

DOI: <https://doi.org/10.17650/2073-8803-2025-20-2-34-39>



# Амбулаторная психиатрическая помощь переболевшим онкологическим заболеванием подросткам с расстройствами депрессивного круга в ремиссии

О.А. Суетина, Н.Е. Кравченко

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»; Россия, 115522 Москва, Каширское шоссе, 34

**Контакты:** Оксана Анатольевна Суетина [oksanaanatolevna@yandex.ru](mailto:oksanaanatolevna@yandex.ru)

**Введение.** Распространенность клинически значимой депрессии среди подростков, излеченных от рака, достигает 15–25 %, что в 2–3 раза превышает показатели в общей популяции несовершеннолетних. Этот факт диктует необходимость изучения депрессивной патологии у таких больных.

**Цель исследования** – уточнение особенностей терапии депрессивных расстройств у больных, находящихся в ремиссии онкологического заболевания.

**Материалы и методы.** Клиническо-психопатологическим методом изучены подростки (50 пациентов в возрасте от 15 до 19 лет, 28 девушек и 22 юноши) с онкогематологической патологией (лейкозы, лимфомы). К моменту осмотра все больные относились к категории излеченных от злокачественного заболевания, находясь в состоянии ремиссии продолжительностью от 2 до 10 лет.

**Результаты и выводы.** Обращение к психиатру было связано с жалобами на подавленное настроение. В зависимости от выраженности депрессивного состояния и ведущего психопатологического синдрома применялись психотерапевтические и психофармакологические методы лечения. Сделан вывод о том, что для успешной курации депрессивных проявлений необходимо не только использование лекарственных и нелекарственных методов, но и согласованное межпрофессиональное взаимодействие специалистов разного профиля.

**Ключевые слова:** гемобластоз, подростки, онкогематологическая ремиссия, депрессия

**Для цитирования:** Суетина О.А., Кравченко Н.Е. Амбулаторная психиатрическая помощь переболевшим онкологическим заболеванием подросткам с расстройствами депрессивного круга в ремиссии. Русский журнал детской неврологии 2025;20(2):34–9.

DOI: <https://doi.org/10.17650/2073-8803-2025-20-2-34-39>

## Outpatient psychiatric care for adolescents who have recovered from cancer and have depressive disorders in remission

O.A. Suetina, N.E. Kravchenko

Research Center for Mental Health; 34 Kashirskoe Shosse, Moscow 115522, Russia

**Contacts:** Oksana Anatolyevna Suetina [oksanaanatolevna@yandex.ru](mailto:oksanaanatolevna@yandex.ru)

**Background.** The prevalence of clinically significant depression among adolescents cured of cancer reaches 15–25 %, which is 2–3 times higher than the rates in the general population of minors. This fact dictates the need to study depressive pathology in these patients.

**Aim.** To clarify the features of therapy for depressive disorders in patients in remission from cancer.

**Materials and methods.** Adolescents (50 patients aged 15 to 19 years, 28 girls and 22 boys) with oncohematological pathology (leukemia, lymphoma) were studied using a clinical and psychopathological method. By the time of examination, all patients belonged to the category of those cured of malignant disease, being in a state of remission lasting from 2 to 10 years.

**Results and conclusion.** The appeal to a psychiatrist was associated with complaints of depressed mood. Depending on the severity of the depressive state and the leading psychopathological syndrome, psychotherapeutic and psychopharmacological methods of treatment were used. It was concluded that for successful management of depressive manifestations it is necessary not only to use medical and non-medical methods, but also coordinated interprofessional interaction of specialists of different profiles.

**Keywords:** hemoblastosis, adolescents, oncohematological remission, depression

**For citation:** Suetina O.A., Kravchenko N.E. Outpatient psychiatric care for adolescents who have recovered from cancer and have depressive disorders in remission. *Russkiy zhurnal detskoj nevrologii = Russian Journal of Child Neurology* 2025;20(2):34–9. (In Russ.).

