

# Специфика семейных утрат в детской онкологии и динамика горевания при проведении аналитической психотерапии у пациентов детской онкологической клиники, потерявших одного или обоих родителей

М.А. Гусева<sup>1</sup>, Г.Я. Цейтлин<sup>1</sup>, Е.В. Жуковская<sup>1</sup>, О.Л. Лебедь<sup>2</sup>, А.Г. Румянцев<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Лечебно-реабилитационный научный центр «Русское поле» ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр детской гематологии, онкологии и иммунологии имени Дмитрия Рогачева» Минздрава России; Россия, 142321, Московская область, Чеховский район, СП Стремилоское, д. Гришенки; <sup>2</sup>ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет); Россия, 119991, Москва, ул. Трубецкая, 8, стр. 2; <sup>3</sup>ФГБУ «НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева» Минздрава России; Россия, 117997, Москва, ул. Саморы Машела, 1

Контактные данные: Марина Александровна Гусева [gusmarina@mail.ru](mailto:gusmarina@mail.ru)

**Актуальность.** Переживание утраты ребенком, получающим противоопухолевое лечение, является фактором развития психопатологий.

**Цель исследования** — изучить специфику семейных утрат в детской онкологии; проследить динамику горевания при проведении аналитической психотерапии у детей, потерявших одного или обоих родителей.

**Материалы и методы.** Изучение специфики семейных утрат проводилось методом ретроспективного анализа динамики семейных отношений в 1298 семьях. Для исследования динамики горевания в процессе психотерапии отобраны 13 детей в возрасте от 3 до 13 лет, потерявших одного или обоих родителей.

**Результаты.** Противоопухолевое лечение ребенка сопровождается длительной разлукой с одним или реже обоими родителями, а также в 13,3 % случаев потерей матери или отца в результате развода/смерти. Горевание у всех обследованных детей носило осложненный характер с возникновением ряда соматических, эмоционально-поведенческих, психических симптомов, ухудшающих их физическое состояние и психоэмоциональный статус. В результате психотерапии ребенок может отреагировать подавленными негативными эмоциями, что ведет к исчезновению симптомов горевания.

**Заключение.** Взаимодействие педиатров, клинических психологов, специалистов по социальной работе является продуктивным в целях оказания своевременной психотерапевтической помощи ребенку до манифестации симптомов осложненного горевания.

**Ключевые слова:** детская онкология, семья, переживание утраты, психотерапия, семейные отношения

**Для цитирования:** Гусева М.А., Цейтлин Г.Я., Жуковская Е.В., Лебедь О.Л., Румянцев А.Г. Специфика семейных утрат в детской онкологии и динамика горевания при проведении аналитической психотерапии у пациентов детской онкологической клиники, потерявших одного или обоих родителей. Российский журнал детской гематологии и онкологии 2020;7(3):32–8.

## The specifics of family losses in pediatric oncology and the dynamics of grief during analytical psychotherapy in pediatric oncology patients who lost one or both parents

M.A. Guseva<sup>1</sup>, G. Ya. Tseitlin<sup>1</sup>, E.V. Zhukovskaya<sup>1</sup>, O.L. Lebed<sup>2</sup>, A.G. Rumyantsev<sup>3</sup>

<sup>1</sup>TRSC "Russkoe Pole" at Dmitry Rogachev National Medical Research Center of Pediatric Hematology, Oncology and Immunology, Ministry of Health of Russia; v. Grishenki, SP Stremilovskoe, Chekhov district, Moscow region, 142321, Russia; <sup>2</sup>I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Ministry of Health of Russia (Sechenov University); 8-2 Trubetskaya St., Moscow, 119991, Russia; <sup>3</sup>Dmitry Rogachev National Medical Research Center of Pediatric Hematology, Oncology and Immunology, Ministry of Health of Russia; 1 Samory Mashela St., Moscow, 117997, Russia

**Relevance.** The experience of loss by a child receiving antitumor treatment is a factor in the development of psychopathologies.

**Purpose to study** is to study the specifics of family losses in pediatric oncology; to trace the dynamics of grief during analytical psychotherapy in children who have lost one or both parents.

**Materials and methods.** The study of the specifics of family losses was carried out by the method of retrospective analysis of the dynamics of family relations in 1298 families. To study the dynamics of grief in the process of psychotherapy, 13 children aged 3 to 13 years who lost one or both parents were selected.

**Results.** Antitumor treatment of the child is accompanied by prolonged separation from one, less often both parents, and, in 13.3 %, the loss of a mother or father as a result of a divorce/death. Grieving in all the examined children was complicated with the appearance of a number of somatic, emotional-behavioral, mental symptoms that worsen their physical condition and psycho-emotional status. As a result of psychotherapy, the child can react to suppressed negative emotions, which leads to the disappearance of symptoms of grief.

**Conclusion.** The interaction of pediatricians, clinical psychologists, social work specialists is productive in order to provide timely psychotherapeutic assistance to the child before the manifestation of symptoms of complicated grief manifestation.

