Содержание

1 БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА

2 РАК

3 ДИАБЕТ I ТИПА

4 ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ БОЛЕЗНИ КИШЕЧНИКА

5 ПОДРОСТКОВЫЙ РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ

Библиографический список

1 БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА

Определенную особенность представляют семьи детей, страдающих бронхиальной астмой. 30% этих семей были неполными. Разводы родителей в ряде случаев оказались непосредственной причиной или провокацией возникновения заболевания. В каждой четвертой семье родители злоупотребляли алкоголем. Очень велика доля родителей, имеющих своеобразные черты личности: претенциозность, подозрительность, ревнивость и др. Лишь в незначительном числе семей психологический климат был благоприятным. В подавляющем большинстве случаев родители в той или иной степени обнаруживали несостоятельность как воспитатели, не умели устанавливать гармоничные взаимоотношения в семье.

Неблагоприятная семейная обстановка, особенности личности больных, трудности приспособления к детскому коллективу, тяжелое или среднетяжелое течение бронхиальной астмы — все эти и некоторые другие факторы приводят к тому, что у 10% больных детей возникают нервно-психические расстройства. Среди детей, лечившихся в стационаре, количество больных с этими осложнениями доходило до 63%. Наиболее частые проявления — невротические симптомы, отражающие переживания больных в связи с разочарованиями и конфликтами, и астенические, вызванные как нарушением дыхания, так и другими воздействиями на организм. Когда поступление кислорода в ЦНС постоянно нарушается из-за препятствий при прохождении воздуха через дыхательные пути, создаются особенно благоприятные условия для возникновения нервно-психических расстройств. Дети становятся плаксивыми, раздражительными, у них нарушается память, утяжеляется усвоение школьной программы, в особенно тяжелых случаях стойко снижается настроение, могут появиться судорожные приступы, которые, как правило, провоцируются неприятными переживаниями.

2 РАК

В Швеции каждый год примерно 250 детей и подростков заболевают раком. Примерно треть диагнозов составляет лейкемия, четверть — опухоли ЦНС и другие. В последние десятилетия прогноз по поводу рака улучшился Раньше это была смертельная болезнь, сегодня 2/3 заболевших детей вылечивают, но при некоторых формах рака для 26—98% заболевших продолжительность жизни варьирует в пределах пяти лет. Медицинское лечение становится все более успешным и проводится сегодня в первую очередь цитостатиками, облучением или хирургическим методом. В Швеции лечение комплексное и сосредоточено в основном в детских онкологических центрах при университетах.

Течение и лечение различных видов рака можно подразделить на четыре фазы: диагностику, интенсивное лечение, поддерживающее лечение, наблюдение после окончания лечения. Медицинское лечение продолжительно, зачастую оно сопровождается большими нагрузками для ребенка и семьи, прогноз не всегда ясен. В большинстве случаев лечение проходит успешно, но иногда отмечаются осложнения в виде рецидивов или смерти. При большинстве форм рака используется, как уже говорилось, лечение цитостатиками, оно очень интенсивное и может вызвать осложнения в виде сопутствующей инфекции, выпадения волос, рвоты.

Обычно родители, прежде всего те, кто мало знает о раке, испытывают шок, услышав такой диагноз. Особенно тяжело родителям, которые не совсем правильно восприняли информацию. Поэтому надо обязательно поговорить о болезни с ребенком и родителями.

В начале болезни, как правило, требуется госпитализация, проведение многочисленных анализов и лечение, что может вызвать массу трудностей. Родители должны находиться рядом с ребенком, поэтому вынуждены брать отпуск на работе. В это время им нужна постоянная поддержка близких и друзей, информация от врачей и медицинского персонала. Часто в первое время семья отдаляется от окружающих, у нее не остается свободного времени. Несмотря на все заботы и проблемы, отношения между супругами во время болезни ребенка улучшаются, они становятся более близкими друг другу, в этот период редко случаются разводы. Напряжение возникает обычно в тех семьях, где стресс из-за болезни ребенка воспринимается родителями по-разному.