**DOI:** <https://doi.org/10.17650/2073-8803-2025-20-2-34-39>

## Введение

За последние десятилетия возрос интерес к исследованиям психических расстройств у пациентов, перенесших онкологическое заболевание. Рост выживаемости детей и подростков с онкологическими заболеваниями, достигнутый благодаря прогрессу в методах терапии, в частности внедрению высокодозной химиотерапии, трансплантации костного мозга, органосохраняющего лечения [1], привел к трансформации парадигмы привычного подхода в терапии: акцент постепенно смещается с исключительного контроля опухолевого процесса на минимизацию долгосрочных последствий лечения. Во всем мире, а также в нашей стране в настоящее время помощь таким пациентам выстраивается на принципах междисциплинарного взаимодействия, существенной характеристикой которого является объединение усилий специалистов разного профиля, включающее психологическое и психиатрическое сопровождение пациента не только на этапах противоопухолевого лечения, но и в периоды последующей реабилитации. Нередко ассоциированные с онкологическим процессом психолого-психиатрические проблемы выявляются и у находящихся в ремиссии, и даже у уже выздоровевших от опасного соматического заболевания. Значительное превышение уровня аффективной патологии у пациентов, перенесших онкологическое заболевание, в сравнении с общей популяцией диктует необходимость всестороннего изучения данной проблемы. Весьма значимыми оказываются эти факты для больных подросткового возраста, поскольку к факторам риска возникновения депрессий, связанных с онкологическим заболеванием, в том числе причисляется и молодой возраст пациентов [12]. Так, по данным метаанализа L. Wiener и соавт. (2020) [16], распространенность клинически значимой депрессии среди подростков, излеченных от рака, достигает 15–25 %, что в 2–3 раза превышает показатели в общей когорте лиц подросткового возраста. Как известно, ремиссия онкологического заболе-

вания не эквивалентна полному восстановлению здоровья: 30–40 % пациентов сталкиваются с устойчивыми психоневрологическими осложнениями, среди которых депрессивные расстройства занимают одно из ведущих мест [10]. Современные исследователи сходятся во мнении о том, что патогенез депрессии у подростков со злокачественными заболеваниями носит многофакторный характер, объединяя биологические последствия агрессивной терапии, психогенный и социальный ущерб от перенесенной болезни. Известно нейротоксическое действие химиотерапевтических агентов (метотрексат, цисплатин, винкристин) на структуры лимбической системы, такие как гиппокамп и префронтальная кора, что в итоге приводит к нарушению нейропластичности и дисрегуляции эмоциональных реакций [9]. Параллельно хроническое воспаление, индуцированное противоопухолевым лечением, провоцирует дисбаланс цитокинов (интерлейкина 6, фактора некроза опухоли альфа), что коррелирует с подавлением синтеза серотонина и дофамина [8]. Кроме того, психосоциальные факторы, включая стрессовое воздействие медицинских процедур [7], стигматизацию из-за изменений внешности [11] и экзистенциальный кризис «выжившего» [14], усугубляют риск развития депрессивных состояний, в том числе затяжных. Бесспорно, что наличие психических и психологических проблем у этой категории больных приводит к снижению качества жизни как самих пациентов, так и членов их семьи [3, 5, 6, 15]. В обзоре Ю.Е. Куртановой и соавт. (2020) [2], посвященном анализу зарубежных исследований по проблеме социализации детей с онкологическим заболеванием в анамнезе, подчеркивается, что тяжелая перенесенная болезнь и в дальнейшем продолжает оказывать негативное влияние на психологическое состояние переболевшего и затрудняет его реинтеграцию в социум, вызывая трудности социального взаимодействия, когнитивные расстройства и нарушения процесса обучения, приводя к эмоциональным расстройствам, депрессивным симптомам, состояниям

дистресса с признаками посттравматического стрессового расстройства, которые сохраняются в позднем подростковом возрасте и во взрослой жизни.

