

О. В. Піонтковська, канд. мед. наук, доцент
 КЗОЗ «Обласна дитяча клінічна лікарня № 1» (м. Харків)

СТАН ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я БАТЬКІВ ДІТЕЙ З ОНКОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

У подружжів з онкохворою дитиною, відносини яких характеризувалися порушенням подружньої взаємодії, психічний дистрес мав тенденцію до трансформації у клінічно окреслені психічні розлади афективного та невротичного регістру. Вищевказане обумовлює організацію та надання медико-психологічної допомоги для родини з онкохворою дитиною на етапах лікувального процесу.

Ключові слова: психічні розлади, онкохворі діти, родина, медико-психологічна допомога

Онкологічне захворювання дитини має психотравматичний вплив на батьків [1—6], що проявляється різноманітною психопатологічною симптоматикою (зниження настрою, тривога, порушення сну, дратівливість) під час лікування. Дані прояви повністю не зникають у періоді ремісії, а у разі рецидиву чи продовження хвороби у дитини гостро маніфестують. Психоемоційний стан батьків тісно пов'язаний зі змінами у фізичному та психічному стані хворої дитини. Одночасно психологічне самопочуття дитини залежить від емоційного стану її батьків, в особливості того з них, хто є емоційного ближчим. Основні проблеми родин, що зіткнулися з онкологічним захворюванням дитини, торкаються таких сфер життєдіяльності [7]:

- 1) емоційні труднощі в дитячо-батьківських відносинах, подружніх відносинах, стосунках у розширеній родині;
- 2) функціональні проблеми: дезактуалізація / неможливість розвитку професійних досягнень, кар'єрного росту, самореалізації членів родини; обмеження можливостей сімейного відпочинку; перерозподіл функціональних ролей та обов'язків;
- 3) проблеми, пов'язані зі взаємодією з соціумом (стигматизація, соціальна самоізоляція);
- 4) фінансові труднощі (високі ціни на лікарські засоби, перебування у стаціонарі, транспортні витрати та ін.).

Високий рівень стресу виявляють у братів та сестер хворої дитини, що пов'язано як з безпосередньо реагуванням на хворобу близької людини, так і зміною звичного укладу та ритму життя, зменшенням турботи та уваги батьків, зростанням сімейного напруження, матеріальними обмеженнями [8, 9].

У низці робіт наведено дані, що у сім'ях дітей, які страждають на гострий лейкоз, формуються негармонійні стилі батьківського виховання з переважанням гіперпротекції, тоді як цей батьківський стиль перешкоджає успішній соціальній адаптації таких дітей [10, 11]. Батьківське ставлення характеризується страхом втрати дитини, невпевненістю у правильності обраної виховної стратегії, нерозвиненістю і розширенням сфери батьківських почуттів.

Якість адаптації батьків до ситуації хвороби пов'язана з якістю життя хворої дитини. Рівень дистресу матері при постановці діагнозу впливає на подальшу материнську поведінку під час хвороби дитини і на її подальшу психологічну адаптацію [12—14]. Більшість дослідників повідомляють про високий рівень психосоціального дистресу у батьків і матерів хворих дітей [15]. Основні порушення — це нав'язливі стани або думки, симптоми посттравматичного стресу, депресивні стани і порушення сну.

Після закінчення лікування ступінь соціальної адаптації дітей з онкологічними захворюваннями залежить від рівня тривожності матері і ступеня її адаптації до змінених умов; рівня соціальної підтримки, в особливості однопітквів; кількості ускладнень після лікування; рівня дистресу, пережитого дитиною під час лікування.

Таким чином, психічне здоров'я батьків хворої дитини є значимою складовою психологічної та психосоціальної адаптації дитини до захворювання та лікування, що обумовлює актуальність та важливість вивчення станів і чинників дезадаптації членів сім'ї до онкологічної хвороби дитини.

