

Есина О.Б.

Влияние характеристик стрессогенного события на клинические особенности ПТСР у детей

ГБУЗ СО СОКПБ, филиал «Детство», г. Екатеринбург

Yesina O.B

Influence of stressors type on clinical specifics PTSD of children

Резюме

В настоящей статье освещаются малоисследованные клинические аспекты детских посттравматических стрессовых расстройств, ассоциированных с характеристиками психотравмирующего события.

Ключевые слова: ПТСР, дети, типы стрессоров, клинические проявления, степень тяжести

Summary

This article elucidates little explored clinical aspects of children's posttraumatic stress disorders, associated with type stressors.

Key words: PTSD, children, stressor types, clinical manifestations, severity level

Введение

Согласно результатам исследований, 90% взрослых переживает по крайней мере одно травматическое событие в течение своей жизни [1], по другим данным, воздействие тяжелых психических травм испытывает на себе примерно 1/4 - 1/3 населения [2]. В ситуации воздействия психотравмирующего события ранний возраст является фактором, предрасполагающим к развитию стрессового расстройства [3,4]. По сравнению со взрослыми, пережившими аналогичные психотравмирующие события, у детей отмечается более высокая вероятность развития ПТСР [5]. Кроме того, дети могут развивать симптомы ПТСР после воздействия более широкой группы травматических стрессовых событий [6]. Существующие на сегодняшний день исследования описывают распространенность ПТСР среди детей, переживших определенные травматические события, такие как насилие, сексуальное злоупотребление или стихийные бедствия, при этом оценки, касающиеся способности тех или иных событий, вызывать ПТСР, в исследованиях этого типа значительно различаются [7,8,9]. Таким образом, закономерности, связанные с влиянием различных стрессовых событий на возникновение и клинические особенности посттравматического стрессового расстройства у детей требуют дальнейшего изучения.

Цель работы - исследование влияния характеристик стрессогенного события (типа травмирующего события, остроты / продолжительности экспозиции) на клинические проявления ПТСР у детей.

Материал и методы

Клинико-психологическое исследование включало смешанную семейную выборку: родитель-ребенок с об-

щей статистической базой для проведения корреляционного анализа ассоциаций данных клинического исследования детей и психологического исследования родителей. Общую базу исследования представляли 130 субъектов: 65 родителей (во всех случаях – один из родителей ребенка основной или контрольной группы по выбору семьи) и 65 детей. Общая выборка родитель-ребенок разделялась с целью сравнительного анализа на основную (30 родителей и 30 детей) и контрольную (35 родителей и 35 детей).

Родительские группы сравнения были представлены 30-ю родителями основной группы (29 женщин, 1 мужчина, средний возраст $41,5 \pm 10,71$ г.) и 35-ю родителями контрольной группы (30 женщин, 5 мужчин, средний возраст $39,48 \pm 7,37$ г.). Основная группа исследования была представлена родителями пациентов детской психиатрической службы (филиал «Детство» ГБУЗ СО СОКПБ) с верифицированным диагнозом посттравматического стрессового расстройства. В контрольную группу были включены родители детей, посещающих образовательные учреждения г. Екатеринбурга (МБОУ СОШ №138 и МБДОУ «Детство») без установленного психического расстройства.

Родители основной и контрольной группы были сопоставимы по полу (женщин 96,6% / 85,5% соответственно; $S_{bin}=3,25/5,95$, $p>0,05$) и по возрасту ($t=0,86$, $p>0,005$).

Выборки детей основной (30 детей с верифицированным диагнозом ПТСР) и контрольной группы (35 детей без установленного диагноза ПТСР) были сопоставимы по полу (мальчиков – 56,6% / 57,1% соответственно; $S_{bin}=9,044/8,355$, $p>0,05$) и среднему возрасту ($9,866 \pm 3,586$ и $9,885 \pm 3,333$ соответственно; $t=0,026$, $p>0,005$).