Несмотря на растущее количество исследований в области психоонкологии, ключевые клинические аспекты остаются дискуссионными. Во-первых, проявления депрессии у данной группы часто маскируются под соматические симптомы (усталость, астения, инсомния), которые расцениваются родителями и подростками, а иногда и врачами-онкологами как «нормальные» для их состояния, что приводит к гиподиагностике [4]. Во-вторых, до конца не сформированы консенсусные протоколы терапии данных состояний, учитывающие взаимодействие психотропных препаратов с поддерживающим противоопухолевым лечением [4]. В-третьих, большинство существующих исследований фокусируются на взрослых пациентах, тогда как специфика подросткового возраста (в том числе незавершенный нейрогенез и типичная для несовершеннолетних социальная и эмоциональная уязвимость), которая играет немаловажную роль как в формировании, так в особенностях терапии аффективных нарушений, зачастую недостаточно учитывается [10]. Таким образом, данный аспект психоонкологии сохраняет свою значимость до настоящего времени и определяет актуальность нашей работы.

**Цель исследования** — уточнение вариантов терапии наиболее распространенных типов депрессивных состояний, развивающихся в период ремиссии онкологического заболевания у детей и подростков.

### Материалы и методы

В исследование были включены дети и подростки с онкогематологической патологией (лейкозы, лимфомы), проходившие лечение и наблюдающиеся в Научно-исследовательском институте детской онкологии и гематологии им. Л.А. Дурнова Национального медицинского исследовательского центра онкологии им. Н.Н. Блохина и отделениях онкогематологии Морозовской детской городской клинической больницы Департамента здравоохранения Москвы (50 пациентов в возрасте от 13 до 19 лет, 28 девушек и 22 юноши), которые самостоятельно или по рекомендации онколога обратились к психиатру с жалобами на нарушение настроения. К моменту осмотра все больные относились к категории излеченных от злокачественного заболевания, находясь в состоянии клинко-гематологической ремиссии продолжительностью от 2 до 10 лет. В работе использовались клинко-психопатологический, клинко-катамнестический методы с привлечением данных из доступной медицинской документации, сведений, полученных от родителей, врачей, медперсонала. Для формализованной оценки состояния применялись шкала общего клинического впечат-

ления (Clinical Global Impression Scale, CGI) и госпитальная шкала тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS), предназначенная для выявления тревоги и депрессии у пациентов соматических стационаров.

### Результаты и обсуждение

Кратко характеризуя особенности клиники депрессивных состояний и их нозологическую принадлежность, необходимо отметить, что в значительном большинстве случаев ( $n = 44$ ) их можно было отнести к расстройствам, связанным со стрессом (F4 по Международной классификации болезней 10-го пересмотра), значительно реже ( $n = 6$ ) имели место аффективные состояния эндогенного круга. Депрессии, связанные со стрессом и по патогенетической сущности принадлежащие к категории нозогенных, включали тревожно-депрессивные состояния (у 18 пациентов), затяжные субдепрессивные синдромы (у 12 подростков), гипотимии с поведенческими девиациями (у 9 пациентов), а также неглубокие расстройства настроения с симптомами посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) (у 5 пациентов). Выраженность аффективных симптомокомплексов в таких случаях ограничивалась незначительными депрессивными проявлениями — от субклинически выраженных до легких (2–3 балла по шкале CGI и от 8 до 11 баллов по HADS). В их развитии значимая роль отводилась психогенным триггерам, связанным с осознанием жизнеугрожающего смысла тяжелого соматического недуга, социальным факторам (невозможность следования мечте и выбора профессии, запланированной до болезни, проблемы межличностного общения в среде сверстников), при этом определенную лепту в формирование подобных состояний приносили также конституционально-характерологические особенности разного полюса, от повышенной тревожности, сенситивности, мнительности, интровертированности до протестности, упрямства, демонстративности, однако не достигающие степени личностного расстройства. Кроме того, нельзя не учитывать и резидуально-органический фон, формирующийся у пациентов вследствие нейротоксического действия химиотерапевтического лечения и в известной мере облегчающий возникновение астенодепрессивной симптоматики. Депрессии, относящиеся к эндогенной аффективной патологии (у 6 подростков), развивались в ремиссии по эндореактивным и аутохтонным механизмам: в половине случаев это были умеренные по степени выраженности депрессии, которые наблюдались в рамках процессуального заболевания, у 3 пациентов диагностировано биполярное аффективное расстройство, причем манифестация гипоманиакальных состояний приходилась на период активного химиотерапевтического лечения, а на этапе уже отчетливой

гематологической ремиссии происходила инверсия аффекта с развитием депрессии.

