

Особенности эмоционально-личностных нарушений у детей после лечения онкологических заболеваний

Факторы, механизмы и пути психокоррекции

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

ДЕТСКАЯ ОНКОЛОГИЯ

ПСИХОРЕАБИЛИТАЦИЯ



Актуальность

Онкологическое заболевание — один из наиболее тяжёлых стресс-факторов в жизни ребёнка и всей его семейной системы. Оно неизбежно влечёт за собой глубокие травматические последствия, затрагивающие эмоциональное, личностное и социальное развитие.

Рост выживаемости

Современная онкология достигла значительных успехов: всё больше детей выживают после лечения. Это приводит к росту числа пациентов с **отдалёнными эмоционально-личностными нарушениями**, требующими психологической помощи.

Возраст как фактор риска

Возраст ребёнка на момент постановки диагноза является одним из ключевых факторов травматизации. Чем младше ребёнок, тем уязвимее его формирующаяся личность.

Системный характер последствий

Нарушения затрагивают не только самого пациента, но и всю семью: родителей, братьев и сестёр, межличностные отношения внутри системы.

«Возраст на момент заболевания является важным фактором травматизации»



Возрастная специфика травматизации

Реакция ребёнка на онкологическое заболевание принципиально различается в зависимости от возраста. Это определяет как характер нарушений, так и выбор стратегии психологической помощи.

Ранний возраст


Ребёнок **не способен осознать** опасность диагноза и смысл происходящего. Формирование личности, эмоциональных связей и базового доверия к миру происходит в **искажённых условиях** стационара, боли и тревоги близких.

Ранний возраст — фактор особой уязвимости: психотравма воздействует на самые базовые структуры личности.

Старший возраст

Ребёнок **понимает угрозу** для жизни, осознаёт потерю привычного мира, школы, друзей, физических возможностей. Реакции более осознанные и вербализованные.

Выше риск развития **ПТСР**, депрессии, тревожных расстройств. Подростки особенно уязвимы в контексте нарушений идентичности.

 Ключевой вывод: ранний возраст — фактор уязвимости, так как формирование личности происходит под непосредственным влиянием психотравмы.

Структура факторов, влияющих на эмоционально-личностное развитие

Эмоционально-личностные нарушения у детей-выживших формируются под воздействием трёх взаимосвязанных групп факторов. Понимание их структуры необходимо для точной диагностики и выбора точек приложения коррекционных усилий.

1. Факторы прямого влияния

Опухоли, непосредственно повреждающие структуры мозга — прежде всего лимбическую систему, лобные доли, мозжечок. Вызывают органически обусловленные нарушения аффекта и поведения.

2. Факторы косвенного влияния

Последствия лечения: хроническая усталость, болевой синдром, физическая слабость, длительная иммобилизация. Истощают адаптационные ресурсы нервной системы.

3. Вторичные факторы

Госпитализм, нарушение семейной динамики, гиперопека, социальная изоляция. Действуют опосредованно, но могут иметь наиболее длительные последствия.

Факторы прямого влияния: опухоли головного мозга

Локализация опухоли определяет характер эмоционально-личностных нарушений. Ряд структур мозга напрямую регулирует аффективную сферу и поведение.

Локализация	Эмоционально-личностные проявления
Задняя черепная ямка, мозжечок	Когнитивно-аффективный синдром, уплощение или притупление аффекта
Черви мозжечка	Выраженная аффективная дисрегуляция, частая плаксивость без причины, несдержанность, агрессия
Лимбические структуры	Нарушение эмоционального контроля, тревога, дисфория
Лобные доли	Расторможенность, неадекватное поведение, снижение критики

«При повреждениях червя у пациентов проявляется ярко выраженная аффективная дисрегуляция» [1]

Когнитивно-аффективный синдром при поражении мозжечка

Синдром поражения мозжечка выходит далеко за рамки двигательных нарушений и включает комплекс устойчивых эмоциональных и поведенческих расстройств, которые нередко ошибочно интерпретируются как психологические реакции на болезнь.

Характерные признаки

- **Уплотнение или притупление аффекта** — ребёнок не проявляет ярких эмоций, реакции становятся монотонными и сниженными
- **Расторможенное или неадекватное поведение** — импульсивные поступки, нарушение социальных норм
- **Аффективная дисрегуляция** — чрезмерная реакция на незначительные стимулы, трудности успокоения

Поведенческие проявления

- Частый плач без видимой причины
- Беспричинные вспышки гнева
- Агрессия по отношению к окружающим
- Неспособность успокоиться после эмоционального возбуждения

❗ Важно дифференцировать органически обусловленную дисрегуляцию от реактивных нарушений при выборе тактики коррекции.