З метою вивчення стану психічного здоров'я батьків онкохворих дітей на базі дитячого онкологічного відділення КЗОЗ «Обласна дитяча клінічна лікарня № 1» м. Харкова на підставі інформованої згоди було проведено оцінку психічного стану 428 опитуваних (214 родин). Обстеження проводилось на момент повторної госпіталізації онкохворої дитини до стаціонару задля протипухлинного лікування. Виявлення психопатологічної симптоматики, визначення синдромальних та нозологічних характеристик проводили у вигляді структурованого інтерв'ю з використанням діагностичних критеріїв МКХ-10 [16]. Власне процедура обстеження включала розгорнуте клінічне інтерв'ю з аналізом психічного стану та анамнестичних даних, оцінки умов та проявів маніфестації психопатологічної симптоматики, її тривалості, особливостей перебігу. Проводили градування інтенсивності (1 — дуже слабо, 2 — слабо, 3 — середньо, 4 — сильно, 5 — дуже сильно) та частоти (1 — дуже рідко, 2 — рідко, 3 — середньо, 4 — часто, 5 — дуже часто) симптомів. Для комплексної оцінки за кожним з пунктів використовували інтегральний показник (ІП), який служив характеристикою вираженості і частоти психічного розладу.

Опитувані подружжя було поділено на групи в залежності від стану подружніх взаємин та функціональності сімейної системи у ситуації наявності онкологічного захворювання у дитини (діагностику подружньої конфліктності та взаємодії здійснювали з використанням методики вивчення батьківських настанов PARI (parental attitude research instrument)

Е. Шефера и Р. Белла в адаптації Т. В. Нещерет [17]. Група 1 — 173 родини (80,8 %) відзначали наявність напруженості в сімейних відносинах, сімейних конфліктів, як пов'язаних з лікуванням дитини, так і ескалації існуючих раніше міжособистісних та подружніх проблем, що призводило до дистанціювання та зниження внутрішньосімейного ресурсу. У групі 2 — (41 родина (19,2 %) — сімейна система характеризувалася згуртованістю, здатністю до гнучкої адаптації до стресової ситуації та ресурсом вирішувати актуальні проблеми, які виникали під час лікування дитини.

За результатами дослідження у 100 % жінок та 42,2 % чоловіків групи 1 та у 17,1 % жінок і 9,8 % чоловіків у групі 2 виявлено психічні розлади афективного чи невротичного характеру (табл. 1). У 37,6 ± 4,8 % матерів та 16,8 ± 3,7 % батьків з групи 1 діагностовано розлади афективного регістру, а у 57,2 ± 4,9 % та 23,7 ± 4,3 % — невротичного. Розлади особистості і поведінки у зрілому віці в групі 1 виявлено у 5,2 ± 2,2 % жінок та 1,7 ± 1,3 — чоловіків. У групі 2 невротичні, пов'язані зі стресом розлади виявлено у 17,1 ± 3,8 % жінок та 9,8 ± 3,0 % чоловіків.

Таблиця 1

Порушення психічної сфери у батьків дітей з онкологічною хворобою, % ± m

Кластер	Група 1 (n = 173)		Група 2 (n = 41)	
	Жінки, n = 173	Чоловіки, n = 173	Жінки, n = 41	Чоловіки, n = 41
Афективні розлади F 30—39	37,6 ± 4,8	16,8 ± 3,7	—	—
Невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади F 40—48	57,2 ± 4,9	23,7 ± 4,3	17,1 ± 3,8	9,8 ± 3,0
Розлади особистості і поведінки у зрілому віці F 60—69	5,2 ± 2,2	1,7 ± 1,3	—	—
Психічні та поведінкові розлади відсутні	—	57,8 ± 4,9	82,9 ± 3,8	90,2 ± 3,0

За нозологічною структурою порушень психічної сфери у опитуваних подружжів (табл. 2) серед жінок групи 1 у 23,1 ± 4,2 % осіб виявлено депресивний епізод легкого ступеня та 14,5 ± 5,5 % — середнього; у чоловіків з групи 1 було діагностовано депресивний епізод легкого ступеня у 12,1 ± 3,3 % та середнього — у 4,6 ± 2,1 % обстежених батьків.

У жінок групи 1 серед розладів невротичного регістру домінували змішаний тривожний та депресивний розлад — 17,9 ± 3,8 %, специфічні фобії — 13,3 ± 3,4 % матерів, розлад адаптації у вигляді пролонгованої депресивної реакції — 6,4 ± 2,4 % та змішаної тривожної та депресивної реакції — 6,9 ± 2,5 %.

