

Есина О.Б.

## Способность специалистов психиатрических служб к распознаванию симптомов ПТСР у детей и подростков

ОГУЗ СОКПБ, филиал «Детство», г. Екатеринбург

Yesina O.B.

### The capacity of mental health services to recognize symptoms of PTSD in children and adolescents

#### Резюме

Цель: Исследование способности специалистов психиатрических служб к распознаванию симптомов ПТСР у детей и подростков в сравнении с симптомами других психических расстройств и состояний. Материал и методы: В 2010 г. было опрошено 55 специалистов психиатрических больниц (средний возраст 43,314±2,978, мужчин - 16, женщин - 39). Группа состояла из 31 психиатра, 13 психотерапевтов, 11 медицинских психологов. 26 специалистов прошли тематическое обучение по ПТСР непосредственно перед проведением настоящего исследования, подгруппа не обучавшихся состояла из 29 специалистов. Исследование проводилось при помощи полуструктурированного опросника. Способность к распознаванию расстройств определялась по количеству правильных ответов (уровень идентификации). Все полученные данные формализовались как «верные / неверные» ответы и, наряду с социодемографическими и профессиональными характеристиками, участвовали в корреляционном анализе, проводимом с помощью статистического пакета Vortex 5.1. Результаты: Общий уровень идентификации ПТСР специалистами среди прочих заболеваний оказался низким: 65,4% – распознавание ПТСР у младших детей и 67,3% – распознавание ПТСР у подростков. Было выявлено, что психиатры значимо реже верно распознают ПТСР у младших детей. Статус медицинского психолога имел значимую позитивную связь с верной идентификацией ПТСР у младших детей. Выявлена сильная и значимая позитивная корреляционная связь предшествующего обучения по ПТСР и правильным распознаванием симптомов этого расстройства у детей младшего возраста. **Ключевые слова:** посттравматическое стрессовое расстройство, ПТСР, дети, подростки, способность к распознаванию симптомов

#### Summary

The goal: to investigate the ability of specialists from mental hospital, to recognize PTSD. Material and methods: 55 specialists were questioned (the mean age 43.3 years, 16 men, 39 women). The group consisted of 13 psychotherapist, 11 medical psychologists, 31 psychiatrists. 26 specialists had training in PTSD before this investigation. The investigation was carried out with the help of the semi-structured inquirer. The ability to diagnose PTSD was identified by number of correct answers. All findings characterized together with sociodemographic and professional features took part in correlation analysis. The results: the level of PTSD identification among children was found low 65.4%. The correlation between the correct identification PTSD and sociodemographic features wasn't found ( $p > 0.05$ ). The results of correlation analysis showed that psychiatrists more rarely diagnosed PTSD among children ( $V_{Cramer} = 0.485$ ,  $p < 0.05$ ) than psychologists did ( $V_{Cramer} = 0.363$ ,  $p < 0.05$ ). We found out the strong and important positive correlation between previous PTSD training and correct PTSD diagnostics among children ( $V_{Cramer} = 0.614$ ,  $p < 0.05$ ). **Key words:** The less psychiatrists' ability to diagnose PTSD among children can be explained by low awareness and by that the biomedical model predominates over the biopsychosocial model in the psychiatrists' thinking.

#### Введение

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) — относительно новый для отечественной психиатрии диагноз. Согласно МКБ-10 ПТСР «возникает как отставленная и затяжная реакция на стрессовое событие или ситуацию исключительно угрожающего или

катастрофического характера, которая в принципе может вызвать общий дистресс почти у каждого человека». [1]. Несмотря на то, что в популяции ПТСР встречается чаще, чем любые другие психические заболевания - от 7 до 12% [2], а в популяциях с неблагоприятными микро-социальными условиями, например среди несовершенно-

летних осужденных – свыше 50% [3], распознавание специалистами этого заболевания у детей на сегодняшний день представляет особую сложность. Если рассматривать частоту воздействия на детей травмирующих событий на примере лишь одного из возможных его вариантов, такого как насилие, то по данным статистики ГУВД Свердловской области в 2010 году зарегистрировано 6 052 преступлений против несовершеннолетних [4]. При этом среди пациентов детских отделений Свердловской Областной клинической психиатрической больницы диагностировано лишь в одном случае [5], что на фоне цифр статистики ГУВД свидетельствует о том, что детская психиатрическая служба ПТСП практически не диагностирует.