Факторы косвенного влияния

Последствия лечения воздействуют на эмоциональную сферу независимо от типа онкологии. Хроническое соматическое неблагополучие истощает нервную систему и резко снижает адаптационные ресурсы ребёнка.

Последствие	Влияние на эмоциональную сферу
Хроническая усталость	Истощение нервной системы → повышенная раздражительность, сниженный порог реагирования
Болевой синдром	Фрустрация, агрессия, снижение толерантности к стрессу
Физическая слабость	Отказ от контактов, уход в себя, нарастание пассивности
Длительная иммобилизация	Чувство беспомощности, депрессивные реакции

- ❏ Механизм: постоянный соматический дискомфорт истощает адаптационные ресурсы → эмоциональная лабильность, агрессия, апатия. Коррекция болевого синдрома и усталости является частью психологической реабилитации.

Вторичные факторы: госпитализм

Госпитализм — комплекс нарушений, возникающих вследствие длительного (месяцы и годы) пребывания ребёнка в стационаре в условиях множественных ограничений.

Условия, формирующие госпитализм

- Ограничение физической активности из-за слабости и болей
- Резкое сужение социального круга
- Лишение игровой деятельности, необходимой для развития
- Изоляция от привычной среды, школы, друзей

Последствия для личности

- Эмоциональная депривация
- Регресс ранее приобретённых навыков
- Задержка социального развития
- Формирование устойчивой пассивной позиции

«Дети бывают ограничены не только физически, но и социально» — это двойная депривация, усиливающая риск долгосрочных нарушений.



Вторичные факторы: семейная система

Хронический стресс онкологического заболевания неизбежно трансформирует структуру и функционирование всей семьи. Адаптационные паттерны острого периода нередко становятся дисфункциональными в долгосрочной перспективе.

Изменение	Проявление
Нарушение связей между супругами	Холодность, конфликты, эмоциональное отстранение
Образование коалиций	Мать + больной ребёнок vs. отец + здоровый ребёнок
Разлуки из-за госпитализаций	Нарушение коммуникации, сокращение тем для общения
Социальная изоляция семьи	Отрыв от родственников, друзей, привычного окружения

«Новая семейная структура, будучи успешной в острый период, оказывается малоэффективной в дальнейшем» [3]

Распад семей: статистика

Онкологическое заболевание ребёнка создаёт мощную нагрузку на семейную систему, которая нередко приводит к её распаду. Риск особенно высок в семьях, где ребёнок перенёс опухоль головного мозга.

Данные исследований [4]


2x

Риск распада семьи

при опухолях головного мозга в первый год после диагноза по сравнению с контрольной группой

Причины распада

- Тяжесть заболевания и длительность лечения
- Хронический неразрешённый стресс
- Алкоголизация, измены, злоупотребление психоактивными веществами как патологические формы совладания
- Изменение ролей в семье и утрата общих смыслов

 Риск распада семьи при заболеваниях крови статистически ниже, чем при опухолях ЦНС, — однако он значим для всех нозологических групп.

Изменение отношения к ребёнку: гиперопека

Гиперопека является доминирующим типом родительского отношения в семьях детей с онкологическими заболеваниями. Она возникает как естественная защитная реакция, однако при хроническом течении становится патологической.

Страх потери

Постоянная угроза смерти или рецидива формирует у родителей хроническую тревогу, которая трансформируется в сверхконтроль над ребёнком.

Угроза рецидива

Страх возвращения болезни сохраняется годами после окончания лечения, поддерживая избыточную защитную позицию родителей.

Чувство вины

Вина перед ребёнком за пережитые им страдания компенсируется сверхзаботой и стремлением «дать всё», что формирует симбиотические отношения.

❏ Физическая зависимость ребёнка в период лечения постепенно переходит в эмоциональную зависимость — нарушается процесс сепарации-индивидуации.



Проявления гиперопеки и симбиоза

Действия родителей, продиктованные тревогой и страхом, оказывают прямое негативное воздействие на развитие ребёнка, формируя устойчивые паттерны зависимости и инфантилизации.