Таблиця 2

Нозологічна структура психічних порушень у батьків дітей з онкологічним захворюванням, % ± m

Кластер	Група 1 (n = 173)		Група 2 (n = 41)	
	Жінки, n = 173	Чоловіки, n = 173	Жінки, n = 41	Чоловіки, n = 41
Афективні розлади F 30—39				
Депресивний епізод легкого ступеня F 32.0	23,1 ± 4,2	12,1 ± 3,3	—	—
Депресивний епізод середнього ступеня F 32.1	14,5 ± 5,5	4,6 ± 2,1	—	—
Невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади F 40—48				
Специфічні (ізолювані) фобії F 40.2	13,3 ± 3,4	—	—	—
Змішаний тривожний та депресивний розлад F 41.2	17,9 ± 3,8	11,6 ± 3,2	—	—
Короткочасна депресивна реакція F 43.20	—	2,9 ± 1,7	17,1 ± 3,8	9,8 ± 3,0
Пролонгована депресивна реакція F 43.21	6,4 ± 2,4	4,0 ± 2,0	—	—
Змішана тривожна та депресивна реакція F 43.22	6,9 ± 2,5	2,3 ± 1,5	—	—
Іпохондричний розлад F 45.2	1,2 ± 1,1	3,5 ± 1,8	—	—
Соматоформна дисфункція вегетативної нервової системи F 45.3	3,5 ± 1,8	—	—	—
Неврастенія F 48.0	8,1 ± 2,7	—	—	—
Розлади особистості і поведінки у зрілому віці F 60—69				
Розлади особистості і поведінки у зрілому віці F 60—69	5,2 ± 2,2	1,7 ± 1,3	—	—
Психічні та поведінкові розлади відсутні	—	57,8 ± 4,9	82,9 ± 3,8	90,2 ± 3,0

Також у $3,5 \pm 1,8$ % жінок з групи 1 виявлено соматоформну дисфункцію вегетативної нервової системи, у $1,2 \pm 1,1$ % — іпохондричний розлад та у $8,1 \pm 2,7$ % — неврастенію. У $11,6 \pm 3,2$ % чоловіків з групи 1 визначено змішаний тривожний та депресивний розлад, у $9,1 \pm 2,9$ % — розлад адаптації (F 43.20—22) та у $3,5 \pm 1,8$ % — іпохондричний розлад. У групі 2, як у жінок, так і чоловіків, було діагностовано розлад адаптації у вигляді короточасної депресивної реакції у $17,1 \pm 3,8$ % матерів та $9,8 \pm 3,0$ % батьків.

Порушення афективного реєстру у вигляді депресивного розладу легкого та середнього ступеня вираженості характеризувалися тривалим зниженням настрою, втратою звичних інтересів та відсутністю задоволення від діяльності, що раніше приносила задоволення. Наслідком зниження енергійності були підвищена фізична та психічна стомлюваність і відповідно зменшена активності. Батьки скаржилися на швидке наростання втоми навіть при найменшому зусиллі. Відмічалися знижена здатність до концентрації уваги та функціональні порушення пам'яті, що були ознаками когнітивного дефіциту. У батьків з афективними розладами психічний стан також характеризувався невинувато песимістичним баченням майбутнього, невпевненістю у собі та зниженням самооцінки, зниженням сексуального потягу, думками про власну винність за хворобу дитини. Порушувалися сон та апетит.

Специфічні фобії, як нозологічна категорія, приналежні до розладів невротичного реєстру, у батьків проявлялися широким спектром чітко окреслених страхів, прямо або опосередковано пов'язаних з наявністю онкологічного захворювання у дитини. Опитувані описували такі страхи: відсутності ефекту від призначеного лікування; зараження дитини інфекціями, які передаються трансфузійним шляхом (під час переливання препаратів крові); розвитку онкопатології в інших дітей у родині; страх розлучення з чоловіком; страх смертельної хвороби у себе чи родині; страх не справитися з ситуацією. Травматичне переживання хвороби дитини та наявність ірраціональних (невідповідних за силою та ймовірністю реалізації) страхів приводили до формування унікальної поведінки, зростання тривоги та вторинно — депресивних переживань, що відбивалося на виконанні сімейних, соціальних, професійних та інших функцій. Окрім психічного рівня відображення фобій, був присутнім і соматичний у вигляді соматовегетативних проявів тривоги (тахікардії, нудоти, утруднення дихання, прискореного сечовипускання та ін.). Унікаюча поведінка та соматичні прояви психічного дистресу ще більше ускладнювали міжособистісні відносини.