Гиподиагностика ПТСП может быть связана с целым рядом клинических и социально - психологических факторов. Это расстройство описано относительно недавно и еще недостаточно исследовано. Диагностика психических расстройств у детей и подростков несет в себе дополнительные трудности, поскольку возрастной фактор играет патопластическую роль [6]. Кроме того, существуют объективные сложности диагностики стрессогенных расстройств у детей, особенно младшего возраста. В частности, недостаточная сформированность речевых навыков у ребенка или утрата их вследствие психотравмы, трудности установления контакта с ребенком из-за часто возникающих в таких случаях реакций страха, стыда или недоверия. Зачастую, у пациентов, переживших психическую травму, выявляются коморбидные психические расстройства, затрудняющие правильную диагностику. В целом, правильно идентифицируя коморбидную симптоматику, врачи нередко игнорируют роль воздействия психотравмирующего события [7].

На способность распознавать заболевание влияют индивидуальные психологические характеристики специалиста (устойчивые личностные качества, уровень развития познавательных способностей, характерный когнитивный стиль), а также возможные объективные (т. е. не зависящие от самого врача и степени его профессиональной подготовки), и субъективные (прямо зависящие от знаний и умений врача, его опыта) причины трудностей в диагностике [8]. На основании этих находок можно предположить, что на способность распознавать ПТСП у детей оказывают влияние профессиональный статус, качество образования, а также готовность самих специалистов к диагностике этого заболевания.

**Цель работы:** Исследование влияния психосоциальных факторов на способность специалистов психиатрических служб к распознаванию симптомов ПТСП у детей и подростков в сравнении с симптомами других психических расстройств и состояний.

## Материалы и методы

Было проведено сплошное исследование специалистов психиатрических служб (слушателей кафедры психиатрии ФПК и ПП УГМА). Всего было опрошено 55 специалистов (средний возраст  $43,314 \pm 2,978$ , мужчин - 16, женщин - 39). Группа состояла из 31 психиатра (20 женщин, 11 мужчин, средний возраст  $44,61 \pm 1,65$ ,

13 психотерапевтов (5 мужчин, 8 женщин, средний возраст  $43,69 \pm 1,31$ ) и 11 медицинских психологов (11 женщин, средний возраст  $36,91 \pm 0,89$ ). Группы психиатров и психотерапевтов сопоставимы между собой по возрасту ( $t=1,95$ ,  $p>0,05$ ) и полу - интервальная разница статистически незначима при вычислении стандартной ошибки для дихотомической переменной ( $S$  bin) ( $p>0,005$ ) [9]. Среди психологов значимо преобладали женщины ( $p<0,005$  при интервальном оценивании), и средний возраст психологов был значимо ниже, чем у психотерапевтов ( $t=15,01$ ,  $p<0,05$ ) и психиатров ( $t=8,56$ ,  $p<0,05$ ). 26 специалистов прошли тематическое обучение по ПТСП непосредственно перед проведением настоящего исследования (из них 10 мужчин и 16 женщин, средний возраст -  $40,464 \pm 3,105$ ). Подгруппа не обучавшихся по ПТСП, состояла из 29 специалистов (из них 6 мужчин и 23 женщины, средний возраст  $46,783 \pm 5,471$ ).

Исследование групп сравнения проводилось стандартным образом при помощи анонимного полуструктурированного опросника, составленного по аналогии с инструментом, разработанным для исследования психиатрической грамотности населения Семинны И.Р., Агарковым А.П. [10]. Опросник содержал краткие описания наиболее типичных особенностей поведения людей, страдающих психическими расстройствами (эндогенной депрессией, простой шизофренией, параноидной шизофренией, эпилепсией, алкоголизмом), описания пубертатного криза и клинических проявлений ПТСП у подростков и детей младшего возраста. Респондентам предлагалось оценить описанные феномены как вариант «нормы» или психопатологическое состояние. Способность к распознаванию расстройств определялась по доле правильных ответов от общего числа. Помимо количественной оценки, выражающей уровень идентификации ПТСП, все ответы респондентов формализовались как «верные / неверные» (точность идентификации) и, наряду с социодемографическими характеристиками, а также с принадлежностью к основной / контрольной группе, участвовали в корреляционном анализе, проводимом с помощью статистического пакета Vortex 5.1.

Результаты исследования: Все анкеты оказались завершенными и пригодными для анализа. Способность к распознаванию симптомов психических расстройств и состояний в рейтинге частоты верного распознавания для общей выборки респондентов представлена в таблице 1.

