

На правах рукописи

**ЕСИНА
Ольга Борисовна**

**ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО У
ДЕТЕЙ: ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ
ФОРМИРОВАНИЯ, КЛИНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И
ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ**

Специальности: 14.01.06 — психиатрия
19.00.04 — медицинская психология

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Екатеринбург-2017

Работа выполнена в Уральском государственном медицинском университете

Научные руководители:

доктор медицинских наук, профессор
Кремлева Ольга Владимировна
доктор медицинских наук, профессор
Макаров Игорь Владимирович

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, доцент,
заведующий кафедрой психиатрии и
наркологии Санкт-Петербургского
государственного педиатрического
медицинского университета
Гречаный Северин Вячеславович

доктор медицинских наук, доцент кафедры
детской психиатрии, психотерапии и
медицинской психологии Северо-Западного
государственного медицинского
университета им. И.И. Мечникова
Городнова Марина Юрьевна

Ведущая организация: Южно-Уральский государственный медицинский университет.

Защита диссертации состоится «30» ноября 2017 г. в 10 часов 30 минут на заседании совета Д 208.093.01 по защите докторских и кандидатских диссертаций при Национальном медицинском исследовательском центре психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева (192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3)

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке института и на сайте по адресу: <http://www.bekhterev.ru/>

Автореферат разослан 30 октября 2017 г.

Ученый секретарь диссертационного совета,
доктор медицинских наук

Бутома Борис Георгиевич

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования. Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) является заболеванием, существенно снижающим качество жизни и ухудшающим социальный прогноз в отношении личной и профессиональной жизни индивида, обладающим тенденцией к хронизации и расширению симптоматики (Волошин В.М., 2005). Клиническая картина и механизмы развития ПТСР детского возраста изучены незаслуженно мало, поскольку раннее развитие этого расстройства создает почву последующей психопатологической коморбидности и значительно осложняет траекторию развития личности и ее судьбы. Особенности реагирования на стресс у детей обусловлены недостаточной сформированностью механизмов психологической защиты в детском возрасте (Ташлыков В.А., 1990), в то время как дефицит конструктивных форм совладающего поведения увеличивает стрессогенность травматических событий (Кремлева О.В. и др., 2008; Чехлатый Е.И., 1994;). Специфичность этиопатогенеза ПТСР у детей обусловлена также психосоциальными факторами, влиянием семейного окружения, поведенческими и личностными характеристиками родителей и опекунов. Многими авторами подчеркивается влияние моделей родительского поведения, в частности влияния родительских способностей и способов справляться со стрессом на различные аспекты адаптации и функционирования их детей (Вассерман Л.И. и др., 2004; Попов Ю.В., Бруг А.В., 2005; Эйдемиллер Э.Г., 2009). Решающую роль в развитии ПТСР играет первичное окружение ребенка, которое часто не выполняет важной буферной функции, не способствует адаптации ребенка к стрессогенной ситуации, не защищает его личность от разрушительных последствий травмы, не обеспечивает ребенка своевременной профессиональной помощью (Портнова А.А., 2005; Alisic E. et al, 2011; Pine D.S., Cohen J.A., 2002; The American Psychological Assotiations, 2010; Udwin O., 2000).

На сегодняшний день отмечается дефицит комплексных исследований в области ПТСР у детей, которые позволяли бы связать различные (биологические, клинические, психологические, семейные) аспекты развития этого заболевания. На фоне наличия доказательств влияния особенностей личностного реагирования и акцентуаций характера на риск развития и оформление клинической картины ПТСР (Снедков Е.В., 1997) недостаточно изучены влияния таких личностных особенностей родителей ребенка, как способность к идентификации и вербализации чувств, коммуникации чувствами (алекситимия), а также родительского поведения (совладающего, воспитательного) на уязвимость ребенка к ПТСР. Это обуславливает целесообразность применения в методологии настоящего исследования биопсихосоциального подхода, подразумевающего исследование клинико-психопатологических, психологических и социальных аспектов развития ПТСР в их взаимосвязи.

Целью настоящего исследования являлось выявление клинических

характеристик и совершенствование диагностики посттравматического стрессового расстройства у детей с учетом его ассоциаций с психологическим, биологическим, семейным и социальным контекстом.

