents of children admitted to the pediatric intensive care unit. *Pediatric Critical Care Medicine*, 5, 547–553.
10. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Trends in childhood cancer mortality—United States, 1990–2004. *MMWR* - 2007;56(48):1257–1261..
11. Holland J.C. Psychological Care of Patients: Psycho-Oncology's Contribution. *J Clinical Oncology*, v.21 (23),2003:253-265.
12. Kazak A.E., A.Boeving, M.A. Alderfer et al. Posttraumatic Stress Symptoms During Treatment in Parents of Children With Cancer. *J Clinical Oncology*. Oct 2005; 23(30): 7405-7410.
13. Kazak A, Kassam-Adams N, Schneider S, et al: An integrative model of pediatric medical traumatic stress. *J Pediatr Psychol*; May 2006; 31(4): 343-355.
14. Patino-Fernandez AM, Ahna LHP, Alderfer M, Hwang WT, Reilly A, Kazak AE. Acute Stress in Parents of Children Newly Diagnosed With Cancer//*Pediatric blood & cancer*. 2008;50(2):289-92.
15. Phipps S., Dunavant M. Psychosocial Predictors of Distress in Parents of Children Undergoing Stem Cell or Bone Marrow Transplantation *J. Pediatr. Psychol.* (2005) 30 (2):139-153.
16. Rosenberg AR, Dussel V, Geyer JR, et al. Psychological Distress in Parents of Children With Advanced Cancer//*JAMA Pediatrics*. - 2013; 167(6):537-543.
17. Vollrath M, Torgersen S: Personality types and coping. *Personality and Individual Differences* 2000, 29:367-378.
18. Zigmond, AS; Snaith, RP (1983). "The hospital anxiety and depression scale". *Acta Psychiatrica Scandinavica* 67 (6): 361–370.