Первые места в рейтинге верного распознавания занимают параноидная шизофрения, эпилепсия и алкоголизм у взрослых, что свидетельствует о высоком уровне верной идентификации этих расстройств в общей выборке специалистов (100% - 98,2%). На среднем уровне (3 - 4-е место в рейтинге) с частотой 85,4% - 76,4% были верно распознаны эндогенная депрессия у взрослых и пубертатный криз. Наиболее низкие места в рейтинге (5 - 7-е) занимали ПТСП у подростков и детей младшего возраста, а также простая шизофрения у подростков. Эти данные указывают на низкие показатели верной идентификации специалистами симптомов психических расстройств у детей и подростков (67,3% - 41,8 %).

Таблица 1. Рейтинг частоты верного распознавания симптомов психических расстройств и состояний специалистами психиатрических служб (n=55).

Задание для респондентов	Верное распознавание		Место в рейтинге
	п	%	
Параноидная шизофрения у взрослых	55	100,0	1
Эпилепсия у взрослых	55	100,0	1
Алкоголизм у взрослых	54	98,2	2
Эндогенная депрессия у взрослых	47	85,4	3
Пубертатный криз	42	76,4	4
ПТСР у подростков	37	67,3	5
ПТСР у детей младшего возраста	36	65,4	6
Простая шизофрения у подростков	23	41,8	7

Таблица 2. Значимые влияния профессионального статуса специалистов на точность идентификации ими симптомов психических расстройств и состояний (n=55).

Точность идентификации симптомов психических расстройств и состояний	Профессиональный статус специалистов		
	Психиатры	Психотерапевты	Медицинские психологи
ПТСР у подростков - верно - неверно	0,223	0,114	0,155
ПТСР у детей младшего возраста - верно - неверно	0,485*	0,224	0,363*
Пубертатный криз - верно - неверно	0,144	0,209	0,043
Простая шизофрения у подростков - верно - неверно	0,300*	0,298*	0,055
Параноидная шизофрения у взрослых	Нерассч.	Нерассч.	Нерассч.
Эпилепсия у взрослых	Нерассч.	Нерассч.	Нерассч.
Эндогенная депрессия у взрослых - верно - неверно	0,155	0,230	0,052
Алкоголизм у взрослых - верно - неверно	0,120	0,076	0,068

Примечание: в ячейках таблицы указаны значения коэффициента корреляции V Крамера;

\* -  $p < 0,05$ ; Нерассч. - коэффициент корреляции рассчитать невозможно, поскольку точность идентификации расстройства - 100%.

При последующем корреляционном анализе значимых связей уровня идентификации с полом и возрастом респондентов в настоящем исследовании не выявлено ( $p > 0,05$ ).

Способность к распознаванию расстройств в процедурах парного распределения на основе коэффициента корреляции V Крамера, где в качестве независимой переменной выступал профессиональный статус специалистов (психиатр, психотерапевт, медицинский психолог), а в качестве зависимой – точность идентификации симптомов психических расстройств и состояний отражена в таблице 2.

Таким образом, все специалисты, независимо от профессионального статуса, со 100%-й точностью идентифицировали эпилепсию и параноидную шизофрению у взрослых, что может объясняться четкостью диагностических критериев этих заболеваний, их изученностью и значительным вниманием этим расстройствам при подготовке специалистов. Не обнаружено значимых связей профессионального статуса с точностью идентификации

пубертатного криза, ПТСР у подростков, эндогенной депрессии и алкоголизма у взрослых ( $p > 0,05$ ). Следовательно, по способности к распознаванию симптомов этих расстройств психиатры так же, как и в предыдущих группах симптомов, не отличались значимо ни от психотерапевтов, ни от медицинских психологов. Поскольку симптомы пубертатного криза, подросткового ПТСР, эндогенной депрессии и алкоголизма у взрослых занимали 2-е – 5-е места в рейтинге распознавания (67,3% - 98,2%), эти данные могут указывать на то, что профессиональная подготовка психиатров не дает им преимуществ в диагностике этих психических расстройств и состояний по сравнению с другими специалистами, таким образом, снижая общую для выборки способность к распознаванию за счет «супущенной выгоды».