Задачи исследования:

1. Изучить симптоматику ПТСР у детей и установить связи выявленных у детей психопатологических симптомов с наличием ПТСР. Выявить и описать типы ПТСР у детей в зависимости от клинических проявлений, исследовать долевое распределение клинических типов ПТСР у детей. Провести сравнительный анализ клинических проявлений ПТСР в зависимости от степени тяжести расстройства. Изучить долевое распределение детей в зависимости от типа и временных характеристик психической травмы, связанных с началом ПТСР, исследовать влияние характеристик психической травмы на клинические проявления и степень тяжести ПТСР у детей.

2. Исследовать относительный вклад в уязвимость к ПТСР биологических, социодемографических и психосоциальных факторов, ассоциированных с онтогенезом ребенка. Определить факторы, влияющие на своевременную диагностику ПТСР у детей.

3. Изучить способность родителей детей с ПТСР к идентификации и вербализации чувств, коммуникации чувствами (алекситимия). Установить ассоциации родительской алекситимии с ПТСР у детей и клиническими особенностями детского ПТСР.

4. Изучить особенности совладающего поведения родителей и опекунов детей с ПТСР. Установить ассоциации родительских копингов и копинг-стратегий с уязвимостью ребенка к ПТСР и патопластикой детского ПТСР.

5. Изучить особенности стилей воспитания родителей и опекунов детей с ПТСР. Установить ассоциации стилей воспитания с уязвимостью ребенка к ПТСР и патопластикой детского ПТСР.

Научная новизна исследования. Впервые системно описана обширная симптоматология ПТСР у детей, с классифицированием симптомов по группам в зависимости от степени их специфичности, а также принадлежности к принятым диагностическим критериям ПТСР. Были выделены следующие группы:

а) симптомы, соответствующие диагностическим критериям МКБ-10 (симптомы, специфические для ПТСР);

б) ассоциированные симптомы - симптомы, не включенные в диагностические критерии МКБ-10, но при этом, являющиеся специфичными для ПТСР и отражающими фиксацию детей на травме;

в) неспецифические симптомы – симптомы, встречающиеся у детей с ПТСР, не включенные в диагностические критерии МКБ-10, не являющиеся специфичными для этого заболевания и имеющие широкое распространение при различных психических заболеваниях в детском возрасте.

Доказана специфика связей отдельных психопатологических симптомов с наличием диагноза ПТСР у детей. Впервые выявлена патопластическая роль характеристик психотравмирующей ситуации в формировании клинических особенностей и особенностей течения ПТСР у детей. Впервые исследованы ассоциации социодемографических и психосоциальных факторов уязвимости с ПТСР, развившимся в результате воздействия различных стрессовых событий, что позволило выявить феномены и закономерности общие для детского ПТСР.

Впервые исследована выраженность алекситимии, виды копингов и копинг-стратегий, а также стили воспитания у родителей и опекунов детей с ПТСР; влияние родительской алекситимии, копинг-стратегий и стилей родительского воспитания на уязвимость ребенка к ПТСР, а также относительный вклад этих психологических и поведенческих факторов в клинические проявления расстройства.

Впервые комплексно исследованы проблемы диагностики ПТСР на различных ее этапах и выявлены причины трудностей диагностики ПТСР как на этапе распознавания проявлений ПТСР родителями, так и на этапе профессиональной деятельности специалистов.

Практическая значимость работы. Результаты исследования обеспечивают более своевременную и точную диагностику / дифференциальную диагностику ПТСР у детей, а также могут быть использованы в дальнейшей разработке диагностических критериев ПТСР у детей.

Полученные данные позволяют выстраивать стратегии мишене-ориентированной профилактики ПТСР у детей в ситуации экстремального стрессового воздействия с учетом выявленных биологических и психосоциальных факторов уязвимости ребенка, а также психологических факторов, ассоциированных с личностью, характеристиками совладающего и воспитательского поведения родителей и опекунов.

Результаты исследования позволяют точнее определять задачи терапевтического воздействия и разрабатывать более эффективную стратегию психотерапевтического вмешательства с учетом описанных в работе клинических особенностей ПТСР у детей и выявленной специфики семейного контекста.