**Key words:** pediatric oncology, family, grieving the loss, psychotherapy, family relation

**For citation:** Guseva M.A., Tseitlin G.Ya., Zhukovskaya E.V., Lebed O.L., Rumyantsev A.G. The specifics of family losses in pediatric oncology and the dynamics of grief during analytical psychotherapy in pediatric oncology patients who lost one or both parents. *Russian Journal of Pediatric Hematology and Oncology* 2020;7(3):32–8.

#### Информация об авторах

М.А. Гусева: к.соц.н., клинический психолог – руководитель психологической группы отделения психолого-социальной и педагогической реабилитации ЛРНЦ «Русское поле», e-mail: gusmarina@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-3092-8892>, SPIN-код: 8370-4218

Г.Я. Цейтлин: д.м.н., главный научный сотрудник отдела изучения поздних эффектов противоопухолевой терапии ЛРНЦ «Русское поле»; SPIN-код: 8373-3058

Е.В. Жуковская: д.м.н., профессор, заведующая отделом изучения поздних эффектов противоопухолевой терапии ЛРНЦ «Русское поле», e-mail: elena\_zhukovskaya@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-6899-7105>, SPIN-код: 8225-6360

О.Л. Лебедь: к.соц.н., доцент кафедры социологии медицины, экономики здравоохранения и медицинского страхования Института социальных наук Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, e-mail: lebed\_olga@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-0218-462X>, SPIN-код: 9128-6176

А.Г. Румянцев: академик РАН, д.м.н., профессор, президент НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева, главный внештатный детский специалист онколог-гематолог Минздрава России, e-mail: info@fnkc.ru; <https://orcid.org/0000-0002-1643-5960>, SPIN-код: 2227-6305

#### Information about the authors

M.A. Guseva: Cand. of Sci. (Soc.), Clinical Psychologist – Head of the Psychological Group of the Department of Psychological, Social and Pedagogical Rehabilitation of TRSC “Russkoe Pole”, e-mail: gusmarina@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-3092-8892>, SPIN-code: 8370-4218

G.Ya. Tseitlin: Dr. of Sci. (Med.), Chief Researcher of the Department for the Study of Late Effects of Antitumor Therapy of TRSC “Russkoe Pole”; SPIN-code: 8373-3058

E.V. Zhukovskaya: Dr. of Sci. (Med.), Professor, Head of the Department for the Study of the Late Effects of Antitumor Therapy TRSC “Russkoe Pole”, e-mail: elena\_zhukovskaya@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-6899-7105>, SPIN-code: 8225-6360

O.L. Lebed: Cand. of Sci. (Soc.), Associate Professor of the Department of Sociology of Medicine, Health Economics and Health Insurance of the Institute of Social Sciences at I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, e-mail: lebed\_olga@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-0218-462X>, SPIN-code: 9128-6176

A.G. Rumyantsev: Academician of the Russian Academy of Sciences, Dr. of Sci. (Med.), Professor, President of the Dmitry Rogachev National Medical Research Center of Pediatric Hematology, Oncology and Immunology, Ministry of Health of Russia, , Chief Freelance Pediatric Oncologist and Hematologist of the Ministry of Health of Russia, e-mail: info@fnkc.ru; <https://orcid.org/0000-0002-1643-5960>, SPIN-code: 2227-6305

#### Вклад авторов

М.А. Гусева: сбор данных, анализ научного материала, анализ полученных данных, обзор публикаций по теме статьи, подготовка списка литературы, написание текста рукописи, составление резюме

Г.Я. Цейтлин: анализ полученных данных социодемографического исследования, разработка дизайна статьи

Е.В. Жуковская: научное редактирование статьи

О.Л. Лебедь: участие в сборе, обработке и анализе данных социодемографического исследования

А.Г. Румянцев: идея исследования

#### Authors' contributions

M.A. Guseva: data collection, analysis of scientific material, analysis of the data obtained, review of publications on the topic of the article, preparation of a list of references, writing the text of the article, composing a resume

G.Ya. Tseitlin: scientific analysis of the data obtained of sociodemographic research, article design development

E.V. Zhukovskaya: scientific edition of the article

O.L. Lebed: participation in the collection, processing and analysis of sociodemographic research data

A.G. Rumyantsev: research idea

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов. / **Conflict of interest.** The authors declare no conflict of interest.

**Финансирование.** Исследование проведено без спонсорской поддержки. / **Funding.** The study was performed without external funding.

#### Актуальность

В процессе лечения ребенка в детской онкологической клинике врачу-педиатру приходится сталкиваться с рядом эмоционально-поведенческих, неврологических и психиатрических симптомов у маленького пациента. Эти симптомы, вмешиваясь в процесс специального лечения, могут чрезвычайно осложнять его как для самого пациента, так и для его лечащего врача. Одним из факторов развития психопатологий становится переживание утраты [1]. При этом предметом горевания у ребенка, получающего противоопухолевое лечение, может стать не только смерть значимой фигуры, но и ряд утрат, связанных с онкологическим заболеванием и его лечением: привычный образ жизни, разлука с семьей, жизнь вдали от родного дома, утрата здоровья, социального статуса, изменения во внешности, развод родителей [2].