Сразу следует оговориться, что лечение психических нарушений у подростков всегда сопряжено с целым комплексом проблем, как связанных с клиническими особенностями психопатологических проявлений и трудностями диагностики (неочерченность состояний, частое наличие коморбидных расстройств, полиморфизм клинической картины, признаки пубертатного криза), так и обусловленных нестабильным нейрогормональным фоном (на этом этапе взросления), повышенной чувствительностью к фармакологическим воздействиям и нередко плохой переносимостью психотропных средств. Терапевтический подход в целом должен строиться с учетом основных принципов, используемых при лечении нарушений психического здоровья у несовершеннолетних пациентов с онкологической патологией. Так, при выборе средств психотерапии необходимо учитывать вероятность взаимодействия этих препаратов с химиотерапевтическими и гормональными средствами, которые назначаются онкологами в период ремиссии; иметь в виду, что «в отличие от клинической психиатрии в общей медицине сохраняется принцип примата монотерапии, обеспечивающий максимально возможный уровень безопасности и переносимости» [4]; принимать во внимание соматическую ослабленность пациентов, приводящую к более высокой чувствительности к лекарственным веществам психотропного ряда, а также предполагать характер возможных побочных эффектов. Кроме того, после достижения клинико-гематологической ремиссии большинству пациентов в качестве терапевтической подосновы в связи с нейротоксическим действием лучевой и высокодозной химиотерапии необходимо назначение курсовой терапии препаратами церебропротекторного ряда для уменьшения выраженности резидуально-органических проявлений, включавших наряду с психической астенией (трудности интеллектуального напряжения, явления раздражительной слабости, истощаемость) легкие когнитивные нарушения (проблемы концентрации внимания, запоминания, некоторое снижение памяти), а также метеозависимость, нарушения вегетативной регуляции. С этой целью по согласованию с онкопедиатрами мы рекомендовали применение нейропротекторных препаратов: ноотропных (пикамилон, пантогам, фенибут, пирацетам), холиномиметиков (глиатилин, церетон), полипептидов (кортексин, церлутен), аминокислот (глицин), адаптогенов (когитум), а также витаминоподобных веществ (карнитин), препаратов, снижающих внутричерепную гипертензию (диакарб, глицерол), сосудистые средства (кавинтон, винпоцетин, стугерон), антиоксиданты (мексидол).

Для лечения собственно депрессивных состояний базовыми средствами являлись разрешенные к применению у детей антидепрессанты: трициклические (амитриптилин), серотонинергические (флувоксамин, сертралин, пароксетин) препараты, антидепрессанты двойного действия (венлафаксин). При этом варианты лечения разных проявлений аффективной патологии группировались по типу выступающих на первый план симптомов, составляющих психопатологический синдром. Выбор конкретного антидепрессанта зависел от клинического типа депрессивного синдрома, а доза — от тяжести состояния. В большинстве случаев использовались минимальные дозы, поскольку преобладали нетяжелые депрессивные расстройства. Как показывают наши клинические наблюдения, эффективными и хорошо переносимыми оказывались небольшие или даже субтерапевтические дозы препаратов. Учитывая приоритетное значение антидепрессантов в терапии депрессий, мы использовали как монотерапию, так и комбинацию этих препаратов с психотропными средствами другого ряда, в частности с мягкими нейрореплептиками (алимемазин, тиоридазин, сульпирид), противотревожными (гидроксизин, афобазол), а также фитопрепаратами (настойка валерианы, новопасит, седатен). С целью улучшения переносимости препаратов начальная стартовая доза всегда была минимальной — от 1/8 до 1/4 таблетки, а последующее титрование дозы — медленным (исключение составляли эндореактивные и эндогенные депрессивные синдромы, для купирования которых применялись принятые в психиатрической практике среднетерапевтические дозы лекарственных средств). Алгоритм терапии определялся клиническими параметрами и этапом течения основного соматического недуга. Если депрессивное состояние развивалось в начале становления ремиссии (в течение 1–2 лет) и на фоне еще продолжающегося поддерживающего противоопухолевого лечения, основными мотивами в выборе антидепрессанта могли быть не столько скорость достижения положительного эффекта и его уровень, сколько безопасность и хорошая переносимость препарата и особенности его взаимодействия с противоопухолевыми средствами. В тех же случаях, когда депрессивное расстройство диагностировалось в период выздоровления от онкологического заболевания, основной акцент при выборе препаратов ставился на возможно более быстрое достижение тимоаналептического эффекта (также при обязательном анализе спектра вероятных побочных и дополнительных положительных соматотропных эффектов). Таким образом, проводилась оценка соотношения «трех ключевых параметров» назначаемого психотропного лечения при соматической патологии: эффективности, переносимости и безопасности [4]. Длительность назначения антидепрессивного лечения