Реализация работы. По материалам диссертации опубликованы 10 научных работ, из них 4 статьи в изданиях, внесенных в перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий.

Методология и материалы исследования используются в учебных программах на циклах повышения квалификации психиатров, психотерапевтов, медицинских / клинических психологов на кафедре психиатрии, наркологии и психотерапии ФПК и ПП Уральского государственного медицинского университета (УГМУ).

Апробация работы. Основные положения диссертации докладывались, обсуждены и одобрены на Евразийском конгрессе с международным участием «Медицина, фармация и общественное здоровье 2013» (г. Екатеринбург, 2013); на научно-практической конференции «Research in modern medicine» (25 марта 2014 г., г. Екатеринбург); на 66-й Всероссийской научно-практической конференции молодых учёных и студентов «Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения» (6-7 апреля 2011 г., г. Екатеринбург); на Межрегиональной научно-практической конференции «Совершенствование механизмов выявления фактов насилия и жестокого обращения с детьми и мер по защите прав несовершеннолетних» (15 декабря 2011 г., г. Екатеринбург); на региональной конференции «Телефон доверия: профилактика жестокого обращения в семье» (22 апреля 2011 г., г. Екатеринбург); на конференции «Проблема развития детей в России в XXI веке» (16 февраля 2011 г., Уральский научно-исследовательский институт человека, г. Екатеринбург); на региональной конференции «Актуальные проблемы нейропсихологической коррекции и развития детей» (20 февраля 2011 г., г. Екатеринбург); на областной информационно-практической конференции «Формирование стрессоустойчивости у детей» (16 октября 2013 г., Центр социально-психологической помощи детям и молодежи «Форпост», г. Екатеринбург); на Областной информационно-практической конференции «Профилактика девиантных форм поведения у детей» (19 мая 2013 г., г. Полевской).

Основные положения диссертации, выносимые на защиту:

1. Диагностические критерии МКБ-10 для ПТСР взрослых недостаточно отражают симптоматику ПТСР у детей, в клинической картине которого содержатся как симптомы, ассоциированные с ПТСР детского возраста, так и неспецифические проявления: симптомы повышенной тревожности, снижения фона настроения, резкого изменения рисунка поведения.

2. Степень тяжести ПТСР у детей определяется как феноменологией (преимущественно наличием и выраженностью симптомов, отражающих эмоциональные / коммуникативные нарушения, нарушения со стороны соматовегетативной регуляции), так и характером психической травмы (более тяжелое ПТСР развивается вслед за физическим / сексуальным насилием, буллингом). Клиническая картина ПТСР у детей при воздействии психической травмы хронического характера отличается большей сглаженностью внешних поведенческих симптомов и неспецифических проявлений.

3. Вклад в уязвимость к ПТСР вносят такие биологические, социодемографические и психосоциальные факторы, ассоциированные с онтогенезом ребенка, как перинатальное поражение ЦНС, воспитание в условиях опекуна или усыновления, а также высокий уровень конфликтности в семье.

4. Характерные стили совладающего и воспитательного поведения

родителей детей с ПТСР являются факторами, ассоциированными с уязвимостью ребенка к ПТСР и с клиническими особенностями детского ПТСР. Родительская алекситимия ассоциирована с большей тяжестью клинических проявлений ПТСР у детей.

5. На своевременную диагностику ПТСР у детей влияет уровень идентификации детского ПТСР специалистами и способность родителей распознавать проявления ПТСР как повод для обращения за специализированной помощью.

Структура и объем работы. Объем диссертации - 231 страница текста компьютерного набора. Диссертация состоит из введения, 5 глав, заключения, выводов, списка использованной литературы, приложения. Указатель литературы включает 348 источников, из них 89 на русском и 259 на иностранных языках. Работа иллюстрирована 32 таблицами, 4 рисунками и 1 диаграммой.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследования. В соответствии с целями и задачами работы дизайн настоящего исследования представлял собой контролируемое клиническое исследование. Работа была разделена на три этапа с созданием для каждого этапа соответствующей исследовательской программы:

1 этап. Исследование клинических проявлений ПТСР у детей и взаимосвязей клинических особенностей расстройства с социодемографическими и психосоциальными факторами, ассоциированными с родительской семьей, а также с психологическими характеристиками родителей и опекунов: с личностными характеристиками (копинг, выраженность алекситимии) и с родительскими воспитательными паттернами.