Последняя причина переживания утраты ребенком особенно значима. Феномен утраты нередко встречается в детской онкологии [3]. Поэтому смерть близкого, развод родителей, длительную эмоциональную депривацию с одним из родителей во время терапии наряду с переживанием других утрат можно квалифицировать как множественную утрату или сочетанную психотравму, создающую колоссальную нагрузку на психику маленького ребенка.

Длительные разлуки с семьей, особенно если семья проживает в маленьком городе или сельской местности, а лечение проводится в областной или федеральной клинике, нередко в детской онкологии. В таких семьях резко сокращается количество внутрисемейных интеракций, что лишает всех членов семьи, а особенно маленького ребенка, ощущения непрерывности любви, безопасности, целостности

семейных границ. Зарубежными исследователями показано, что любая длительная разлука, особенно с родителями, воспринимается маленьким ребенком, как невосполнимая потеря или смерть [1, 4]. Но именно утрата матери, длительная по времени или постоянная, является запредельным психотравмирующим опытом ребенка и может нанести непоправимый вред его развитию, особенно если травма депривации произошла в раннем возрасте [5, 6]. У ребенка, лишенного возможности переживать непрерывную связь со своей матерью, развиваются состояния запредельной тревоги и страха, утраты базового доверия к миру и базовой безопасности, что приводит к различным формам невроза [7]. В силу чрезвычайной уязвимости психики из-за неспособности выражать свои эмоции маленькие дети, утратившие мать или отношения с ней, получают психическую травму [1]. Для купирования запредельной тревоги возникают примитивные травматические защитные механизмы расщепления/диссоциации, проекции, изоляции и др. [8]. Способами онтогенетически незрелых защит могут быть тяжелые психопатологические состояния — депрессии, фобии, психозы [9], соматические симптомы и функциональные нарушения [10], а также формирование «защитного» поведения, представляющего специфические адаптационные паттерны, — аутоагрессивного, регрессивного, зависимого, избегающего, девиантного [11, 12].

Вместе с тем переживание утраты как предмет специального вмешательства клинического психолога чрезвычайно ограничен в условиях российских онкостационаров в связи с небольшим количеством подготовленных к работе с такими детьми клинических психологов и отсутствием отечественных источников и переводной литературы.

Таким образом, на сегодняшний день эта проблема мало знакома врачам-педиатрам и недостаточно изучена в отечественной клинической психологии, что подтверждает актуальность предпринятого исследования.

**Цель исследования** — изучить специфику семейных утрат в детской онкологии; проследить динамику горевания при проведении аналитической психотерапии у детей, потерявших одного или обоих родителей.

### Материалы и методы

Для изучения специфики семейных утрат в детской онкологии проведен ретроспективный анализ динамики семейных отношений в 1298 семьях из 78 регионов Российской Федерации с использованием материалов собственного социодемографического исследования [13].

Для проспективного исследования динамики горевания у детей отобраны 13 пациентов с онкологическими заболеваниями в возрасте от 3 до 13 (средний возраст — 7) лет, потерявших в результате смерти или развода одного или обоих родителей. Мальчиков в группе было 4 (средний возраст — 10 лет), девочек — 9

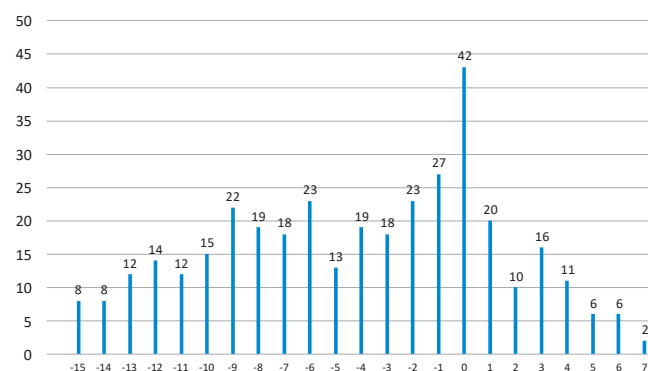
(средний возраст — 6 лет). Шесть детей переживали утрату матери; 1 ребенок — отца; еще 6 — утрату обоих родителей. Семь детей к началу психотерапии закончили противоопухолевое лечение и находились на этапе диспансерного наблюдения и реабилитации; 6 детям психотерапия проводилась в процессе противоопухолевой терапии. С каждым из них проведено от 4 до 30 сессий Юнгианской аналитической психотерапии с применением терапевтической песочницы.

Статистическая обработка результатов проводилась помощью программы SPSS Statistics 17.0.