Действия родителей	Влияние на ребёнка
Принятие решений за ребёнка	Инфантилизация, отсутствие самостоятельности
Запрет на риски и трудности	Страх перед новым, нарастающая тревожность
Постоянный контроль	Утрата инициативы, пассивность
Уход там, где ребёнок уже способен сам	Закрепление беспомощности
Эмоциональное слияние	Трудности с идентичностью, зависимое поведение

«Родители продолжают опекать ребёнка, инвалидизируя его, даже если он уже готов сделать что-то сам»

Психологические последствия гиперопеки для ребёнка

Длительная гиперопека затрагивает все сферы психического развития ребёнка, формируя устойчивые дисфункциональные паттерны, которые без коррекции сохраняются в подростковом и взрослом возрасте.



Эмоциональная сфера

Тревога, многочисленные страхи, эмоциональная нестабильность, снижение фрустрационной толерантности



Поведенческая сфера

Непослушание, агрессия, негативизм, импульсивность, протестные реакции



Мотивационная сфера

Низкая мотивация к учёбе и занятиям, пассивность, избегание трудностей



Социальная сфера

Несоблюдение границ, трудности в общении со сверстниками, зависимость от взрослых

⊗ Риски при отсутствии коррекции: депрессия, тревожные расстройства, в тяжёлых случаях — психозы и выраженные расстройства личности.

Симптомы симбиотических отношений у ребёнка

Симбиотические отношения с родителем проявляются характерным клиническим симптомокомплексом, который важно распознавать в рамках психологической диагностики.

Непереносимость изменений

Выраженный страх любых перемен: нового места, новой еды, новых людей. Избирательность в еде, переходящая в жёсткую ригидность пищевого поведения.

Тревога разлучения

Излишняя нервозность и дезорганизация при отсутствии родителя. Невозможность переносить даже кратковременное расставание.

Протестное поведение

Непослушание и выраженные протестные реакции при любых попытках дать ребёнку самостоятельность. Парадоксально: ребёнок одновременно зависим и неуправляем.

Нарушения саморегуляции

Неспособность справляться с импульсивными реакциями. Затруднённое понимание собственных и чужих чувств, слабое ощущение границ.

Эмоциональное отвержение: другая крайность

Наряду с гиперопекой существует противоположная реакция: эмоциональное отвержение ребёнка, особенно характерное для случаев тяжёлой инвалидизации. Оно, как правило, неосознаваемо и не является отсутствием любви.

Причины эмоционального отвержения

- Уход за тяжёлым ребёнком требует полного присутствия, мать вынуждена оставить работу и социальную жизнь
- Изменения внешности ребёнка (косметические дефекты, стомы, ампутации) вызывают у родителя неосознаваемое чувство стыда
- Беспомощность ребёнка хронически фрустрирует родителя и опустошает его эмоционально

Важно понимать

Эмоциональное отвержение возникает не от равнодушия, а как защитная реакция психики на невыносимую боль и стыд. Это требует эмпатической, безоценочной работы с родителем.

«Изменения, произошедшие с ребёнком, могут вызывать даже у самых любящих родителей чувство стыда и приводить к неосознанному эмоциональному отвержению и самоизоляции»

Самоизоляция семьи

Самоизоляция семьи — закономерное следствие как гиперопеки, так и стыда, связанного с изменениями ребёнка. Постепенное сужение социального мира семьи имеет тяжёлые последствия для ребёнка.

Механизм самоизоляции

- Постепенное сокращение контактов с внешним миром
- Избегание выхода в общественные места
- Отказ от визитов родственников и друзей
- Концентрация исключительно на ребёнке и его болезни

Последствия для ребёнка

Социальная депривация — ребёнок лишается необходимого опыта взаимодействия

Нарушение коммуникативных навыков — нет возможности практиковать общение

Трудности социализации в будущем — при возвращении в школу и общество

i Самоизоляция семьи должна быть мишенью работы реабилитолога наравне с гиперопекой.