Диагноз ПТСР у ребенка устанавливался психиатром на основании соответствия клинических проявлений диагностическим критериям МКБ-10. Степень тяжести расстройства ребенка оценивалась при помощи индекса шкалы ПТСР [10], клинические варианты ПТСР определялись в соответствии с типологией А.А. Портновой [11]. Продолжительность заболевания ребенка определялась с момента возникновения симптоматики ПТСР до момента диагностирования ПТСР в настоящем исследовании.

В качестве инструмента для исследования распознавания родителями детей с ПТСР / без ПТСР эмоциональных и поведенческих проблем их детей использовалось специально разработанное полуструктурированное интервью для родителей. Интервью, позволяло родителям отмечать ряд эмоциональных и поведенческих проблем ребенка на основе кратких и понятных родителям описаний, которые при последующей обработке ответов стандартизовались исследователем в виде соответствующих клинических симптомов и признаков. Интервью содержало также пункты, касающиеся социодемографических и психосоциальных характеристик родительской семьи. Интервью заполнялось включенным в исследование родителем с помощью психиатра. Анамнестические и самоотчетные данные, полученные от родителей основной группы, учитывались при установлении диагноза ребенка.

Статистическая обработка полученных данных проводилась путем сравнения средних величин ($M \pm m$) и вычислений коэффициента Стьюдента при условии нормальности распределения или на основании вычислений непараметрического коэффициента S_{bin} при интервальном оценивании, а также путем серии корреляционных анализов (статистический пакет Vortex 8.0.7).

Результаты и обсуждение

В исследуемой общей выборке детей (основная и контрольная группа) воздействию стрессогенного собы-

тия, способного привести к развитию ПТСР (сексуального и физического насилия, смерть одного или обоих родителей, присутствие при насилие совершенном в отношении родителей, отказ родителей от ребенка, пожары, буллинг) подверглись 35 детей: все 30 детей основной группы (имеющих диагноз ПТСР) и 5 детей из контрольной группы (без диагноза ПТСР) - 100% против 14,3%.

Средняя продолжительность ПТСР у детей основной группы составляла с момента травмы $1,924 \pm 0,802$ г. (от 0,083 до 7 лет). Анамнестические данные, полученные от родителей и опекунов детей этой группы, позволили разделить тип психической травмы в зависимости от следующих факторов:

А. Острота / продолжительность травмирующего воздействия:

- хроническая травма – травматическая ситуация, воздействие которой на ребенка не прекращалось в течение года и более (например, психологическое или физическое насилие в семье или со стороны сверстников), либо травматическая ситуация, сама природа которой подразумевает хронический характер воздействия (отказ родителей от ребенка, смерть одного или двух родителей);

- относительно острая травма - травматическая ситуация, воздействие которой на ребенка было ограничено во времени и завершено (сексуальное насилие, физическое насилие, пожар, присутствие при насилие, совершенном в отношении родителей, буллинг [12].

Долевое распределение детей с ПТСР в зависимости от острого / хронического типа психотравмирующего события представлено на рисунке 1.

Б. Характер травмирующего события:

- отказ родителей от ребенка;
- смерть одного из родителей;
- смерть обоих родителей;
- физическое насилие;
- сексуальное насилие;
- пожар;

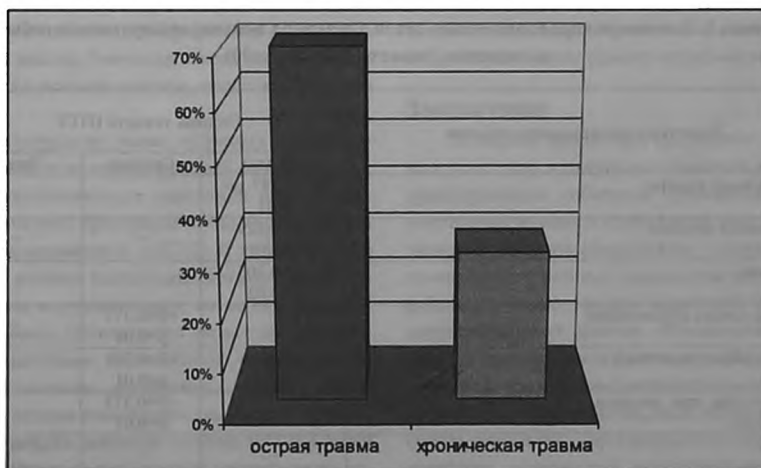


Рисунок 1. Долевое распределение детей основной группы в зависимости от острого/хронического типа психотравмирующего события (n=30).