### Результаты

Ретроспективный анализ материалов социодемографического исследования в 1298 семьях, имеющих ребенка с онкологическим заболеванием, показал, что примерно в половине семей (44,1 %) в период противоопухолевого лечения супружеские отношения серьезно изменились: около четверти (25,7 %) семей консолидировались, однако в 18,4 % отношения ухудшились или произошел официальный развод (8,1 %).

Нами проведен и представлен анализ динамики семейных отношений в семьях относительно периода диагностики и начала противоопухолевого лечения (рисунок).



*Завершение браков в семьях в результате развода или смерти одного из родителей по отношению к установлению диагноза и началу противоопухолевого лечения. Цена деления на оси X равна 1 году, отрицательные значения соответствуют периоду до установления диагноза ребенку; 0 — год установления диагноза; положительные значения по оси X — период после установления диагноза ребенку. Медиана = -4,0 года; среднее количество лет между прекращением брака и началом заболевания = -4,0 года; мода — 0 лет (42 случая). Стандартное отклонение для показателя «количество завершенных браков» составляет 8,54, коэффициент вариации — 5,946*

*End of marriage in families as a result of divorce or death of one of the parents in relation to the diagnosis and the start of antitumor treatment. The price of division on the X axis is 1 year, negative values correspond to the period before the diagnosis of the child; 0 — year of diagnosis; positive values along the X axis — the period after the diagnosis of the child. Median = -4.0 years; average number of years between the termination of marriage and the onset of the disease = -4.0 years; fashion — 0 years (42 cases). The standard deviation for the indicator "number of completed marriages" is 8.54, and the coefficient of variation is 5.946*

Установлено, что количество завершенных браков в исследуемых семьях было 364. Это произошло в разные периоды относительно установления онко-



логического диагноза ребенку, при этом около трети (27,2 % приходится на 5-летний период от начала противоопухолевого лечения — наиболее стрессогенный для семьи, что связано как с высокотоксичным лечением и его осложнениями, так и с 5-летним критерием прогноза безрецидивной выживаемости). Из рисунка видно, что наибольшее количество распавшихся браков ( $n = 42$ ) приходится на год установления онкологического диагноза и начала противоопухолевого лечения. Одной из причин завершения браков в течение 5 лет после установления онкологического диагноза являлась смерть одного из супругов — 8,9 %.

Доля завершений браков, пришедшихся на 3-летний период, предшествующий онкологическому заболеванию, также высока — 18,7 % ( $n = 364$ ), из них 3,9 % также завершились смертью одного из родителей.

Таким образом, в 12,9 % исследуемых семей ( $n = 1298$ ) дети в период лечения онкологического заболевания переживали утрату значимого близкого в результате развода или смерти одного из родителей.

Во время лечения большинство детей (72,8 %) переживали длительные разлуки с отцом (в больнице с ребенком находилась мать), 13,6 % — с матерью, еще 13,6 % — с обоими родителями.

Нами выделены виды специфических для детской онкологии длительных (часто год и более) семейных деприваций:

1. Вынужденное супружеское разделение и депривация больного ребенка от отца или матери.
2. Вынужденное супружеское разделение и депривация больного ребенка от отца или матери и от других членов семьи (сиблинги, бабушка, дедушка, другие близкие родственники).
3. Вынужденная депривация больного ребенка от обоих родителей (находится в больнице с бабушкой или другим родственником).
4. Вынужденная депривация здорового сиблинга от одного (чаще матери) или обоих родителей и от больного брата или сестры (проживание у бабушки или других родственников).

Таким образом, на большой когорте семей, имеющих детей с онкологическим заболеванием, показано, что противоопухолевое лечение ребенка сопровождается утратой отношений с одним/обоими родителями, а также в 12,9 % потерей матери или отца в результате развода или смерти.

Утрата матери наряду с другими потерями, связанными с лечением злокачественной опухоли, у всех детей из исследуемой группы ( $n = 12$ ), получавшей психотерапевтическое пособие, стала причиной развития симптомов депрессии, особенно тяжело протекавшей на этапе противоопухолевой терапии.

У Л., 12-летнего подростка с острым лимфобластным лейкозом (ОЛЛ), во время противоопухолевого лечения отмечались симптомы тяжелой депрессии — отказ от еды и деятельности, нарушение сна, тошнота и рвота на прием любых медикаментов, самоповреждающее (аутоагрессивное) поведение. В анамнезе ребенка потеря отца и матери, острая фаза горевания

в связи со смертью деда. Последняя утрата актуализировала «отложенное» горевание по родителям и стала серьезным стрессогенным фактором, осложнившим процесс его лечения.

Аналогичная ситуация наблюдалась у 9-летней девочки К. с диагнозом ОЛЛ, госпитализированной для проведения противоопухолевой терапии вместе с социальной няней. Длительная депривация от значимых близких (отца, брата, бабушки) актуализировала горевание ребенка по пропавшей без вести за несколько лет до дебюта онкологического заболевания матери. У девочки отмечались симптомы депрессии: отказ от деятельности, элективный мутизм, нарушения сна и пищевого поведения (полный отказ от еды, находилась на парентеральном питании).