ПТСР у детей после лечения онкологических заболеваний

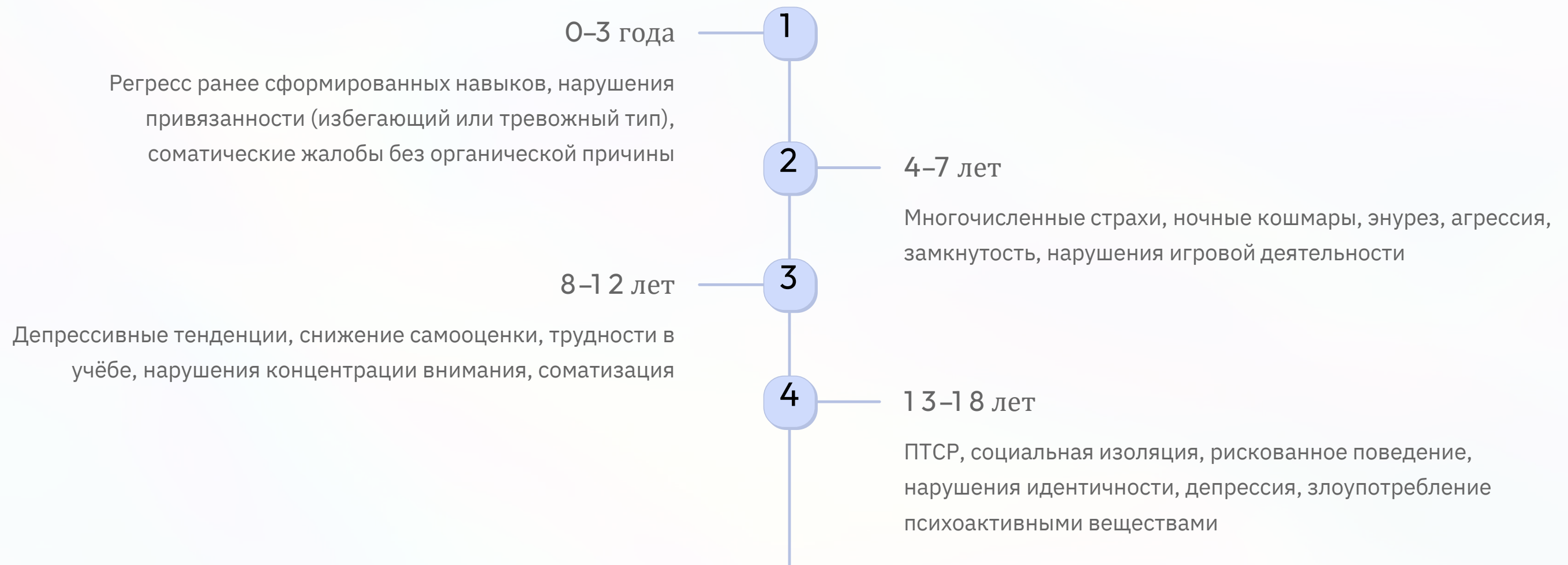
Посттравматическое стрессовое расстройство — одно из наиболее серьёзных психических последствий онкологического лечения у детей. Его симптоматика нередко игнорируется или маскируется под «поведенческие трудности».

Фактор риска	Характер влияния
Тяжесть лечения	Инвазивные болезненные процедуры создают повторяющийся травматический опыт
Возраст	Старшие дети более осознанно переживают угрозу жизни
Семейная поддержка	Недостаток защиты и безопасности усиливает травматизацию
Предшествующие травмы	Сенсибилизация к стрессу, снижение резилентности

⊗ Симптомы ПТСР: ночные кошмары, навязчивые воспоминания о процедурах, избегание всего, что напоминает о лечении, гипервозбуждение, нарушения сна и концентрации.

Психоэмоциональные нарушения в разных возрастных группах

Клиническая картина эмоционально-личностных нарушений существенно меняется в зависимости от возрастного периода ребёнка. Знание возрастной специфики позволяет точнее выстраивать диагностику и план коррекции.



Диагностика эмоционально-личностных нарушений

Своевременная и точная диагностика является условием эффективной коррекции. Для скрининга и углублённой оценки рекомендуется использовать валидизированные стандартизированные инструменты.

Область	Рекомендуемые методики
Депрессия	CDI (Children's Depression Inventory), HADS
Тревога	SCARED, STAIC (State-Trait Anxiety Inventory for Children)
ПТСР	CRIES-8, CPSS (Child PTSD Symptom Scale)
Эмоциональная регуляция	DERS (Difficulties in Emotion Regulation Scale) — для подростков
Родительское отношение	PAT (Parental Attitude Test) — для оценки типа воспитания

 Диагностику рекомендуется проводить в начале реабилитации, а также повторно через 3–6 месяцев для оценки динамики.

Оценка семейной ситуации

Понимание семейного контекста — обязательный компонент психологической оценки ребёнка. Дисфункциональные паттерны в семье нередко являются главным поддерживающим фактором нарушений.