При змішаному тривожному і депресивному розладі в клінічній картині були еквівалентно виражені як прояви тривоги, так і депресії.

Розлади адаптації у вигляді короточасної та пролонгованої депресивної реакції, а також змішаної тривожної і депресивної реакції проявлялися у вигляді психічного дистресу, спричиненого стресовою подією, якою було онкологічне захворювання дитини,

що перешкодив соціальному функціонуванню та продуктивності обстежених. Обстежені скаржилися на знижений настрій, занепокоєння, почуття неможливості справлятися, планувати — чи продовжувати залишатися в психотравматичній ситуації; зниження продуктивності в щоденних справах. Однак, вищеописані ознаки не досягали глибини та напруженості інших розладів афективного чи невротичного реєстру. Отже, описана симптоматика була чітко пов'язана зі стресовою подією і спостерігалася від одного місяця до шести, а у опитуваних з пролонгованою депресивною реакцією не перевищувала двох років.

Іпохондричний розлад виявлявся постійною стурбованістю своїм здоров'ям, переконаністю в наявності у себе важкого соматичного захворювання з несприятливим прогнозом. Для осіб з іпохондричним розладом була притаманною надмірна концентрація на тілесних відчуттях з подальшою їх інтерпретацією як потенційно хворобливих і загрозливих. Переконаність у своїй хворобі спричинювала гострий дискомфорт, посилювала психологічну та психосоціальну дезадаптацію, змушувала постійно звертатися за медичною допомогою і домагатися обстежень. Консультації лікарів, що розвіювали підозри щодо наявності соматичної хвороби, сприймалися недовіркою.

Неврастенія виявлялася у двох варіантах: у першому основним симптомом були скарги на підвищену стомлюваність після розумової роботи, часті прояви зниження професійної продуктивності чи ефективності у повсякденних справах, тоді як у другому — основним були фізична слабкість і виснаженість після мінімальних зусиль, що супроводжуються почуттям болю в м'язах і неможливістю розслабитися. Звичайними для неврастенії проявами були занепокоєння з приводу розумового і фізичного неблагополуччя, дратівливість, ангедонія і почуття пригніченості та тривожності. Часто виникало порушення сну.

При соматоформній вегетативній дисфункції обстежувані пред'являли скарги, що були зовні подібні, ніби вони обумовлювалися фізичним розладом певної системи організму, які в основному знаходилися під впливом вегетативної нервової системи (серцево-судинної, шлунково-кишкової, дихальної чи сечовидільної системи).

Детальний аналіз психопатологічної симптоматики у батьків онкохворих дітей виявив таке (табл. 3).

Серед опитуваних жінок було виявлено більшу середню кількість симптомів у однієї особи (19,0), ніж у чоловіків (12,4). У клінічній картині психопатологічної симптоматики у жінок домінували такі симптоми: підвищена психічна втомлюваність — (ІП = 5,00); тривога (ІП = 5,0); емоційна лабільність (ІП = 5,0); порушення засинання (ІП = 4,87); дратівлива слабкість (ІП = 4,84); неадекватно знижений настрій (ІП = 4,76); підвищена фізична втомлюваність (ІП = 4,48). Таким чином, у матерів домінували афективний, астеничний та вегетативний синдроми. У чоловіків превалювали підвищений артеріальний тиск (ІП = 3,75); тривога та головний біль (ІП = 3,47); неадекватно знижений настрій (ІП = 3,10).

Таблиця 3

Порівняльний аналіз клінічного змісту психопатологічних порушень у батьків дітей з онкологічною патологією