На первом этапе в течение 2009-2014 г.г. участковыми врачами психиатрами амбулаторного приема филиала «Детство» ГБУЗ СО СОКПБ среди впервые обратившихся 4512 детей выявлялись дети, страдающие ПТСР. Диагноз ПТСР у ребенка устанавливался психиатром на основании клинического исследования и соответствия клинических проявлений диагностическим критериям МКБ-10, дети с установленным диагнозом ПТСР были направлены психиатрами для более углубленного обследования и оказания психотерапевтической помощи к врачу психотерапевту (автор исследования).

База клиничко-психологического исследования включала смешанную семейную выборку родитель-ребенок: 30 родителей и опекунов и 30 детей, направленных психиатром (основная группа). С целью сравнительного анализа факторов, ассоциированных с ПТСР ребенка, была создана контрольная выборка родитель-ребенок: 35 родителей и опекунов и 35 психически здоровых детей.

Таким образом, общую базу клинико-психологического исследования представляли 130 субъектов: 65 родителей / опекунов (во всех случаях – один из родителей или опекунов ребенка основной или контрольной группы по выбору семьи) и 65 детей. Общая статистическая база данных, полученных при исследовании основной и контрольной группы, использовалась для проведения последующего корреляционного анализа ассоциаций данных клинического исследования детей с социо-демографическими / психосоциальными характеристиками родительской семьи и данными психологического исследования родительской выборки.

2 этап. Исследование профессиональной готовности специалистов в области психического здоровья к диагностике ПТСР у детей и подростков и влияния фактора профессионального обучения на качество выявления расстройства.

На втором этапе исследовалась профессиональная готовность специалистов психиатрических ЛПУ верно диагностировать ПТСР у детей и подростков, а также фактор влияния на качество диагностики участия специалистов в тематическом последипломном обучении, включающем темы ПТСР у взрослых и детей.

В течение 3-х месяцев 2010 г. было проведено сплошное исследование слушателей кафедры психиатрии ФПК и ПП УГМА. Всего было опрошено 55 специалистов, исследуемая выборка была гетерогенной по полу и возрасту (мужчин – 16, женщин – 39; средний возраст $43,314 \pm 2,978$ г., $28 \div 63$ г.). 26 специалистов (основная группа) прошли тематическое обучение по ПТСР непосредственно перед проведением настоящего исследования (из них 10 мужчин и 16 женщин, средний возраст - $40,464 \pm 3,105$ лет). Критерием включения в исследование являлось наличие профессионального образования и статуса медицинского психолога, психиатра или психотерапевта; критерием исключения – отсутствие добровольного согласия на участие в исследовании. Не получили тематического обучения по ПТСР на момент исследования (контрольная группа) 29 специалистов (из них 6 мужчин и 23 женщины, средний возраст $46,783 \pm 5,471$ г.).

3 этап. Исследование готовности родителей и опекунов психически больных / здоровых детей к распознаванию клинических проявлений ПТСР как патологического состояния, требующего обращения за врачебной помощью.

На третьем этапе исследования в течение 3-х месяцев 2010 г. проводился сравнительный анализ готовности к распознаванию родителями и опекунами подростков с психическими заболеваниями / здоровых подростков описания проявлений ПТСР как патологического состояния, требующего обращения за врачебной помощью. Выборка родителей / опекунов подростков являлась наиболее релевантной по причине наиболее высокой распространенности ПТСР именно в этой возрастной группе среди лиц до 18 лет (Beesdo-Baum K., Knarre S., 2012; Pediatric anxiety disorders ... , 2013). Было проведено сплошное исследование 109 родителей и опекунов подростков (средний возраст $15,7 \pm 1,02$

г., 25÷69 г.), добровольно согласившихся на участие в исследовании: 50 родителей / опекунов подростков - пациентов филиала «Детство» ОГУЗ СО СОКПБ (основная группа) и 59 родителей и опекунов здоровых учащихся общеобразовательной школы № 138 г. Екатеринбурга (контрольная группа). Группы родителей / опекунов были сопоставимы по среднему возрасту (основная группа / контроль - средний возраст $40,24 \pm 1,37$ / $40,21 \pm 1,04$ г. ($t=0.285$, $p=0,8$) и по полу – женщин 44 / 52, мужчин – 6 / 7 соответственно - интервальная разница статистически незначима при вычислении стандартной ошибки для дихотомической переменной (S bin) ($p>0,005$).

