

ПОСТСТРЕССОВЫЕ РАССТРОЙСТВА У РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НА ЭТАПЕ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Е.В. КОРЕНЬ, С.Н. МАСИХИНА

Целью настоящего исследования стало изучение психопатологических особенностей посттравматических стрессовых симптомов и роли некоторых психосоциальных факторов в формировании расстройств адаптации у родителей онкологически больных детей на этапе лечения в стационаре. 52 родителя в возрасте от 22 до 48 лет были отобраны в результате скрининга по «Госпитальной шкале тревоги/депрессии» (HADS) и обследованы клинко-психопатологическим методом. Был проведен комплексный анализ клинических и психосоциальных характеристик выявленных расстройств адаптации у родителей детей с онкогематологическими заболеваниями в период лечения ребенка в стационаре. В статье представлены клинко-типологические варианты реакций расстройств адаптации, основные принципы лечения и реабилитации.

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство, расстройства адаптации, семейный стресс, детская онкология, онкогематология.

По данным американских центров по контролю за заболеваниями (Centers for Disease control and Prevention), несмотря на значительные успехи последних лет в лечении онкологических заболеваний у детей, позволившие существенным образом повысить уровень выживаемости, эта форма патологии по-прежнему остается одной из ведущих причин детской смертности (особенно в возрасте до 15 лет) и оказывает сильнейшее негативное воздействие на пациента и его близких [10]. 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. Учет этого факта 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 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 пере-

живания 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 нарушением регулярного приема пищи [2; 7]. В период онкологического заболевания у ребенка определенный вклад в развитие посттравматических симптомов у родителей вносит отсутствие социальной поддержки 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 (например, вымещение страха или 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 настоящего сообщения является клиническое описание и выделение основных типологических вариантов реакций наблюдавшихся нами клинически очерченных расстройств адаптации у родителей онко-

логически 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 соотношения вклада факторов общей и индивидуальной уязвимости в развитие постстрессовых реактивных состояний у родителей. Факторы общей уязвимости были выделены как эмпирически, так и на основании анализа существующих в настоящее время в научной литературе сравнительных данных [12; 15]. В качестве таковых рассматривались:

1. Фактор интенсивности лечебного процесса (исследования А. Kazak с соавторами, 2005) [12]:

I уровень — полихимиотерапия (ПХТ), либо химиотерапия (ХТ) одним или двумя препаратами не менее 6-ти месяцев по продолжительности;

II уровень — ПХТ тремя 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).

2. Длительность периода госпитализации.

3. Тяжесть соматического состояния ребенка на момент обследования родителя.

4. Тяжесть психического состояния ребенка на момент обследования родителя (оценка по шкале 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 с 2012 по 2013 гг. на базе крупного онкогематологического стационара при ФНКЦ ДГОИ им. Дм. Рогачева были отобраны для наблюдения 52 родителя (матери) с клинически очерченными расстройствами адаптации, 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 (5 случаев, 10 %), нефробластома забрюшинного пространства (9 случаев, 17 %). Возраст родителей варьировал от 22 до 48 лет (средний возраст — 34 г., стандартное отклонение — 7,8 лет). Возраст детей был от 9 мес. до 16 лет ($7,9 \pm 3,4$). Продолжительность заболевания с момента выявле-

ния варьировала от 2 до 24 мес. ($7 \pm 5,4$). Продолжительность стационарного лечения — от 0,5 до 14 мес. ($4,6 \pm 3,9$).

Из отобранных наблюдений ранее к психиатрам никто не обращался. Многие из родителей в период болезни ребенка по собственной инициативе время от времени принимали общедоступные в аптечной сети седативные препараты. Большинство родителей (36 чел.) было предварительно проконсультировано с 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 клинико-психопатологический и катamnестический, с целью скрининга использовались психометрическая Госпитальная шкала тревоги и депрессии — HAD — S [1; 18]. Отобранные случаи имели значения, достигающие клинического 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 катamnестического наблюдения составлял от 1 до 4 мес. (среднее значение — 2,3 мес., стандартное отклонение — 1,4 мес.). В выборку не включались случаи с анамнезом, отягощенным по манифестным психотическим расстройствам и хроническому алкоголизму.

Результаты исследования и их обсуждение

У всех пациентов на момент обращения были выявлены психические нарушения, соответствующие триаде реактивных состояний К. Ясперса [8]: появление психических нарушений совпадало по времени с периодом онкологического заболевания и стационарного лечения ребенка; содержание симптомов отражало психотравмирующую ситуацию; наиболее интенсивными симптомами были непосредственно в момент воздействия психотравмирующей ситуации, далее подвергались обратному развитию. В соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 пациенты были распределены следующим образом.

F 43.1 Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) — 49 человек (94 % обследованных);

F 23.2 Острые и преходящие психотические расстройства, ассоциированные со стрессом, — 3 человека (6 % обследованных).