Синдром	Симптом	Група 1 (n = 173)	
		Жінки, n = 173	Чоловіки, n = 173
Астенічний	Підвищена фізична втомлюваність	4,48 ± 1,00	1,33 ± 0,84
	Підвищена психічна втомлюваність	5,00 ± 1,42	2,32 ± 1,60
	Дратівлива слабкість	4,84 ± 2,23	2,55 ± 2,20
	Психічна гіперестезія	2,84 ± 2,01	2,15 ± 2,56
	Соматична гіперестезія	2,43 ± 1,82	1,68 ± 2,75
Афективний	Неадекватно знижений настрій	4,76 ± 1,92	3,10 ± 1,98
	Неадекватно підвищений настрій	0,36 ± 0,12	0,64 ± 0,21
	Ідеаторна та моторна загальмованість	2,34 ± 1,94	2,40 ± 1,40
	Ідеаторна та моторна прискореність	1,30 ± 1,58	1,34 ± 0,64
	Апатія	2,10 ± 1,74	1,55 ± 1,78
	Туга, печаль	3,25 ± 1,10	2,47 ± 2,04
	Тривога	5,00 ± 2,23	3,47 ± 1,24
	Добові коливання настрою	2,01 ± 1,94	1,14 ± 1,90
	Емоційна лабільність	5,00 ± 2,10	2,64 ± 2,31
	Суїцидальні думки та тенденції	1,14 ± 0,32	0,35 ± 0,20
Обсесивний	Нав'язливі думки	2,64 ± 2,10	1,69 ± 2,48
	Нав'язливий рахунок	0,74 ± 1,65	0,63 ± 0,72
	Нав'язливі дії	0,44 ± 0,82	0,41 ± 0,26
	Ритуали	0,88 ± 0,77	0,75 ± 1,62
	Дисморфофобії	0,05 ± 0,20	0,06 ± 0,27
	Нав'язливі спогади	2,15 ± 2,80	2,20 ± 2,76
	Фобії	3,65 ± 1,72	1,79 ± 1,10
Дисоціативний / конверсійний	Істеричні паралічі, парези, контрактури	0	0
	Демонстративність скарг	0,34 ± 0,31	0,14 ± 0,25
	Істеричний «клубок»	1,04 ± 1,66	0,54 ± 1,48
	Істеричний тремор	1,20 ± 1,82	1,22 ± 1,90
	Істеричні порушення чутливості	0,10 ± 0,59	0,23 ± 0,67
Сенесто-іпо-хондричний	Фіксація на власному здоров'ї	1,88 ± 1,52	2,30 ± 0,87
	Сенестопатії	0,24 ± 0,56	0,22 ± 0,70
Вегетативний	Порушення засинання	4,87 ± 1,53	1,97 ± 1,24
	Порушення глибини та тривалості сну	2,92 ± 1,53	1,68 ± 1,51
	Сонливість вдень	1,46 ± 1,34	1,00 ± 1,63
	Знижений артеріальний тиск	0,54 ± 0,64	0,10 ± 0,23
	Підвищений артеріальний тиск	1,88 ± 0,42	3,75 ± 2,20
	Головний біль	3,53 ± 1,12	3,47 ± 1,27
	Запаморочення	1,90 ± 0,42	1,00 ± 0,42
	Кардіалгії, дизритмії	1,76 ± 0,47	1,74 ± 0,48
	Порушення апетиту	2,54 ± 1,12	1,24 ± 1,19
	Диспепсичні розлади	0,75 ± 0,37	1,04 ± 0,36

Отже, вивчивши психічний стан батьків онкохворої дитини на етапах лікувального процесу, можна зробити такі висновки:

- у подружжів з онкохворою дитиною, відносини яких характеризувалися порушенням подружньої взаємодії, психічний дистрес мав тенденцію до трансформації у клінічно окреслені психічні розлади;
- переважали розлади афективного та невротичного регістру;
- жінки мали більший ризик виникнення психічних порушень у порівнянні з чоловіками, що значною мірою обумовлено роллю матері як особи, що доглядає;
- поширеність психічних розладів серед батьків дітей, хворих на онкопатологію, потребує проведення заходів, спрямованих на психопрофілактику та психокорекцію, а за необхідності і психофармакотерапію, що дозволить гармонізувати їхній психічний стан та покращити психологічну адаптацію до хвороби та лікування.

Список літератури

1. Арина Г. А. Часто болеющие дети. Какие они? / Г. А. Арина, Н. А. Коваленко // Школа здоровья. — 2005. — № 3. — 350 с.
2. Николаева, В. В. Личность в условиях хронического соматического заболевания : автореф. дис. на соискание уч. степени канд. психол. наук / В. В. Николаева. — М., 1992. — 44 с.
3. Писаренко Н. А. Психологическая адаптация семьи ребенка с онкологическим заболеванием на этапе ремиссии / Н. А. Писаренко // Российский вестник перинатологии и педиатрии. — 1998. — № 3. — С. 39 — 41.
4. Parental perceptions of health-related quality of life in children with leukemia in the second week after the diagnosis: a quantitative model / [M. Tremolada, S. Bonichini, G. Altoè et al.] // Support Care Cancer. — 2011. — Vol. 19. — Issue 5. — P. 591—598.
5. Emotional functioning of parents of children with cancer: the first five years of continuous remission after the end of treatment / [H. Maurice-Stam, F. J. Oort, B. F. Last et al.] // Psychooncology. — 2008. — Vol. 17. — Issue 5. — P. 448—459.