Во время первой фазы горевания — протеста — ребенок, переживающий утрату близкого, стремится «найти и восстановить утраченное лицо и укоряет его за то, что оно его покинуло» [4]. У 5 детей наблюдалось «поисковое поведение» — эмоциональная реакция на утрату, связанная с неосознанным желанием найти и вернуть утраченное лицо. Внешне такое поведение выглядит как хаотичное, когда ребенок не может сконцентрировать свое внимание ни на одном предмете или деятельности. Например, девочка А., 3,5 года, диагноз ОЛЛ, потеряла в автокатастрофе обоих родителей. В течение ряда психотерапевтических занятий она не могла удерживать внимание ни на одном предмете дольше нескольких секунд. Вместо этого она хаотично брала разные фигурки и почти не рассматривая их кидала гневно обратно в контейнер со словами «не то, не то». Вмешательство терапевта для разрядки аффекта: «Это может злить или расстраивать, когда не можешь найти то, что ищешь». Поисковое поведение внешне схоже с синдромом дефицита внимания и гиперактивности, что важно иметь в виду для правильной клинической интерпретации поведения маленького пациента. По словам бабушки, дома девочка ежедневно, забираясь на диван, подкрашивала фломастером губы на портрете своей матери, также символически находясь в поиске «живой» мамы.

Неудавшиеся попытки найти утраченное лицо побуждают к сильному аффекту гнева и протесту у ребенка, что является «необходимым условием для того, чтобы траур стал развиваться по здоровому руслу» [4]. Однако негативные эмоции социально стигмируются, особенно гнев в случаях, когда он направлен на значимого близкого «Нельзя злиться на маму!». Клинические психологи и педиатры часто сталкиваются с ситуациями «подавленного» гнева, когда разрядка аффекта происходит дезадаптивным для ребенка способом: на соматическом уровне проявляется «телесными», чаще неврологическими, симптомами, на поведенческом — специфическими адаптационными паттернами (аутоагрессией, регрессией и др.). Реакции гнева диссоциируются и проявляются фобиями (страх повреждения, социофобии и др.).

У детей нередко развивается аутоагрессивное поведение, связанное с неосознанным желанием само-

наказания за гнев. Разрядка аффекта так же, как при агрессии, происходит на поведенческом уровне, но вектор гнева направлен на самого ребенка. Аутоагрессия по-разному проявляется у детей в зависимости от возраста: от еле заметных неосознанных проявлений (ребенок выглядит неуклюжим — часто падает, ранится) до открытого самобичевания — дети могут бить себя по голове или биться о стену, наносить себе увечья (self-harm), отказываться от еды с развитием нервной анорексии вплоть до выраженного суицидального поведения. В исследуемой группе аутоагрессия наблюдалась у всех детей, проявляясь в поведении и игре ребенка. В 1 случае осознанное суицидальное поведение развилось у маленького ребенка 6 лет, что в клинической практике встречается крайне редко.

Проявления подавленного гнева, при котором эмоциональная разрядка происходит в основном соматически — «летучие» боли, нервные тики и др., вплоть до функциональных нарушений, трудно поддающихся диагностике, в исследуемой группе наблюдались у 7 детей, у 3 из них диагностирована тяжелая депрессия с отказом от еды и деятельности.

Диссоциированный гнев наблюдался у 1 пациента, 5-летнего мальчика, который страдал от танатофобии, принявшей конкретную форму после смерти близкого — страх «улететь на небо», поэтому он боялся выходить из дома. При диссоциированном гневе психика ребенка, будучи не способной разрядить эту тяжелую эмоцию никаким доступным способом, используя механизм расщепления, диссоциирует и как бы «размещает» гнев за пределами психики «хозяина». При этом формируются фобии, основанные на сильном страхе, не поддающиеся рациональной переработке, что где-то за пределами «Я» находится угрожающий «Я»-объект. Терапевтическим вмешательством в данном случае становится актуализация травмы утраты и отреагирование подавленного гнева на умершего близкого — иными словами «признание» гнева принадлежащим «Я» и «возвращением» в «Я» диссоциированных частей. Таким образом, «замаскированные» проявления подавленного гнева серьезно осложняют процесс лечения в стационаре, способствуя появлению соматических, неадаптивных поведенческих, социальных и психиатрических симптомов у ребенка, что требует постоянного взаимодействия врачей с клиническим психологом, а иногда и с врачом-психиатром.

Во всех вышеописанных случаях в целях формирования более зрелого адаптивного поведения у ребенка требуется фокусная психокоррекционная работа клинического психолога, направленная на связывание аффекта с симптомами ребенка: «Так злит, что хочется ударить себя». Подобная интерпретация аутоагрессии делает эту неосознанную психологическую защиту осознанной, что ведет к ее ослаблению и исчезновению. Следующей задачей клинического психолога является вербализация и контейнирование аффекта, связывание аффекта с истинной мишенью и отреагирование посредством зрелой эмоциональной разрядки.