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

Таблица 1

Распределение родителей по основным оцениваемым показателям

Характеристики группы испытуемых	Число испытуемых	
	чел.	%
Статус семьи:		
полная (оба родителя)	34	68
неполная (один родитель)	18	32
Уровень интенсивности лечебного процесса:		
I уровень	2	7
II уровень	9	15
III уровень	34	65
IV уровень	7	13
Тяжесть соматического состояния ребенка:		
стабильное	6	11
средне тяжелое	17	33
тяжелое	21	40
крайне тяжелое	8	16
Тяжесть психических нарушений у ребенка (по CGI-S):		
легкие	13	25
умеренные	36	69
тяжелые	3	6
Наличие сходных травматических событий в анамнезе (смерть близких от онкологических заболеваний)	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 трех 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 выде-

лено 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	Число испытуемых	
	чел.	%
Тревожно-фобические	24	46
Тревожно-диссоциативные	8	15
Астено-депрессивные	17	33
Шизофренические	3	5

Тревожно-фобические реакции были преобладающими по выборке — выявлены в 24 случаях (46 %). 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 (50 % 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 чел. (12 % наблюдений). По возрастным характеристикам распределение в рамках выделенного варианта было гомогенным; по преморбидным характеристикам группа была неоднородной — в 14 случаях из 24 (58 %) симптомы психогенной реакции были коморбидными с расстройствами личности: истерическим (с астеническими чертами) — 2 чел. (8 %), эмоционально-неустойчивым — 4 чел. (17 %) и ананкастным — 8 чел. (33 %). 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 случаях (15 %): в 3 случаях (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 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 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 месяцев до года), высоким уровнем интенсивности лечения (III—IV уровень) и труднокурабельными осложнениями, в 9 % случаев (5 набл.) — с длительным пребыванием в трансплантационном боксе. На момент обращения матерей дети преимущественно находились в стабильном средне-тяжелом соматическом состоянии, но относительно часто у детей в этой группе регистрировались умеренные и тяжелые психические нарушения (в 11 случаях из 17), 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 выявлялись 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 или шизофреноподобным психозам, имитирующим ПТСР [3]. По сравнению с другими клиническими вариантами, наблюдения были наиболее «возрастными» — средний возраст матерей составил 37 лет, стандартное отклонение — 2,8 г. 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 вызывало 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» [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, подбор 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 анти-обсессивным действием;

при тревожно-диссоциативных реакциях: антидепрессанты с анксиолитическим действием, малые нейролептики (алимемазин, сульпид);

при астено-депрессивных реакциях: антидепрессанты со сбалансированным и преимущественно активирующим действием, ноотропы и антиастенические препараты;

при шизофренических реакциях, особенно в остром периоде, назначение терапии встречало значительные препятствия со стороны пациентов; пациенты соглашались принимать лечение только на этапе угасания психотической симптоматики; в терапии использовались малые нейролептики 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, характерных симптомах ПТСР и способах лечения. В кризисной ситуации одновременно с медикаментозной коррекцией оказывалась активная психологическая и психосоциальная поддержка 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 психо-

лого-психиатрическая помощь родителям онкологически больных детей способствует достижению и поддержанию комплаенса, 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.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андрищенко А.В., Дробижев М.Ю., Добровольский А.В. Сравнительная оценка шкал CES-D, BDI и HADS(d) в диагностике депрессий в общемедицинской практике // Журнал неврологии и психиатрии. 2003. № 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., Курпирянова 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., Клипинина 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. Traumatic stress in parents of children admitted to the pediatric intensive care unit // Pediatric Critical Care Medicine. 2004. № 5. Pp. 547—553.
10. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Trends in childhood cancer mortality-United States, 1990—2004 / MMWR. 2007. № 56 (48). Pp. 1257—1261.
11. Holland J.C. Psychological Care of Patients: Psycho-Oncology's Contribution // J Clinical Oncology. V. 21. № 23. 2003. Pp. 253—265.
12. Kazak A.E., Boeving A., Alderfer M.A. et al. Posttraumatic Stress Symptoms During Treatment in Parents of Children With Cancer // J Clinical Oncology. Oct. 2005. V. 23. № 30. Pp. 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. V. 31. № 4. Pp. 343—355.
14. Patino-Fernandez A.M., Ahna L.H.P., Alderfer M., Hwang W.T., Reilly A., Kazak A.E. Acute Stress in Parents of Children Newly Diagnosed With Cancer // Pediatric blood & cancer. 2008. V. 50. № 2. Pp. 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). Pp. 139—153.
16. Rosenberg A.R., Dussel V., Geyer J.R., et al. Psychological Distress in Parents of Children With Advanced Cancer // JAMA Pediatrics. 2013. № 167(6). Pp. 537—543.
17. Vollrath M., Torgersen S. Personality types and coping // Personality and Individual Differences. 2000. № 29. Pp. 367—378.
18. Zigmond A.S., Snaith R.P. The hospital anxiety and depression scale // Acta Psychiatrica Scandinavica. № 67 (6). Pp. 361—370.