6. Goldbeck L. The impact of newly diagnosed chronic paediatric conditions on parental quality of life / L. Goldbeck // Qual Life Res. — 2006. — Vol. 15. — Issue 7. — P. 1121—1131.

7. Основные направления психологической помощи семьям с детьми, страдающими онкологическими заболеваниями, в условиях стационара / [С. В. Климова, Л. Л. Микаэлян, Е. Н. Фарих и др.] // Журнал практического психолога. — 2009. — № 2. — С. 87—102.

8. Assessing psychological adjustment in siblings of children with cancer: parents' perspectives / [G. Cordaro, L. Veneroni, M. Massimino et al.] // Cancer Nurs. — 2012. — Vol. 35. — Issue 1. — P. 42—50.

9. Siblings of pediatric cancer patients: the quantitative and qualitative nature of quality of life / [W. Packman, J. Greenhalgh, B. Chesterman et al.] // J. Psychosoc. Oncol. — 2005. — Vol. 23. — Issue 1. — P. 87—108.

10. Досимов А. Ж. Психологический статус детей с острым лимфобластным лейкозом в ремиссии / А. Ж. Досимов, И. Г. Киян // Детская онкология. — 2008. — № 1. — С. 54—58.

11. Ткаченко И. В. Состояние здоровья детей и подростков, излеченных от онкогематологических заболеваний : дис. на соискание уч. степени канд. мед. наук : спец. : 14.00.09 «Педиатрия» / Ирина Владимировна Ткаченко. — М., 2009. — 268 с.

12. Fletcher P. C. My child has cancer: the costs of mothers' experiences of having a child with pediatric cancer / P. C. Fletcher // Issues Compr. Pediatr. Nurs. — 2010. — Vol. 33. — Issue 3. — P. 164—184.

13. Fathers' views and understanding of their roles in families with a child with acute lymphoblastic leukaemia: an interpretative phenomenological analysis / [K. Hill, A. Higgins, M. Dempster et al.] // J. Health Psychol. — 2009. — Vol. 14. — Issue 8. — P. 1268 — 1280.

14. Clarke J. N. Mother's home healthcare: emotion work when a child has cancer / J. N. Clarke // Cancer Nurs. — 2006. — Vol. 29. — Issue 1. — P. 58—65.

15. Psycho-Oncology / [Holland J. C., Breitbart W. S., Jacobson P. B. et al.]. — Oxford University press, 2010. — 745 p.

16. Класифікація психічних і поведінкових розладів: Клінічний опис і вказівки по діагностиці. — К.: Сфера, 2005. — С. 149—151.

17. Практическая психодиагностика. Методики и тесты : учебное пособие / под ред. Д. Я. Райгородского. — Самара: «Бахрах-М», 2001. — 672 с.

Надійшла до редакції 24.12.2012 р.

О. В. Пионтковская

КЗОЗ «Областная детская клиническая больница № 1»
(г. Харьков)

Состояние психического здоровья родителей детей с онкологической патологией

У родителей с онкобольным ребенком, отношения которых характеризовались нарушением супружеского взаимодействия, психический дистресс имел тенденцию к трансформации в клинически очерченные психические расстройства аффективного и невротического регистра. Вышеуказанное обуславливает необходимость организации и оказания медико-психологической помощи для семей с онкобольным ребенком на этапах лечебного процесса.

Ключевые слова: психические расстройства, онкобольные дети, семья, медико-психологическая помощь.

O. Piontkovska

Kharkiv Regional Clinical Hospital № 1
(Kharkiv)

The mental health of parents of children with cancer pathology

In parents of children with cancer with problems in family functioning psychic distress has a tendency to transform in affective and neurotic psychiatric disorders. That is why is necessary organize and provide psychological help for families during treatment.

Key words: mental disorders, children with cancer, family, psychological help.