В фазе отчаяния ведущими негативными эмоциями, с которыми ребенку трудно совладать, являются чувства вины и беспомощности. Вина связана с детским «защитным всемогуществом»: «все в мире происходит по моей воле». Именно поэтому ребенок чувствует себя виноватым за все — болезни, смерть, разводы родителей: «меня бросили, значит, я — плохой и виноват в этом». Иногда вина неосознанно иницируется и поддерживается взрослыми — «ты меня в гроб вгонишь», «если бы ты не заболела, твоя мать была бы жива». Чувство вины в смерти значимого близкого является дополнительным триггером аутоагрессии у ребенка.

Например, 6-летняя девочка Ю., страдающая опухолью головного мозга в ремиссии (отец умер, когда ей было 2 года, его смерть тщательно табуировалась матерью), на первых 4 сессиях закапывала фигурку короля в песочную гору с комментарием: «здесь зыбучие пески и внизу лабиринт, тут пропадают люди, и король не может выбраться». Так, символически, в игровом формате она осуществляла поиск отца. При этом девочка каждый раз испытывала сильный аффект страха и несколько раз описалась прямо во время психотерапевтического занятия. Фаза протеста выражена гневом Ю. на тех, кто оказался в «зыбучих песках»: «был человек и нет его, оказался в ящике», «как бабочка, всего 1 день пожил, а надо, чтобы не умирал и дольше жил». В фазе отчаяния она чувствует вину за свой гнев и символически в играх наказывает себя — вешает на виселице свою идентификационную фигурку — «принцесса должна быть наказана за то, что ослушалась родителей». После отреагирования гнева ребенок готов принять факт смерти — она закапывает фигурки в песок, приговаривая «там их место..., они умерли» и устанавливает им «памятник». В фазе отчуждения девочка способна эмоционально принять смерть, выразить свои эмоции и говорить об умершем отце в реальном, а не символическом пространстве, просит мать свозить ее на кладбище, хочет сама украсить могилу отца.

В фазе отчаяния, чувствуя беспомощность и вину, горюющий ребенок нуждается в том, чтобы знать, что не он стал причиной смерти значимого близкого из-за своего гнева или недостатков, а также в том, что о нем позаботятся значимые и надежные взрослые.

В течение многих занятий 6-летняя девочка М., больная ОЛЛ, которую бросила мать, когда ей было всего 4 года, проигрывала историю «маленьких брошенных детей», которые «умирают от голода»: «У козлика нет мамы, у лисенка тоже нет..., медвежонок лезет на крышу, кто его спасет? Козленок упал, кто его спасет? Котенок тонет в зыбучих песках, кто его спасет?». После отреагирования гнева в фазе протеста и чувства вины в фазе отчаяния у ребенка мобилизуются внутренние ресурсы, и она сама готова позаботиться о «маленьких малышах, которые растут без мам... и умеют сами справляться». Она играет, купает малышей, кормит их, укладывает спать, каждое действие сопровождая словами: «Теперь мы позаботимся

о пингвинятах, теперь о котенке...». Актуализация ресурсов ребенка в результате психотерапевтического вмешательства означает, что девочка психически готова к адаптации в новой жизни и к окружению, в котором нет матери.

В процессе психотерапии необходима постоянная работа клинического психолога с родителями (опекунами) ребенка, информирование родителей, а также медицинского персонала о том, что происходит с ребенком.

### Заключение

На большой когорте изучена специфика утрат в семьях, где есть дети, страдающие онкологическими заболеваниями. Анализ динамики семейных взаимоотношений показал, что противоопухолевое лечение ребенка нередко сопровождается чередой семейных разлук и деприваций наряду с утратами здоровья, привычного образа жизни, социального статуса и проч.: вынужденные длительные разлуки с одним/обоими родителями в результате госпитализации; утрата отношений в результате развода родителей или смерти одного из них, что может быть квалифицировано как множественная утрата.

При проведении Юнгианской аналитической психотерапии изучен процесс горевания у детей с множественной утратой, потерявших одного или обоих родителей. Подтверждено, что горевание у ребенка представляет последовательность его эмоциональных реакций на утрату значимого лица: протест — отчаяние — отчуждение. Эмоциональные реакции на утрату проявлялись поисковым поведением и аффектами гнева в фазе протеста, переживаниями вины и беспомощности в фазе отчаяния. В исследуемой группе характер утраты (смерть родителя или утрата отношений с ним в результате развода) не был связан с какой-либо спецификой процесса горевания, эмоциональных реакций, тяжестью симптомов. Для верификации полученных выводов требуются дополнительные количественные исследования.