STRESS-RELATED DISORDERS IN PARENTS OF CHILDREN WITH CANCER AT THE STAGE OF HOSPITAL TREATMENT

E.V. KOREN, S.N. MASIKHINA

The purpose of this study was to investigate the psychopathological features of post-traumatic stress symptoms and the role of some psychosocial factors in the formation of adjustment disorders in parents of childhood cancer patients in hospital. 52 parents aged 22 to 48 years old were selected by screening for "Hospital Anxiety/Depression Scale" (HADS) and examined clinical and psychopathological method. A comprehensive analysis of clinical and psychosocial characteristics of adjustment disorders was conducted. The article presents the clinical and typological variants, the basic principles of treatment and rehabilitation.

Keywords: post-traumatic stress disorder, adjustment disorder, family stress, pediatric oncology, oncohaematology.

1. *Andriushchenko A.V., Drobizhev M.Iu., Dobrovol'skii A.V.* Sravnitel'naia otsenka shkal CES-D, BDI i HADS(d) v diagnostike depressii v obshchemeditsinskoj praktike. *Zhurnal nevrologii i psikhiiatrii*. 2003. № 5. Pp. 11—18.
2. *Zhislin S.G.* Ocherki klinicheskoi psikhiiatrii / Moscow: Meditsina, 1965.
3. *Il'ina N.A.* Psikhogennye reaktsii u bol'nykh s shizotipicheskim rasstroistvom (k voprosu o shizofrenicheskikh reaktsiiakh). *Psikhiiatriia (nauchno-prakticheskii zhurnal)*. 2005. № 3. Pp. 28—37.
4. *Kireeva I.P., Luk'ianenko T.E.* Psikhiiatricheskie aspekty v detskoj somatologii. Nauchnaia konferentsiia molodykh uchenykh Rossii, posviashchennaia 50-letiiu Akademii meditsinskikh nauk: tezisy dokladov. Moscow, 1994. Pp. 287—288.
5. *Koren' E.V., Kupriianova T.A.* Kontseptsiiia psikhicheskogo zdorov'ia i psikhosotsial'naia reabilitatsiia detei i podrostkov s psikhicheskimi rasstroistvami. *Rossiiskii psikhiiatricheskii zhurnal*. 2012. №3. Pp. 4—12.
6. *Kudriavitskii A.R., Khain A.E., Klipinina N.V.* Obosnovanie kompleksnogo podkhoda v rabote psikhologicheskoi sluzhby, soprovozhdaiushchei lechebnyi protsess, v detskoj onkologii/gematologii. *Voprosy gematologii/onkologii i immunopatologii v pediatrii*. 2006. T. 5. № 3.
7. *Sukhareva G.E.* Klinicheskie lektsii po psikhiiatrii detskogo vozrasta. T. II / Moscow: Medgiz, 1959.
8. *Iaspers K.* Obshchaia psikhopatologiiia / Moscow: "Praktika", 1997.
9. *Balluffi A., Kassam-Adams N., Kazak A., Tucker M., Dominguez T. & Helfaer M.* Traumatic stress in parents of children admitted to the pediatric intensive care unit // *Pediatric Critical Care Medicine*. 2004. № 5. Pp. 547—553.
10. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Trends in childhood cancer mortality-United States, 1990—2004 / *MMWR*. 2007. № 56 (48). Pp. 1257—1261.

11. *Holland J.C.* Psychological Care of Patients: Psycho-Oncology's Contribution // *J Clinical Oncology*. V. 21. № 23. 2003. Pp. 253—265.
12. *Kazak A.E., Boeving A., Alderfer M.A. et al.* Posttraumatic Stress Symptoms During Treatment in Parents of Children With Cancer // *J Clinical Oncology*. Oct. 2005. V. 23. № 30. Pp. 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. V. 31. № 4. Pp. 343—355.
14. *Patino-Fernandez A.M., Ahna L.H.P., Alderfer M., Hwang W.T., Reilly A., Kazak A.E.* Acute Stress in Parents of Children Newly Diagnosed With Cancer // *Pediatric blood & cancer*. 2008. V. 50. № 2. Pp. 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). Pp. 139—153.
16. *Rosenberg A.R., Dussel V., Geyer J.R., et al.* Psychological Distress in Parents of Children With Advanced Cancer // *JAMA Pediatrics*. 2013. № 167(6). Pp. 537—543.
17. *Vollrath M., Torgersen S.* Personality types and coping // *Personality and Individual Differences*. 2000. № 29. Pp. 367—378.
18. *Zigmond A.S., Snaith R.P.* The hospital anxiety and depression scale // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. № 67 (6). Pp. 361—370.