Диагноз ПТСР у ребенка устанавливался на основании клинического исследования и соответствия клинических проявлений диагностическим критериям МКБ-10 (МКБ-10: Классификация психических и поведенческих расстройств ... , 1994). Анамнестические и самоотчетные данные, полученные от родителей / опекунов основной группы учитывались при установлении диагноза ребенка, при этом использовалось неструктурированное интервью с ребенком и родителем, а также полуструктурированное интервью для оценки травматических переживаний детей (Тарабрина Н.В., 2001). Продолжительность заболевания ребенка определялась с момента возникновения симптоматики ПТСР до момента диагностирования ПТСР в настоящем исследовании. Степень тяжести расстройства ребенка оценивалась при помощи индекса шкалы ПТСР, разработанной R.S. Rynoos. с соавторами (Life threat and posttraumatic stress ... , 1987). Клинические варианты ПТСР определялись в соответствии с типологией А.А. Портновой (Портнова А.А., 2005). Наличие / отсутствие заболеваний в анамнезе, таких как перинатальное поражение (ПП) ЦНС отмечалось родителями на основании диагноза, установленного ребенку в первые месяцы жизни. С целью исследования социодемографических и психосоциальных факторов, ассоциированных с родительской семьей и вклада этих факторов в уязвимость детей к ПТСР и патофизику расстройства в качестве инструмента использовалось Полуструктурированное интервью с родителем ребенка, специально разработанное для целей настоящего исследования на основе родительской анкеты для оценки травматических переживаний детей (Тарабрина Н.В., 2001). С целью исследования уровня алекситимии у родителей и опекунов основной и контрольной группы использовалась Торонтская Алекситимическая Шкала (TAS) (Taylor G.J. et al., 1986), адаптированная в Психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева (Алекситимия и методы ее определения ... , 2005). С целью исследования копингов и копинг-стратегий родителей/опекунов детей с ПТСР / без ПТСР использована методика определения копингов Э. Хайма (Методика исследования копинг-поведения ... , 2005; E. Heim, 1988). С целью исследования стилей воспитания родителей и опекунов детей с ПТСР / без ПТСР использовался опросник для родителей «Анализ семейных взаимоотношений» (АСВ) (Детская психиатрия ... , 2005). Социологическое исследование профессиональной готовности специалистов в области психического здоровья к

диагностике ПТСР у детей и подростков и влияния фактора профессионального обучения на качество выявления расстройства проводилось методом экспертного опроса. Респонденты стандартным образом заполняли полуструктурированный опросник (вариант для специалистов), составленный автором по аналогии с инструментом, разработанным для исследования психиатрической грамотности населения (Семин И.Р., Агарков А.П., 1997). Социологическое исследование готовности родителей и опекунов психически больных / здоровых подростков к распознаванию клинических проявлений ПТСР как патологического состояния, требующего обращения за врачебной помощью проводилось стандартным образом при помощи анонимного полуструктурированного опросника (вариант для неспециалистов), составленного автором по аналогии с инструментом, разработанным для исследования психиатрической грамотности населения (Семин И.Р., Агарков А.П., 1997). Оба инструмента были включены в исследовательскую батарею после предварительного пилотного исследования (апробация, коррекция) в случайных выборках из 10 специалистов и 10 родителей соответственно.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Значимые различия между основной и контрольной группами ($p \leq 0,001$) были отмечены для симптомов, отвечающих диагностическим критериям МКБ-10 (5 из 8 симптомов), что подтверждает их высокую диагностическую ценность. Высокозначимые различия ($p \leq 0,001$) были выявлены также и для ассоциированных симптомов (2-я симптоматическая группа). Для неспецифической симптоматической группы высокозначимые различия ($p \leq 0,001$) были выявлены в отношении 3-х симптомов: повышенной тревожности; сниженного фона настроения; резкого изменения рисунка поведения. Эта находка свидетельствует о важной роли внешних неспецифических проявлений тревоги и депрессии как психопатологических симптомов возможного ПТСР у детей.