соотносилась с патогенетической основой депрессии: купирующая терапия при психогенно обусловленных депрессиях, как правило, была непродолжительной (1–2 мес), когда достигался стойкий антидепрессивный эффект, в течение 1,0–1,5 года продолжалась поддерживающая лекарственная терапия меньшими дозами, рекомендовались психотерапевтические занятия (обычно проводимые онкопсихологами). При депрессиях, манифестация которых начиналась по психогенным механизмам, а последующее формирование и персистирование происходило в рамках реакций и ресурсов личности, значимая роль отводилась не только лекарственному воздействию, но и психотерапевтическим интервенциям, при этом этап купирующей терапии был непродолжительным (1–3 мес), а от поддерживающей терапии подростки и их родители часто отказывались, предпочитая занятия с психологами, поездки в социально-реабилитационные центры. Купирующая терапия эндогенных и эндорективных депрессивных эпизодов была наиболее продолжительной (4–6 мес), поддерживающее лечение длилось не менее 2 лет; также в этих случаях были рекомендованы и стабилизаторы настроения (ламотриджин, карбамазепин) для профилактики повторных аффективных приступов.

Останавливаясь на более конкретных особенностях терапии в зависимости от ведущих проявлений аффективного синдрома, можно отметить, что положительный эффект при лечении депрессий, ассоциированных с астеническими проявлениями, достигался при применении сбалансированных антидепрессантов (сертралин, циталопрам), а также при сочетании этих препаратов с малыми нейролептиками, включающими тонизирующий и вегетостабилизирующий эффект (эглонил, алимемазин), или нейропротекторами с мягким стимулирующим и антиастеническим действием (церебро, глиатилин, пантогам). В качестве препаратов первого выбора при тревожно-депрессивном синдроме назначались селективные ингибиторы обратного захвата серотонина с седативным радикалом (флувоксамин, пароксетин), в других случаях, когда флувоксамин не мог использоваться в ремиссии онкогематологических заболеваний из-за возможного нарушения свертываемости крови, применялись тимоаналептики сбалансированного действия (сертралин, эсциталопрам) в комбинации с мягкими анксиолитиками (гидроксизин, афобазол, седатен). Когда в структуре депрессивного состояния имели место повышенная раздражительность, нарушения поведения, дисфорноподобные проявления, целесообразным было совмещение антидепрессантов с мягкими антипсихотиками и корректорами поведения в небольших дозах (тиоридазин, перициазин). Также при наличии симптомов посттравматического стрессового расстройства наря-

ду с антидепрессантами с анксиолитическим действием (пароксетин, флувоксамин, амитриптилин, перфеназин) применялись транквилизаторы (афобазол), малые нейролептики (алимемазин, тиапридал).

Следует подчеркнуть, что в любом случае необходимой составляющей лечебно-реабилитационной тактики являлась психотерапевтическая помощь, которая проводилась онкопсихологами и строилась в соответствии с психологическими особенностями и ресурсами личности несовершеннолетнего пациента.