Исследование показало, что горевание у всех обследованных детей носило осложненный характер как в силу онтогенетической незрелости механизмов психологической защиты, так и в связи со спецификой детской онкологии (высокотоксичное лечение, вероятность летального исхода, длительная депривация ребенка от ближнего окружения и др.) Так, у детей, склонных к подавлению социально стигмированных эмоций гнева, вины и проч., возникает целый ряд соматических, эмоционально-поведенческих, неврологических и психических симптомов, ухудшающих их физическое состояние, нарушающих психоэмоциональный статус, снижающих комплаенс, ухудшающих в целом качество их жизни [14]. При этом проблема утраты и горевания мало знакома врачам-педиатрам и клиническим психологам, поэтому

во всех случаях осложненное горевание у ребенка оставалось «за кадром», без должной клинической интерпретации, и было диагностировано только в процессе психотерапии, начатой по совершенно другому запросу.

Детям, особенно маленьким, трудно, а зачастую невозможно в силу социальных стигм вербализовать свой травматический опыт. Юнгианская песочная терапия позволяет ребенку спроецировать этот опыт в игре в символическом пространстве песочницы, выразить свои переживания наиболее доступным для него и безопасным способом. Положительным результатом психотерапии является отреагирование ребенком подавленных негативных эмоций и исчезновение симптомов, независимо от того, вербализовал он аффективные и содержательные компоненты травмы утраты или просто проиграл их символически в игровом поле терапевтической песочницы. В результате эмоциональной разрядки высвобождается энергия, ранее тратившаяся на подавление и удерживание аффектов, мобилизуются ресурсы для адаптации к новой жизни и окружению, в котором нет значимого близкого.

Выявлены основные потребности горящего ребенка: потребность в заботе и безопасности. Дети нуждаются в том, чтобы знать, что о них будут заботиться — это одна из базовых потребностей любого ребенка. Присутствие в окружении ребенка надежного, эмоционально откликающегося, взрослого, готового выслушать все, даже «глупые» и часто повторяющиеся вопросы, создающего атмосферу заботы и безопасности, способствует формированию совладающего поведения для самостоятельной адаптации ребенка к ситуации утраты. Поэтому во всех случаях в процессе психотерапии необходима постоянная работа клинического психолога с родителями (опекунами) ребенка [15], медицинским персоналом, информирование о том, что происходит с ребенком, детальное объяснение процесса горевания, через который ему необходимо пройти, чтобы завершить его.

С точки зрения организации работы в клинике важно постоянное тесное взаимодействие врачей-педиатров, клинических психологов, специалистов по социальной работе в целях оказания своевременной психотерапевтической помощи ребенку на основании изучения его медико-социального анамнеза еще до манифестации симптомов патологического горевания [16] и поддержания удовлетворительного качества жизни [17].

Представленный опыт позволяет сделать еще один практически важный вывод о необходимости специальной подготовки клинических психологов, работающих в детской онкологической клинике и других тяжелых областях педиатрии (клиническая генетика, иммунология, неврология и пр.), по работе с утратой и гореванием и другими серьезными проблемами у ребенка, а также с членами его семьи.

# ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

- de Walden-Galuszko K. Coping with loss and bereavement. In: Confronting dying and death. S. Kreidler (ed.). NY: Nova Science Publishers, Inc., 2012. Pp. 353–365.
- Цейтлин Г.Я., Гусева М.А., Антонов А.И., Румянцев А.Г. Медико-социальные проблемы семей, имеющих ребенка с онкологическим заболеванием, и пути их решения в практике детской онкологии. Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского 2017;96(2):173–81. [Tseytlin G.Ya., Guseva M.A., Antonov A.I., Rumyantsev A.G. Medical and social problems of families with a child with oncological disease and their solutions in pediatric oncology practice. *Pediatr. Zhurnal im. G.N. Speranskogo* = *Pediatr. Journal named after G.N. Speransky* 2017;96(2):173–81. (In Russ.)].
- Антонов А.И., Гусева М.А. Диспозиционная регуляция репродуктивного и самосохранительного поведения в нетипичных семьях с больным ребенком. Социальные аспекты здоровья населения (сетевое издание) 2019;65(1):2. doi: 10.21045/2071-5021-2019-65-1-2. [Antonov A.I., Guseva M.A. Dispositional regulation of reproductive and self-preserving behaviour in atypical families with a sick child. *Sotsial'nye aspekty zdorov'a naselenia* = *Social Aspects of Population Health* (serial online) 2019;65(1):2. (In Russ.)].
- Боулби Дж. Создание и разрушение эмоциональных связей. Пер. с англ. В.В. Старовойтова, 2-е изд. М.: Издательство «Канон+» РООИ «Реабилитация», 2019. 272 с. [Bowlby J. *Creating and breaking emotional bonds*. Translation from English V.V. Starovoitov, 2<sup>nd</sup> ed. M.: Publishing house “Canon +” ROOI “Rehabilitation”, 2019. 272 p. (In Russ.)].
- Винникотт Д.В. Семья и развитие личности. Мать и дитя. Пер. с англ. А. Грузберга. Екатеринбург: Издательство «ЛИТУР», 2004. С. 192–198. [Winnicott D.V. *Family and personality development. Mother and child*. Translation from English A. Gruzberg. Yekaterinburg: “LITUR” Publishing House, 2004. Pp. 192–198. (In Russ.)].
- Солоед К.В. Разлука с матерью на первом году жизни: влияние на объектные отношения у детей. Московский психотерапевтический журнал 2000;4:70–93. [Soloed K.V. Separation from mother in the first year of life: influence on object relationships in children. *Moskovskiy psikhoterapevticheskiy zhurnal* = *Moscow Psychotherapeutic Journal* 2000;4:70–93. (In Russ.)].
- Спиваковская А.С. Профилактика детских неврозов: комплексная психологическая коррекция. М.: Издательство МГУ, 1988. 198 с. [Spivakovskaya A.S. *Prevention of childhood neurosis: a comprehensive psychological correction*. M.: Publishing House of Moscow State University, 1988. 198 p. (In Russ.)].
- Калшед Д. Травма и душа. Духовно-психологический подход к человеческому развитию и его прерыванию. Пер. с англ. Н.А. Серебренниковой. М.: Когито-Центр, 2015. С. 269–273. [Calshed D. *Trauma and Soul. Spiritual and psychological approach to human development and its interruption*. Translation from English N.A. Serebrennikova. M.: Kogito Center, 2015. Pp. 269–273. (In Russ.)].
- Солоед К.В. Раннее разлучение ребенка с матерью и его последствия. Журнал практической психологии и психоанализа (сетевое издание) 2009;2. [Soloed K.V. Early separation of the child from the mother and its consequences. *Zhurnal prakticheskoy psikhologii i psikhoanaliza* = *Journal of Practical Psychology and Psychoanalysis* (serial online) 2009;2. (In Russ.)].
- Эльячэфф К. Затаенная боль. Дневник психоаналитика. М: Институт общегуманитарных исследований, 2011. С. 19–21. [Elyacheff K. *Undercurrent. Diary of a psychoanalyst*. M: Institute for Humanitarian Research, 2011. Pp. 19–21. (In Russ.)].
- Ильина И.Ю. Аффективное поведение и его коррекция в младшем дошкольном возрасте: Монография. Пермь: Пермский государственный педагогический университет, 2010. 96 с. [Ilyina I.Yu. *Affective Behavior and Its Correction in the Early Preschool Age: Monograph*. Perm: Perm State Pedagogical University, 2010. 96 p. (In Russ.)].
- Бриш К.Х. Терапия нарушений привязанности. От теории к практике. Пер. с нем. С.И. Дубининой. М.: Когито-Центр, 2012. С. 87–92. [Brish K.H. *Therapy of attachment disorders. From theory to practice*. Translation from German S.I. Dubinina. M.: Kogito Center, 2012. Pp. 87–92. (In Russ.)].
- Гусева М.А. Семейный стресс и возможности психолого-социальной адаптации семьи в детской онкологии. Социология медицины 2017;16(1):18–22. [Guseva M.A. Family stress and the possibilities of psychological and social adaptation of the family in pediatric oncology. *Sotsiologiya meditsiny* = *Sociology of Medicine* 2017;16(1):18–22. (In Russ.)].
- Bayat M., Erdem E., Kuzucu G. Depression, anxiety, hopelessness, and social support levels of the parents of children with cancer. *J Pediatr Oncol Nurs* 2008;25(5):247–53. doi: 10.1177/1043454208321139.
- Pai A.L.H., Greenley R.N., Lewandowski A., Drotar D., Youngstrom E., Peterson C.C. A meta-analytic review of the influence of pediatric cancer on parent and family functioning. *J Fam Psychol* 2007;21(3):407–15. doi: 10.1037/0893-3200.21.3.407.
- Огошков П.А., Белицкая А.А., Киреева Г.Н., Спичак И.И. Состояние оказания высокотехнологичной медицинской помощи детям в Челябинской областной детской клинической больнице. Педиатрический вестник Южного Урала 2015;1:14–21. [Ogoshkov P.A., Belitskaya A.A., Kireyeva G.N., Spichak I.I. Provision of high-tech medical care for children in Chelyabinsk Region Children's Hospital. *Pediatricheskii vestnik Yujnogo Urala* = *Pediatric Bulletin of the South Ural* 2015;1:14–21. (In Russ.)].
- Fayers P.M., Machin D. Quality of life: the assessment, analysis and reporting of patient-reported outcomes, 3<sup>rd</sup> ed. “John Wiley&Sons Limited”, 2016. 625 p.

Статья поступила в редакцию: 24.03.2020. Принята в печать: 18.06.2020.

Article was received by the editorial staff: 24.03.2020. Accepted for publication: 18.06.2020.