Для подавляющего большинства выявленных у детей симптомов обнаружены значимые позитивные связи с установленным им диагнозом ПТСР ($p < 0,05$). Сильные корреляционные связи с наличием ПТСР у ребенка были выявлены для симптомов, соответствующих диагностическим критериям ПТСР по МКБ-10 (за исключением амнезии), а также для симптомов, не входящих в перечень диагностических критериев МКБ-10 для ПТСР (неспецифические симптомы): резкое изменение рисунка поведения; повышение тревожности и снижение настроения. Значимые различия между основной и контрольной группами ($p \leq 0,001$) были отмечены для симптомов, отвечающих диагностическим критериям МКБ-10 (5 из 8 симптомов, значимые различия ($p \leq 0,001$) были выявлены также и для ассоциированных симптомов (2-я симптоматическая группа) - 6 из семи симптомов преобладали у детей с ПТСР:

снижение настроения при воспоминании о событии; страх повторения травматического события; сновидения с негативным содержанием; ощущение отчужденности; затруднение игровой или учебной деятельности из-за мыслей (воспоминаний) о травме; чувство вины, связанное с травмой. Для неспецифической симптоматической группы значимые различия ($p \leq 0,001$) были выявлены в отношении 3-х симптомов: повышенной тревожности; сниженного фона настроения; резкого изменения рисунка поведения. Три последних симптома можно объединить качеством динамического изменения поведения и психического состояния ребенка вследствие травмы, что актуализирует значимость при диагностике ПТСР у детей не только тщательного сбора объективного анамнеза, но также наблюдательности и чуткости родителей в контакте с их детьми.

Группа неспецифических симптомов у детей с ПТСР отличалась от аналогичных симптомов при других психопатологических расстройствах как временной связью возникновения симптома с психотравмирующим событием, так и содержательной связью. Эта группа симптомов, тем не менее, значительно затрудняла дифференциальный диагноз ПТСР, особенно в связи с тем, что именно эти нарушения часто являлись основной причиной обращения родителей ребенка за помощью к психиатру и предъявлялась ими врачу при сборе анамнеза.

Амнезия как симптом, относящийся к диагностическим критериям МКБ-10, не показал значимых связей, ввиду его малой распространенности в рамках настоящего исследования детской популяции.

Клиническое исследование детей основной группы позволило определить у них 4 типа ПТСР в соответствии с типологией А.А. Портновой (Портнова А.А., 2005): психопатоподобный (36,7%), астено-депрессивный (30,0%), фобический (23,3%) и диссомнический (10%). Преобладание в основной группе детей с психопатоподобным типом ПТСР (36,7%) не имело статистической значимости при интервальном оценивании ($S_{bin} = 8,800/7,746$, $p > 0,05$; $S_{bin} = 8,800/7,703$, $p > 0,05$; $S_{bin} = 8,800/5,477$, $p > 0,05$).

По степени тяжести на основе индекса шкалы ПТСР (Rynoos R.S., 1993) у детей были определены ПТСР легкой (26,7%), средней (33,3%) и тяжелой (40%) степени. Для большинства описанных выше симптомов не было выявлено значимых связей со степенью тяжести ПТСР. Значимые связи выявлены лишь для четырех симптомов - все относились к группе неспецифических симптомов, не входящих в список диагностических критериев ПТСР МКБ-10. В качестве симптомов, значимо позитивно ассоциированных с большей степенью тяжести ПТСР, выступили хроническое снижение настроения, а также субъективное ощущение затруднения дыхания; трудности в обучении и коммуникативные нарушения.

В исследуемой общей выборке детей (основная и контрольная группа) воздействию стрессогенного события, способного привести к развитию ПТСР

(сексуального и физического насилия, смерть одного или обоих родителей, присутствие при насилии, 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). 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.

Значимые позитивные 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, педагогами и врачами.