Во время поддерживающего лечения родители, как правило, возвращаются к своей работе. Но у многих остаются чувство усталости, проблемы со сном и беспокойство по поводу здоровья ребенка и возможных рецидивов болезни. У матерей, которым недостает поддержки, может начаться депрессия. Братья и сестры больного ребенка могут переживать из-за того, что им уделяется меньше внимания в семье, хотя большинство относится к этому нормально, без очевидного стресса и психических нарушений.

Больной раком ребенок обычно подвергается интенсивному часто повторяющемуся лечению, которое требует длительного пребывания в больнице. Взятие анализов, процедура наркоза или проведение других медицинских манипуляций могут вызвать у него неприятные или болезненные ощущения. При лечении может также измениться внешность ребенка.

Порой возникает опасность сопутствующих инфекций, поэтому больного ребенка лучше на время изолировать от общества, друзей, ограничить его физическую активность. Во время болезни ребенок испытывает соматические симптомы, например слабость, а также недостаток самоконтроля. Эти проблемы являются последствием серьезного заболевания.

Из-за того, что ребенок пропускает школу, обычно нарушается общение с товарищами, он отстает от школьной программы. Обычно больной ребенок получает образование дома. У детей, страдающих опухолью мозга и подвергающихся облучению, есть риск развития нарушений психосоциальных и когнитивных функций. Поэтому в последние годы стало больше ограничений для облучения ЦНС у маленьких детей. У детей постарше, которых лечат облучением или цитостатиками, есть риск возникновения осложнений в форме когнитивных дефектов (проблемы с памятью, вниманием или концентрацией, трудности с чтением или математикой. Это может привести к тому, что ребенку потребуется специальное обучение.

Долговременный прогноз для детей, которые прожили более пяти лет после болезни, предполагает и в дальнейшем трудности в психосоциальной адаптации, особенно у тех, кого лечили облучением в ранние годы. У детей с опухолью мозга часто возникают трудности с обучением, соматические проблемы, связанные с функциональными ограничениями.

Применение болеутоляющих средств и лечение при раке должны быть эффективными. Родители переживают тяжелые времена, когда у ребенка возникает рецидив или он умирает.

На ранних стадиях болезни родители хотят не только услышать конкретную информацию о том, насколько профессионально проводится лечение, но и получить поддержку, быть в контакте с врачами. Они часто ищут другие семьи с такими же ситуациями. Долгое наблюдение семей с больным ребенком показывает, что хорошо адаптируются в психосоциальном плане после окончания лечения чаще всего те семьи, где хорошо владели ситуацией во время болезни. Немаловажны также поддержка со стороны друзей и родственников, общение с другими людьми.

Худший психосоциальный прогноз у больных раком детей был связан с поздним дебютом болезни и рецидивом (особенно если опухоль локализовалась в мозге), а также другими стресс-факторами в семье (например, материальные проблемы).

Несмотря на улучшение прогноза относительно некоторых форм рака, дети все равно умирают. Многие родители с этим справляются, но спустя несколько лет у них возможно развитие психических проблем. Риск выше, если болезнь протекала долго и социальная поддержка семьи была слабой. Если ребенок умирает, родители всегда нуждаются в психологической поддержке. Интенсивная поддержка семьи в это самое тяжелое время может дать родителям возможность лучше справиться с ситуацией.

При взятии анализов, лечении цитостатиками и осложнениях эффективно применение фармакологических средств, но можно использовать и психологические методы, чтобы сгладить неприятные ощущения. Гипноз или абстрагирование от ситуации могут уменьшить переживание ребенком боли или страха.

Перед возвращением к прежним условиям, в школу ребенка нужно специально готовить, чтобы облегчить адаптацию. После болезни многие дети по-другому осмысливают жизнь, лучше видят ее позитивные стороны.

3 ДИАБЕТ I ТИПА

Диабет 1 типа проявляется обычно между тремя и пятнадцатью годами. Он отличается от других хронических болезней однородным течением.