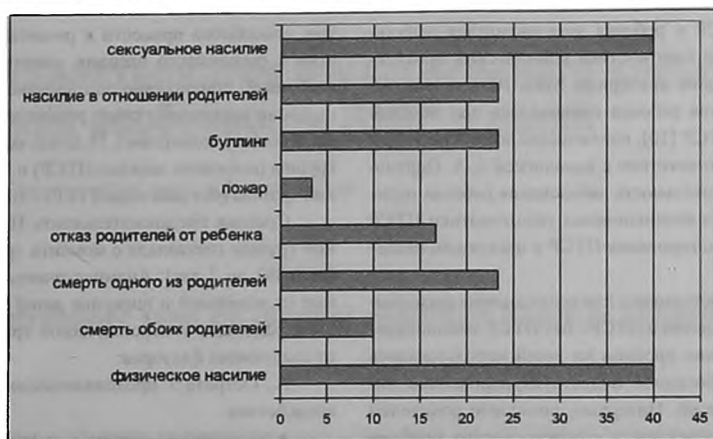


Рисунок 2. Долевое распределение детей в зависимости от характера психотравмирующего события (n=30).
 Примечание: количество случаев воздействия отраженных на рисунке психотравмирующих факторов превышает число пациентов; доли рассчитывались в процентах от количества случаев воздействия психотравмирующих факторов.

- присутствие при насилии, совершенном в отношении родителей;
- буллинг.

В ряде случаев дети подвергались одновременному или последовательному воздействию двух и более психотравмирующих факторов.

Долевое распределение детей в зависимости от характера психотравмирующего события представлено на рисунке 2.

Наиболее часто родители (опекуны) отмечали в качестве психотравмирующего события физическое (у 12 детей) и сексуальное насилие (12 детей), буллинг (7), смерть одного из родителей (7), присутствие при насилии, совершенном в отношении родителей (7). Таким образом, насилие в разных проявлениях и формах было ведущим психотравмирующим фактором в наблюдаемой выборке, что отражает актуальную ситуацию в современ-

ном обществе в отсутствии чрезвычайных происшествий [13].

С целью исследования влияния характера психотравмирующей ситуации на степень тяжести ПТСР был произведен корреляционный анализ. Значимые связи, установленные при корреляционном анализе, в котором участвовали данные только основной группы (n=30), представлены в таблице 1.

Значимые положительные корреляционные связи с наибольшей степенью тяжести ПТСР были выявлены для таких стрессогенных факторов, как физическое насилие, сексуальное насилие и буллинг. При этом, если физическое и сексуальное насилие традиционно в обществе считаются факторами нарушающими психологическое благополучие и могут связываться родителями с появлением проблем у ребенка, то роль буллинга как психотравмирующего фактора часто недооценивается родителями, педа-

Таблица 1. Значимые корреляционные связи характера психотравмирующего события со степенью тяжести ПТСР (n=30).

Характер травмирующего события	Степень тяжести ПТСР		
	Тяжелая	Средняя	Легкая
Сексуальное насилие	+F=0,387 p=0,01	-	-
Физическое насилие	+F=0,329 p=0,01	-	-
Буллинг	+F=0,305 p=0,02	-	-
Смерть одного из родителей	-	+F=0,373 p=0,01	-
Смерть обоих родителей	-	+F=0,292 p=0,01	-
Присутствие при насилии, совершенном в отношении родителей	-	+F=0,373 p=0,01	-
Пожар	-	-	+F=0,334 p=0,01
Отказ родителей от ребенка	-	-	-

Пояснения к таблице: указаны только значимые связи с p<0,05.