Значимые связи точности идентификации с профессиональным статусом специалистов обнаружены лишь для 2-х форм психических расстройств: простой шизофрении у подростков и ПТСР у детей младшего возраста. При корреляционном анализе было выявлено, что статус

психиатра имеет более сильную негативную ассоциацию с точной идентификацией ПТСР у детей младшего возраста ( $p < 0,05$ ) и позитивную ассоциацию - с точной идентификацией простой шизофрении у подростков ( $p < 0,05$ ). Статус психотерапевта имел лишь одну значимую негативную корреляцию с точным распознаванием простой шизофрении у подростков ( $p < 0,05$ ), а статус медицинского психолога - только значимую позитивную связь с точной идентификацией ПТСР у детей младшего возраста ( $p < 0,05$ ).

В рамках настоящего исследования был продемонстрирован низкий уровень идентификации психогенных заболеваний у детей на примере ПТСР. Меньшая способность к распознаванию симптомов такого заболевания как ПТСР у детей младшего возраста может объясняться тем, что в клиническом мышлении психиатров по-прежнему преобладает биомедицинская модель над биопсихосоциальной. Именно этот фактор определяет соответствующий «биологически-центрированный» сбор анамнеза психиатрами, селективное выделение ими определенных фактов, симптомов и каузальных связей в ущерб другим, и, в конечном счете, приводит к гипердиагностике органической и эндогенной патологии у детей. На этом фоне медицинские психологи демонстрируют значимо более высокую способность к распознаванию симптомов ПТСР у детей, возможно в силу специфики их профессионального образования, в котором больше внимания уделяется влиянию на душевное здоровье психосоциальных факторов.

В последующем корреляционном анализе была проверена возможность повышения у психиатров точности идентификации ПТСР у детей младшего возраста в ре-

зультате повышения их профессиональной компетентности в этой патологии. Выявлена сильная и значимая позитивная корреляционная связь предшествующего обучения психиатров по ПТСР с более точной идентификацией ими ПТСР у детей младшего возраста ( $V$  Крамера = 0,614,  $p < 0,05$ ).

## Выводы

В рамках настоящего исследования был выявлен в целом низкий уровень распознавания специалистами психогенных заболеваний на примере ПТСР, причем профессиональный статус психиатра имел более сильную негативную ассоциацию с верной идентификацией этого заболевания у младших детей, а статус медицинского психолога, напротив - значимую позитивную связь с правильным распознаванием. Было продемонстрировано значимое положительное влияние профессионального тематического обучения на качество распознавания психиатрами ПТСР у младших детей.

Таким образом, основная причина гиподиагностики ПТСР у детей заключается в недостаточной готовности специалистов, и, прежде всего, психиатров к распознаванию этого заболевания. Улучшение способности верно диагностировать ПТСР после соответствующего тематического обучения свидетельствует также о недостаточной исходной компетентности специалистов в особенностях клиники и диагностики этого расстройства у детей. ■

*Есина О.Б. - ОГУЗ СОКПБ, филиал «Детство», г. Екатеринбург; Адрес для переписки – г. Екатеринбург, ул. Фрезеровщиков, д.26 кв. 95, yesinao@mail.ru*

## Литература:

1. ВОЗ. Международная классификация болезней (10-й пересмотр): Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. Пер. на русский язык под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. СПб: Адис, 1994.
2. Волошин В.М. Феноменологические аспекты посттравматического стрессового расстройства. Российский медицинский журнал 2006; 7: 41.
3. Кидрасова Н.Ф. Клинические особенности и факторы риска формирования посттравматических стрессовых расстройств у несовершеннолетних осужденных [диссертация]. Оренбург: Оренбургская гос.мед. академия; 2007; 22.
4. Т.Б.Бурова. Сильный против слабого. Екатеринбург: Уральский рабочий; 23.03.11.
5. Областное государственное учреждение здравоохранения «Свердловская областная клиническая психиатрическая больница». Годовой статистический отчет за 2010 год.
6. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста: Руководство для врачей. М: Медицина; 1995.
7. Марценковский И.А. Посттравматическое стрессовое расстройство у детей: поиск нового смысла. Неврология, Психиатрия, Психотерапия 2007; 6/1: 69-71.
8. Бедрин Л.М., Урванцев Л.П. Психология и деонтология в работе врача: Учебно-методические рекомендации для студентов, субординаторов и врачей. Ярославль: Изд-во ЯрГУ; 1988.
9. Девятко И.Ф. Методы социологического исследования. М: Университет, 2002.
10. Сумин И.Р., Агарков А.П. Психически больной в обществе (отношение к душевнобольным в социуме, в семье, на производстве, оптимизация психиатрической помощи). Томск: Красное знамя, 1997.