В 1950-е гг. существовали различные теории, согласно которым заболевание якобы провоцируют особые личностные черты человека. Контрольные изучения не смогли доказать этих гипотез. В последние годы обнаружена взаимосвязь между проявлением диабета и психосоциальным стрессом (негативные жизненные переживания), который может быть одним из факторов возникновения болезни.

Еще более очевидна связь между психосоциальными факторами и течением болезни. Большинство детей приспосабливаются к болезни и при разумных ограничениях в пище, физической активности и привычках ведут нормальную жизнь.

Международные исследования психического здоровья детей и подростков с диабетом дают противоречивые результаты. Некоторые говорят об относительно большом числе психических проблем у больных. Шведские же исследования показывают, что по сравнению со здоровыми лишь незначительное число детей с диабетом имеют такие проблемы. Причиной этого могут быть как разные методики оценки, так и высокое качество педиатрической и психологической работы в Швеции.

Несмотря на такую в целом благоприятную картину, у небольшой группы шведских детей, страдающих диабетом, есть значительные проблемы с самоконтролем. У некоторых заболевание протекает нестабильно, что означает систематическое пребывание в больнице, а от этого страдают отношения с товарищами и адаптация в школе.

Считают, что на болезнь прямо или косвенно влияет стресс. Экспериментальные исследования показали, что производство стресс-индуцированных гормонов гипофиза и катехоламинов может вызвать уменьшение производства инсулина и повышение уровня жировых кислот в крови. Так, психически тягостное интервью во время обследования может повысить содержание как катехоламинов, так и свободных жирных кислот. Продолжительный эффект таких стресс-реакций в развитии диабета неясен.

Косвенная связь между стрессом и диабетом обнаруживается через понятие «податливость», то есть как ребенок (или семья) может приспособиться к требованиям относительно инсулина, тестов, пищи и т. д. Наблюдения детей с плохим самоконтролем при диабете показали определенные нарушения функции семьи: частые конфликты, неадекватное отношение родителей к ребенку и другие проблемы. У самих детей наблюдались депрессия, озлобленность, низкое доверие к окружающим и трудности в школе.

Обычно самоконтроль при диабете удается хорошо, пока ребенок маленький. Когда человек входит в стадию полового созревания, контроль над собой чаще всего ухудшается, хотя именно в это время нужно быть особенно ответственным. Естественно волнение и беспокойство родителей. В этот период диабет может быть причиной даже обычных конфликтов между подростками. Та защита, которая помогала ребенку, уже не срабатывает, а служит помехой для дальнейшего его развития. Это обычное явление, которое может случиться в любой семье, и оно не указывает на нарушение ее функции.

В Швеции в последние годы появилась тенденция как можно раньше возлагать ответственность за течение болезни на самого ребенка. Это можно оценивать положительно, пока все складывается хорошо, но в периоды обострения болезни ребенок может думать, что ухудшение его состояния зависит только от него. Амбиции ребенка, когда дело касается метаболического контроля, могут быть настолько высоки, что возможны депрессия и другие психические трудности.

При дебюте болезни у родителей и у ребенка часто возникает кризисная реакция. При этом остальные дети в семье тоже могут страдать, ибо они не получают больше необходимого им внимания, потому что вся энергия родителей уходит на удовлетворение потребностей больного ребенка. Важно обращать внимание на различные кризисные реакции в семье. В большинстве случаев достаточно поддержки и обеспечения помощи семье больного ребенка, чтобы вес было нормально.

Если во время болезни проявляются психосоциальные трудности, надо обязательно подключать семейную терапию. Считается, что она достаточно эффективна, однако исследований в этой области немного.

Такая хроническая болезнь, как диабет, требует ежедневных инъекций инсулина, специального питания, определенной физической активности и контроля за уровнем сахара в крови. В некоторых случаях болезнь может перейти в более тяжелую стадию, тяготить ребенка и семью, поэтому требуются более эффективные меры в работе с семьей. Поддержка родителям и дискуссии в группе по темам, связанным с диабетом, дают хорошие результаты: растет компетенция семьи, повышается самоконтроль ребенка относительно болезни.