### Выводы

В заключение можно сказать, что проблемы лечения депрессивных расстройств у находящихся в ремиссии или выздоровевших несовершеннолетних пациентов с онкологической патологией не могут решаться в рамках только узкопрофессиональной деятельности, для успешного решения этих задач необходимо согласованное взаимодействие специалистов разного профиля. Настоящие рекомендации по лечению депрессивных состояний, которые мы наблюдали в ремиссии онкологических заболеваний у подростков, представляя собой итог многолетних наблюдений, не являются исчерпывающими, так как, с нашей точки зрения, в процессе продолжающейся работы должно происходить дальнейшее уточнение клинических типов аффективной патологии, возможных вариантов ее лечения у этой категории больных. Необходимо подчеркнуть, что курация психических нарушений у подростков с онкологической патологией в целом должна включать как обязательные и равно приоритетные составляющие и лекарственные, и нелекарственные формы терапии. В тех случаях, когда симптоматика, относящаяся к кругу нарушений психического здоровья, выражена незначительно либо имеются категорические противопоказания для назначения психотропных средств, предпочтительно применение психотерапевтических методов, а также нейропротекторов и фитопрепаратов с анксиолитическим и антиастеническим действием. Когда же степень выраженности депрессивных проявлений заметно нарушает адаптацию, затрудняет процесс социализации и «включения» в дальнейшую жизнь, не следует игнорировать ресурс психотерапии, при этом необходимо знать и учитывать особенности побочных положительных и отрицательных эффектов применяемых средств, возможные лекарственные взаимодействия с препаратами, назначаемыми врачами-онкологами и терапевтами. Накопленный опыт позволяет прийти к выводам о том, что правильно подобранные методы терапии, применяемые с учетом всех обстоятельств, могут в значительной мере облегчить процесс реабилитации детей и подростков в ремиссии онкологических заболеваний.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Желудкова О.Г., Поляков В.Г., Рыков М.Ю. и др. Клинические проявления онкологических заболеваний у детей: практические рекомендации. Под ред. В.Г. Полякова, М.Ю. Рыкова. СПб.: Типография Михаила Фурсова, 2017. 52 с. Zheludkova O.G., Polyakov V.G., Rykov M.Yu. et al. Clinical manifestations of oncological diseases in children: practical recommendations. Ed. by V.G. Polyakova, M.Yu. Rykova. Saint Petesburg: Tipografiya Mikhaila Fursova, 2017. 52 p. (In Russ.).
2. Куртанова Ю.Е., Бурдукова Ю.А., Щербакоева А.М., Иванова А.А. Социальная адаптация детей с онкологическими заболеваниями после продолжительного лечения. Современная зарубежная психология 2020;9(3):127–38. (In Russ.). DOI: <https://doi.org/10.17759/jmfp.2020090312> Kurtanova Yu.E., Burdukova Yu.A., Shcherbakova A.M., Ivanova A.A. Social adaptation of children with oncological diseases after long-term treatment. *Sovremennaya zarubezhnaya psikhologiya = Modern Foreign Psychology* 2020;9(3):127–38. (In Russ.). DOI: <https://doi.org/10.17759/jmfp.2020090312>
3. Рябова Т.В., Никольская Н.С., Стефаненко Е.А. и др. Концепт «эмоциональный дистресс» как возможный показатель нарушений адаптации у детей/подростков с онкологическими и онкогематологическими заболеваниями и ухаживающих за ними взрослых. Российский журнал детской онкологии и гематологии 2019;6(4):76–82. DOI: 10.21682/2311-1267-2019-6-4-76-82 Ryabova T.V., Nikolskaya N.S., Stefanenko E.A. et al. The concept of “emotional distress” as a possible indicator of adaptation disorders in children/adolescents with oncological and oncohematological diseases and adults caring for them. *Rossiyskiy zhurnal detskoy onkologii i gematologii = Russian Journal of Pediatric Oncology and Hematology* 2019;6(4):76–82. (In Russ.). DOI: 10.21682/2311-1267-2019-6-4-76-82
4. Смулевич А.Б. Депрессии при психических и соматических заболеваниях. 4-е изд., перераб. и доп. М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2015. С. 487. Smulevich A.B. Depression in mental and somatic diseases. 4th edn, revised. Moscow: ООО “Izdatelstvo “Meditsinskoye informatsionnoye agentstvo”, 2015. P. 487. (In Russ.).