Тип родительского отношения

Оценка наличия гиперопеки, гипопеки, симбиотических отношений или эмоционального отвержения. Какой стиль доминирует?

Супружеские отношения

Наличие конфликтов, коалиций, эмоционального отчуждения. Есть ли разрыв в паре? Как распределены роли?

Социальная изоляция

Сохранена ли поддержка извне? Есть ли контакты с родственниками, друзьями? Посещает ли ребёнок какие-либо группы?

Состояние родителей

Признаки депрессии, тревоги, выгорания у матери и отца. Неразрешённый ПТСР у родителей значительно ухудшает прогноз ребёнка.

Пути коррекции: психотерапия ребёнка

Выбор метода психотерапевтической работы с ребёнком определяется его возрастом, ведущими нарушениями и имеющимися ресурсами. Методы могут сочетаться и сменять друг друга по мере динамики.

Метод	Показания
Игровая терапия	Младший возраст, регресс навыков, страхи, нарушения привязанности
Арт-терапия	Эмоциональные блоки, трудности вербализации переживаний
Когнитивно-поведенческая терапия	Тревожные расстройства, ПТСР, депрессия (старший возраст и подростки)
Сказкотерапия	Работа со страхами, поиск внутренних ресурсов, метафорическая проработка опыта
Групповая терапия	Социальная изоляция, нарушения коммуникации, потребность в идентификации со сверстниками

Пути коррекции: работа с семьёй

Работа с семьёй — не вспомогательный, а центральный компонент реабилитации. Без изменения семейных паттернов эффект индивидуальной психотерапии ребёнка будет ограничен.

01

Психообразование

Доступное объяснение родителям механизмов влияния гиперопеки и симбиотических отношений на психическое развитие ребёнка

02

Обучение навыкам поддержки

Формирование поддерживающего, но не контролирующего стиля поведения.
Практические навыки предоставления автономии

03

Коррекция симбиоза

Постепенное расширение самостоятельности ребёнка в безопасных условиях. Работа с тревогой родителя

04

Семейная терапия

Восстановление супружеских и детско-родительских связей, нарушенных в период болезни. Разрешение коалиций

05

Преодоление изоляции

Помощь семье в восстановлении социальных связей, включении в группы поддержки, возвращении в общество

Пути коррекции: работа с сиблингами


Здоровые братья и сёстры онкологических пациентов — «невидимые жертвы» болезни. Они нуждаются в не меньшей психологической помощи, чем сам пациент, однако нередко остаются вне поля внимания специалистов.

Проблемы сиблингов

- Хронический дефицит родительского внимания
- Эмоциональная депривация
- Чувство вины и ревность к больному ребёнку
- Высокий риск поведенческих и эмоциональных нарушений

Меры поддержки

- Индивидуальные беседы с психологом
- Группы поддержки для сиблингов
- Информирование о болезни на доступном возрасту уровне
- Вовлечение в реабилитационные мероприятия: совместные игры, занятия с больным братом/сестрой

 Исследования [7] подтверждают, что своевременная поддержка сиблингов снижает риск долгосрочных психических нарушений в этой группе.

Профилактика эмоционально-личностных нарушений

Профилактика должна начинаться не после окончания лечения, а с момента постановки диагноза. Раннее психологическое сопровождение принципиально снижает риск отдалённых нарушений.



Сопровождение с диагноза

Психологическое сопровождение семьи начиная с первых дней после постановки диагноза



Стратегии совладания

Обучение родителей здоровым, адаптивным стратегиям совладания со стрессом



Ценность автономии

Формирование у родителей понимания важности самостоятельности ребёнка с самого начала



Работа с острым стрессом

Своевременное купирование острых стрессовых реакций как профилактика ПТСР



Поддержка сиблингов

Вовлечение братьев и сестёр в систему психологической поддержки с самого начала

Реабилитационный потенциал

Оценка реабилитационного потенциала позволяет прогнозировать эффективность психологической помощи и расставлять приоритеты в работе с конкретной семьёй.

✓ Благоприятные факторы

- Высокая мотивация родителей на изменение
- Отсутствие грубых симбиотических отношений
- Своевременное начало психологической помощи
- Наличие социальной поддержки (семья, друзья, сообщество)

⚠ Неблагоприятные факторы

- Глубокий регресс личности ребёнка
- Многолетняя гиперопека, закреплённые паттерны
- Семейная дисфункция и отказ родителей от помощи
- Неразрешённый ПТСР у самих родителей

📄 Даже при неблагоприятных факторах частичная коррекция отдельных сфер возможна и значима для качества жизни ребёнка.