дети заболевание психологический семья диабет артрит

4 ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ БОЛЕЗНИ КИШЕЧНИКА

Обычные болезни этой группы — неспецифический язвенный колит и болезнь Крона. Обе характеризуются болями в кишечнике, кровотечением, диареей и такими симптомами, как быстрая утомляемость, температура и плохое самочувствие. В Швеции примерно десять детей и подростков ежедневно заболевают одной из этих болезней. Причины их многофакторны. Доказательств психогенной этиологии воспалительных заболеваний кишечника, а также подтверждений теории об особых личностных чертах ребенка как одной из причин собрано недостаточно.

Психосоциальные компоненты играют важную роль в самочувствии больных. Возможно, психологические факторы влияют на течение болезни, по крайней мере стресс может вызвать или ухудшить болезнь. В контрольном изучении у 60% больных были отмечены признаки психических нарушений (чаще всего депрессия или страх). Сравнительный анализ психического здоровья при хронических заболеваниях показал, что группа детей и подростков с такими болезнями — самая уязвимая среди детей с хроническими соматическими болезнями.

Болезнь может давать о себе знать постоянно или периодически. На психическое здоровье более всего влияют эпизодические варианты. В периоды, когда симптомов нет, дети и подростки не признают хронического характера болезни. Такой механизм защиты нормален и часто адаптирует человека к болезни, но спустя некоторое время происходит адаптация к ситуации и развитие компенсаторных стратегий. Характер симптомов болезни таков, что ребенок нередко стыдится ее, не хочет, чтобы о ней знали друзья, поэтому часто вынужден лгать, скрывать истинную причину того, почему он не ходит в школу, чувствует себя усталым и т. д. Не слишком охотно говорят о болезни в семье.

Отрицание болезни может привести к депрессии и страху, что, в свою очередь, приводит к плохому взаимодействию с врачами при лечении и риску ухудшения состояния.

5 ПОДРОСТКОВЫЙ РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ

Дети с таким заболеванием часто подвержены психическим проблемам. В норвежском исследовании 64% детей с ПРА имели психические нарушения (чаще депрессию и беспокойство), но зачастую мягкого или умеренного характера. Такую депрессию невозможно проследить родителям, и достаточно умный ребенок может скрыть ее симптомы.

Другие исследования показали четкую связь между уровнем заболевания и проявлением психических симптомов. Решающим фактором был, однако, не соматический уровень болезни, определяемый согласно объективным медицинским критериям, а уровень сдерживания социальной активности.

Функция семьи при ПРА зависит от течения болезни. Большая часть матерей реагирует на диагноз стрессом и беспокойством, которые не связаны с уровнем тяжести заболевания. Стресс в семье оказывает негативное влияние на течение болезни и на психическое здоровье ребенка.

Уровень боли у детей с ПРА может значительно варьировать и зависеть от активности развития болезни и ее локализации. Существуют также исследования, указывающие, что на психический статус ребенка и функции семьи влияют переживания боли. Лечение боли при ПРА должно заключаться не только в назначении анальгетиков, но и влиянии на психологическую ситуацию индивида и семьи в целом. Нужно также поддерживать самоконтроль ребенка в отношении болезни, поощрять его социальную деятельность.

Библиографический список

1. Банщиков В. М., Гуськов В. С, Мягков И. Ф. Медицинская психология. М.: Медицина, 2008

2. Буянов М. И. Ребенок из неблагополучной семьи. М., 2009

3. Валерьянов К. С. и др. Клиническое обследование матерей, имеющих детей с органическими нарушениями ЦНС Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. М., 2009. Т. XV. Вып. 5.

4. МалперА. Р. Состояние и тенденции развития обучения и воспитания глубоко умственно отсталых детей//Дефектология. 2010. № 3.

5. Мастюкова Е. М. Ребенок с отклонениями в развитии. М., 2010