Корреляционный анализ выявил сильные и значимые негативные связи наличия психологической травмы хронического характера с неспецифическими симптомами: повышенной тревожностью ($F=-0,509$, $p<0,05$), хроническим снижением настроения ($F=-0,582$, $p<0,05$), эмоциональной лабильностью ($F=-0,488$, $p<0,05$), с резким изменением рисунка поведения ($F=-0,843$, $p<0,01$). Таким образом, клиническая картина ПТСР у детей при воздействии психической травмы хронического характера отличается сглаженностью внешних поведенческих симптомов и отсутствием резких изменений в состоянии 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 группу, были выявлены высокосignимые позитивные корреляционные связи между наличием психотравмирующего события и наличием ПТСР ($F=+0,857$, $p=0,001$). 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. Родители и опекуны этих детей отмечали, что они наблюдали у них 1 - 2 симптома, связанных с пережитым стрессогенным 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.

При исследовании вклада в риск развития и клиническую картину

клинико-биологических и психосоциальных факторов, ассоциированных с рождением ребенка (порядок беременности/родов по счету, наличие стрессогенных событий у матери во время беременности, рождение от незапланированной беременности, наличие ПП ЦНС в анамнезе) в результате проведенных корреляционных анализов была выявлена значимая позитивная связь ПТСР с наличием ПП ЦНС в анамнезе ($F=+0,396$, $p=0,01$). Найденная связь свидетельствует о том, что ПП ЦНС действительно служит биологическим фактором уязвимости ребенка к развитию ПТСР в случае психотравмирующего воздействия. Значимые позитивные связи ПП ЦНС в анамнезе были обнаружены с такими симптомами как хроническое снижение настроения ($F=+0,353$, $p<0,05$), повышение тревожности ($F=+0,374$, $p<0,05$), резкое изменение рисунка поведения ($F=+0,333$, $p<0,05$), трудности в обучении ($F=+0,352$, $p<0,05$), неуверенность в поведении ($F=+0,589$, $p<0,05$). Таким образом, «органическая почва» как фактор формирования психогенных эмоциональных нарушений у детей (Захаров А.И., 2000), может играть как роль фактора уязвимости в патогенезе детского ПТСР (Снедков Е.В., 1997), так и роль патопластического фактора в оформлении его клинической картины.

Сравнительный анализ социо-демографических и психосоциальных характеристик семьи детей с ПТСР / без ПТСР показал отсутствие значимых различий между основной и контрольной группой по полу и возрасту детей, а также по полу и возрасту родителей и опекунов ($p>0,05$ в обоих случаях). Не было выявлено значимых различий и по такой характеристике как наличие/отсутствие полной семьи ($p>0,05$).

Значимые различия были выявлены по таким показателям как тип законного представителя ребенка: в основной группе чаще опекун, чем родитель ($S_{bin}=8,806/2,836$, $p<0,005$) и чаще бабушка в качестве опекуна ($S_{bin}=7,703/2,836$, $p<0,005$); наличие конфликтов в семье до 3-х-летнего возраста ребенка и в более поздний период: в основной группе чаще были конфликты в оба возрастных периода ($S_{bin}=7,302/7,846$, $p<0,005$ и $S_{bin}=7,718/7,392$, $p<0,005$). Наличие ПТСР у ребенка обнаружило значимые положительные связи с частыми конфликтами в родительской семье до 3-х-летнего возраста ребенка и в более поздний период ($F=+0,513$, $p=0,001$ и $F=+0,534$, $p=0,001$) и с типом опекуна (бабушка ребенка) ($F=+0,311$, $p=0,02$), а также одну значимую негативную связь с воспитанием родным родителем ($F=-0,434$, $p=0,01$). Таким образом, в качестве значимых буферных факторов уязвимости к ПТСР можно предполагать воспитание ребенка родным родителем. Наиболее сильная корреляционная связь, обнаруженная между наличием ПТСР у ребенка и наличием частых конфликтов в семье, указывает на конфликтность в родительской семье, как на самый значимый фактор уязвимости к ПТСР. Семейные конфликты в группе детей с ПТСР характеризовались не только высокой частотой, но и высокой степенью выраженности, значительной разрушительностью и в ряде случаев - крайне тяжелыми последствиями. Так, конфликты в нескольких обследованных

семьях становились причиной убийства и/или самоубийства членов семьи.