Прогноз и динамика

Траектория развития ребёнка после онкологического лечения во многом определяется не столько тяжестью самого заболевания, сколько качеством и своевременностью оказанной психологической помощи.

Своевременная психокоррекция

Снижение уровня тревоги, повышение самостоятельности, улучшение социальной адаптации, восстановление учебной мотивации. Ребёнок успешно интегрируется в среду сверстников.

Частичная коррекция

Улучшение отдельных сфер (например, снижение тревоги), но сохранение ключевых проблем — гиперопеки, зависимости. Возможен рецидив при стрессе.

Отсутствие помощи

Закрепление зависимого поведения, прогрессирование депрессии, психосоматические расстройства, нарастающая социальная изоляция во взрослом возрасте.

Рекомендации для реабилитационной команды

Ключевые принципы работы специалистов мультидисциплинарной команды с детьми после онкологического лечения.

Учитывайте органическую природу нарушений

Эмоционально-личностные расстройства могут быть прямым следствием повреждения мозга при опухолях ЦНС — это не «каприз» и не «плохое воспитание».

Гиперопека — главная мишень

Работа с родительскими паттернами гиперопеки и симбиоза должна быть систематической и последовательной частью реабилитации.

Работайте с болью и усталостью

Хроническая усталость и болевой синдром значительно усиливают поведенческие проблемы. Их коррекция — часть психологической реабилитации.

Сиблинги — тоже пациенты

Здоровые братья и сёстры нуждаются в психологическом внимании в равной мере с самим больным ребёнком.

Алгоритм психолого-педагогического сопровождения

Последовательный алгоритм позволяет выстроить системную и преемственную работу с ребёнком и семьёй — от первичной оценки до долгосрочного мониторинга.



Каждый этап алгоритма предполагает обратную связь: результаты мониторинга на шестом шаге могут возвращать команду к любому предыдущему этапу при необходимости.

Заключение: ключевые выводы

01

Многофакторная природа нарушений

Эмоционально-личностные нарушения формируются под влиянием прямых (опухоли ЦНС), косвенных (усталость, боль) и вторичных (госпитализм, семья) факторов.

сщ

Гиперопека — центральная проблема

Симбиотические отношения и гиперопека — наиболее частая семейная патология, формирующая зависимость, тревогу и поведенческие расстройства у ребёнка.

03

Ранняя диагностика критична

Психоэмоциональные нарушения требуют своевременной диагностики и коррекции наравне с физической реабилитацией.

04

Семья — обязательная мишень

Работа с гиперопекой, супружескими отношениями и поддержка сиблингов — обязательные условия успешной реабилитации ребёнка.

05

Психолог — равноправный член команды

Психолог должен быть полноправным членом мультидисциплинарной реабилитационной команды с самого начала лечения, а не приглашаться лишь при явных кризисах.

Литература

Основные источники, использованные в презентации:

Глебова Е.В., Гусева М.А. Особенности эмоционально-личностных нарушений у детей после лечения онкологических заболеваний. В печати.

Klein M., et al. Neurocognitive functioning in children treated for brain tumors. *J Clin Oncol.* 2018;36(21):2194–2204.

Кюблер-Росс Э. О смерти и умирании. — М.: АСТ, 2023.

Гусева М.А., Антонов А.И., Лебедь О.Л. и др. Социальные проблемы семей, имеющих детей-инвалидов с онкологическими заболеваниями. *Высшее образование для 21 века.* 2009.

Гусева М.А., Богданова Н.В., Цейтлин Г.Я. Реабилитационная лагерная программа в детской онкологии. *Вопросы гематологии/онкологии и иммунопатологии в педиатрии.* 2011;10(4):39–43.

Stavinoha P.L., et al. Neurocognitive and Psychosocial Outcomes in Pediatric Brain Tumor Survivors. *Bioengineering.* 2018;5(3):73.

Гусева М.А., Барчина Е.Т., Цейтлин Г.Я. Проблема сиблингов в детской онкологии. *Вопросы гематологии/онкологии и иммунопатологии в педиатрии.* 2013;12(2):38–47.

📄 Презентация подготовлена для специалистов, работающих с детьми-выжившими после онкологических заболеваний: психологов, психотерапевтов и клиницистов.