Таблица 2. Значимые корреляционные связи симптомов ПТСР с хроническим характером психотравмирующего воздействия (n=30)

Психопатологический симптом	Наличие хронической психологической травмы	
	F	p
Повышенная тревожность	-0,509	0,01
Хроническое снижение настроения	-0,582	0,01
Резкое изменение рисунка поведения	-0,843	0,001
Эмоциональная лабильность	-0,488	0,01

Пояснения к таблице: указаны только значимые связи с $p < 0,05$.

гонами и врачами. С меньшей степенью тяжести ПТСР у детей была значимо позитивно связана потеря родителей. Возможно, что в качестве протективного фактора здесь выступала поддержка со стороны родственников и общества, которую принято оказывать в таких случаях, в отличие от ситуации ретравматизации в которой нередко оказываются жертвы насилия. Значимую позитивную корреляционную связь с легкой степенью ПТСР показало такое событие как пожар. Возможно более легкая степень выраженности ПТСР в этом случае объясняется существованием мер его предотвращения (соблюдение правил противопожарной безопасности и т.д.), а, следовательно, большей контролируемостью события. Необходимо также отметить, что в каждом конкретном случае на силу воздействия психотравмирующего события влияли и такие факторы как особенности восприятия интенсивности события, его контролируемости и способность к совладанию с ним. В свете вышесказанного неожиданной находкой было отсутствие значимых связей между степенью тяжести ПТСР и таким травматическим событием, как отказ родителей от ребенка, что может объясняться сложностью механизма взаимодействия и влияния как внешних так и внутренних протективных факторов, а также факторов способствующих развитию ПТСР [14].

С целью исследования прочности связей фактора хронической психологической травматизации с психопатологическими симптомами, был произведен следующий корреляционный анализ. Значимые связи, выявленные в результате корреляционного анализа, представлены в таблице 2

Не было обнаружено также значимых связей наличия хронической психотравмирующей ситуации ни с одним из психопатологических симптомов, соответствующих диагностическим критериям МКБ-10 для ПТСР и симптомов, ассоциированных с ПТСР. В то же время, в корреляционном анализе были выявлены сильные и значимые негативные корреляционные связи наличия психологической травмы хронического характера с неспецифическими симптомами: повышенной тревожностью, хроническим снижением настроения, эмоциональной лабильностью, с резким изменением рисунка поведения.

Таким образом, клиническая картина ПТСР у детей при воздействии психической травмы хронического характера отличается сглаженностью внешних поведенческих симптомов и отсутствием резких изменений в состо-

янии ребенка, что может снижать способность родителей и специалистов к точной оценке состояния ребенка.

При корреляционном анализе, в котором участвовала вся выборка, включая основную и контрольную группы, были выявлены высокозначимые позитивные корреляционные связи между наличием психотравмирующего события и наличием ПТСР ($F=+0,857$, $p=0,01$). При этом следует отметить, что родители и опекуны 5 детей из контрольной группы (не имеющих диагноза ПТСР) также отметили наличие сильных психотравмирующих событий в анамнезе жизни ребенка (2 - физическое насилие, 1 - буллинг со стороны одноклассников, 2 - другие виды психотравмирующих факторов, содержание которых родители и опекуны не пожелали раскрывать). Родители и опекуны этих детей отмечали, что они наблюдали у них 1 - 2 симптома, связанных с пережитым стрессовым событием (нарушение засыпания, сновидения с негативным содержанием, отражающим психотравмирующую ситуацию, симптомы избегания и навязчивого воспроизведения) на протяжении непродолжительного времени (до месяца), затем у детей отмечалась редукция симптомов. С позиции теории стрессуязвимости можно предположить, что в этих 5 случаях обратного развития симптомов травматического стресса совокупное действие протективных факторов, повышающих стрессоустойчивость ребенка (биологических, психологических, семейных, социальных) оказалось сильнее, чем триггерное действие психотравмирующей ситуации [14].