5. Тарасова А.В., Куприянова И.Е., Слонимская Е.М. и др. Персонализированная терапия онкологических пациентов с нозогенными реакциями. Сибирский вестник психиатрии и наркологии 2018;3(100):57–61. DOI: 10.26617/1810-3111-2018-3(100)-57-61 Tarasova A.V., Kupriyanova I.E., Slonimskaya E.M. et al. Personalized therapy for cancer patients with nosogenic reactions. *Sibirskiy vestnik psikhiiatrii i narkologii = Siberian Bulletin of Psychiatry and Narcology* 2018;3(100):57–61. (In Russ.). DOI: 10.26617/1810-3111-2018-3(100)-57-61
6. Хаин А.Е., Холмогорова А.Б., Абабков В.А. Эмоциональное состояние и стратегии совладания подростков с онкогематологическими заболеваниями. Клиническая и специальная психология 2018;7(4):131–49. Khain A.E., Kholmogorova A.B., Ababkov V.A. Emotional state and coping strategies of adolescents with oncohematological diseases. *Klinicheskaya i spetsialnaya psikhologiya = Clinical and Special Psychology* 2018;7(4):131–49. (In Russ.).
7. Bruce M. A systematic and conceptual review of posttraumatic stress in childhood cancer survivors. *J Pediatric Psychology* 2006;31(2):123–40. DOI: 10.1093/jpepsy/jsj017
8. Dantzer R., O’Connor J.C., Freund G.G. et al. From inflammation to sickness and depression: When the immune system subjugates the brain. *Nat Rev Neurosci* 2008;9(1):46–56. DOI: 10.1038/nrn2297
9. Dietrich J., Prust M., Kaiser J. Chemotherapy, cognitive impairment and hippocampal toxicity. *Neuroscience* 2015;309:224–32. DOI: 10.1016/j.neuroscience.2015.06.016
10. Pai A.L.H., Kazak A.E., Schneider S. et al. Psychosocial outcomes in adolescent survivors of childhood cancer. *J Clin Oncol* 2021;39(15):1717–28. DOI: 10.1200/JCO.20.02576
11. Pinquart M. Body image of children and adolescents with chronic illness: A meta-analytic comparison with healthy peers. *Body Image* 2013;10(2):141–8. DOI: 10.1016/j.bodyim.2012.10.008
12. Potash M., Breitbart W. Affective disorders in advanced cancer. *Hematol Oncol Clin North Am* 2002;16:671–700. DOI: 10.1016/s0889-8588(02)00013-8
13. Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) Program SEER Cancer Statistics Review (CSR) 1975–2017. National Cancer Institute, 2020. Available at: [https://seer.cancer.gov/csr/1975\\_2017/](https://seer.cancer.gov/csr/1975_2017/).
14. Weaver M.S., Heinze K.E., Kelly K.P. et al. Establishing psychosocial palliative care standards for children and adolescents with cancer and their families: An integrative review. *Palliat Med* 2019;33(2):212–23. DOI: 10.1177/0269216315583446
15. Wein S., Sulkes A., Stemmer S. The oncologist’s role in managing depression, anxiety and demoralization with advanced cancer. *Cancer J* 2010;16(5):493–9. DOI: 10.1097/PPO.0b013e3181f28b64
16. Wiener L., Battles H., Zadeh S. et al. Mental health interventions for survivors of pediatric cancer. *Pediatric Blood Cancer* 2020;67(3):e28234. DOI: 10.1002/pbc.28234

ORCID авторов / ORCID of authors

О.А. Сутина / O.A. Suetina: <https://orcid.org/0000-0003-4772-3356>  
 Н.Е. Кравченко / N.E. Kravchenko: <https://orcid.org/0000-0001-5627-8018>

**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.

**Соблюдение прав пациентов и правил биоэтики.** Исследование было одобрено комитетом по биомедицинской этике ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», все пациенты и/или их законные представители подписали информированное согласие на участие в исследовании.  
**Compliance with patients’ rights and principles of bioethics.** The study was approved by the biomedical ethics committee at the Research Center for Mental Health, all patients and/or their legal representatives signed informed consent to participate in the study.

**Статья поступила:** 14.06.2025. **Принята к публикации:** 15.07.2025. **Опубликована онлайн:** 31.07.2025.  
**Article submitted:** 14.06.2025. **Accepted for publication:** 15.07.2025. **Published online:** 31.07.2025.