Заключение

В мирное время, при отсутствии крупномасштабных катастроф и стихийных бедствий, наиболее частым травмирующим событием, приводящими к развитию посттравматического стрессового расстройства у детей является насилие (физическое, сексуальное, психологическое) жертвой или свидетелем которого становится ребенок, а также смерть родителей. Насилие, как психотравмирующий фактор, обуславливает наибольшую тяжесть посттравматического стрессового расстройства у детей по сравнению с воздействием других видов психотравмирующих событий, даже таких интенсивных, как смерть родителей. Посттравматическое стрессовое расстройство, развившееся вследствие хронической психотравматизации, обладает своими клиническими особенностями в виде большей сглаженности и постепенности

формирования симптоматики, нечеткости поведенческих маркеров, что может осложнять диагностику расстройств в тех случаях, когда воздействие травмирующего фактора оказывается растянутым во времени. Травматические стрессовые события высокой интенсивности, способные вызывать развитие стрессовых расстройств, имеют достаточно высокую распространенность в детской популяции (14,3%), однако совокупное действие про-

активных факторов способно предотвращать развитие стрессовых расстройств, минимизируя реакцию на стрессовое событие до отдельных транзиторных симптомов. ■

Есина О.Б. Врач психотерапевт ГБУЗ СО СОКПБ, Екатеринбург. Адрес для переписки: г. Екатеринбург, Сибирский тракт, 8й км. Тел.: 8(343) 320-33-00, e-mail: yesinao@mail.ru

Литература:

1. Roberts A.L., Gilman S.E., Breslau J., Breslau N., Koenen K.C. Race/ethnic differences in exposure to traumatic events, development of post-traumatic stress disorder, and treatment-seeking for post-traumatic stress disorder in the United States. *Psychological Medicine*. 2011; 41:71–83.
2. Сидоров И., Яковлева В. П. Ментальная экология ранней психической травмы. *Экология человека* 2014 № 09 С. 35-42.
3. Beesdo-Baum K., Knappe S. Developmental epidemiology of anxiety disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2012; 21:457-78.
4. Scholten W.D., Batelaan N.M., van Balkom A.J., Wjh Penninx B., Smit J.H., van Oppen P. Recurrence of anxiety disorders and its predictors. *J Affect Disord*. 2013;147:180-5.
5. Gabbay, V., Oatis, M.D., Silva, R.R., & Hirsch, G.. Epidemiological aspects of PTSD in children and adolescents. In Raul R. Silva (Ed.), *Posttraumatic Stress Disorder in Children and Adolescents: Handbook* (1-17). New York: Norton, 2004.
6. Kousha M., Tehrani S.M., Normative Life Events and PTSD in Children: How Easy Stress Can Affect Children's Brain. *Acta Medica Iranica*, 2013; 51(1): 47-51.
7. *Child Maltreatment 2011*. U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau, 2012.
8. Finkelhor, D., Turner, H., Ormond, R., Hamby, S. . Violence, abuse, and crime exposure in a national sample of children and youth. *JAMA Pediatrics*, July 2013 Volume 167, Number 7, 614-621.
9. Foa, E., Keane, T., Friedman, M., & Cohen. J. (Eds.) (2009). *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York: Guildford Press
10. Pynoos R.S., Issues in the treatment of posttraumatic stress in children and adolescents. In: J.P.Wilson, B.Raphael (eds) *International handbook of traumatic stress syndromes*. - New York: Plenum Press, 1993. - P. 535-549.
11. Портнова А.А. Типология посттравматического стрессового расстройства у детей и подростков // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. – 2005. – Вып.12. – С. 9.
12. Ермолова Т.В., Савицкая Н.В. Буллинг как групповой феномен: исследование буллинга в Финляндии и скандинавских странах за последние 20 лет (1994—2014) // *Современная зарубежная психология*. 2015. Т. 4, № 1. С. 65—90.
13. Доклад Павла Астахова на X съезде уполномоченных по правам ребенка в субъектах РФ. *Российская газета* № 6221 от 31 октября 2013 г.
14. Shalev, A.Y., Ankri Y., Israeli-Shalev Y., Peleg T., Adesky R., Freedman S. Prevention of Posttraumatic Stress Disorder by Early Treatment. Results From the Jerusalem Trauma Outreach and Prevention Study. *Arch Gen Psychiatry*. 2012; 69 (2): 166-176.