При исследовании психологических семейных особенностей анализ распределения доли алекситимиков (TAS) среди родителей в основной и контрольной группах значимой разницы не выявил ($p > 0,005$), однако процент алекситимиков среди родителей и опекунов детей с ПТСР был почти в 4 раза больше. Выявлена значимая позитивная корреляционная связь ($p = 0,02$) наличия у ребенка родителя-алекситимика с тяжелой степенью ПТСР у детей и только с одним из четырех клинических типов ПТСР - диссомническим ($p = 0,02$). Выявлены значимые позитивные корреляционные связи алекситимического типа личности родителей (опекунов) с такими клиническими проявлениями ПТСР у детей, как возрастной психологический регресс ($F = +0,454$, $p = 0,001$) и жалобы на плохое самочувствие ($F = +0,303$, $p = 0,02$), то есть, с теми психологическими защитными реакциями, которые ассоциированы с «ресоматизацией».

Родители и опекуны основной группы в сравнении с контролями значимо чаще выбирали копинги обращения за помощью ($p = 0,01$) и подавления эмоций ($p = 0,03$), и значимо реже – копинги оптимизма ($t = 4,014$, $p = 0,000$) и сохранения самообладания ($p < 0,005$). Копинг оптимизма значимо ($p < 0,005$) и в 3 раза реже выбирался родителями и опекунами детей с ПТСР в сравнении с контрольной группой. В целом, разница между группами сравнения касалась преимущественно эмоцио-сфокусированных копингов, как неадаптивных (подавление эмоций), так и адаптивных (оптимизм). Родители и опекуны детей с ПТСР значимо ($p < 0,005$) и в 3 раза реже использовали адаптивные эмоционально-сфокусированные копинг-стратегии по сравнению с родителями и опекунами детей без ПТСР, то есть, обычно справлялись со стрессами без активного возмущения и протеста по отношению к трудностям, но и без уверенности в наличии выхода из сложной ситуации. Полученные данные свидетельствуют о меньшей адаптивности эмоционально-сфокусированного копинг-стиля у родителей/опекунов детей с ПТСР по сравнению с родителями/опекунами детей без ПТСР.

Корреляционный анализ позволил обнаружить значимые позитивные связи наличия ПТСР у ребенка с родительским копингом подавления эмоций ($F = +0,343$, $p = 0,01$), копингом обращения за помощью ($F = +0,334$, $p = 0,02$), а также значимые негативные корреляции ПТСР у ребенка с родительским копингом оптимизма ($F = -0,485$, $p = 0,001$) и с эмоциональными адаптивным и неадаптивным копингом ($F = -0,512$, $p = 0,001$; $F = +0,339$, $p = 0,01$, соответственно).

Выявленная при корреляционном исследовании значимая позитивная связь родительского копинга обращения за помощью по поводу ПТСР ребенка ($F = +0,334$, $p < 0,02$), свидетельствует о том, что родители и опекуны больных детей способны и склонны пользоваться проблемно-ориентированной поведенческой стратегией, нацеленной на изменение среды или стрессора. При этом между репрессивным копингом и копингом обращения за помощью

выявлена значимая негативная связь ($F=-0,308$, $p<0,01$), то есть, родители и опекуны, склонные подавлять чувства (репрессоры), были менее склонны обращаться за помощью.

Значимая негативная связь родительского копинга оптимизма с наличием ПТСР у ребенка предполагает в первую очередь депрессивную реакцию адаптации родителя (опекуна) к болезни ребенка, но при анализе семейного анамнеза родители и опекуны неоднократно обнаруживали «пессимистичные» ретроспективные оценки событий и до начала заболевания ребенка.

В целом данные корреляционного анализа указывают преимущественно на ассоциации неадаптивной эмоциональной регуляции родителей и опекунов с наличием ПТСР у ребенка: из 5 значимых корреляций четыре связывали неадаптивные эмоцио-сфокусированные копинг-стратегии родителей с ПТСР детей.

Выявленная связь астено-депрессивной симптоматики у детей с родительским копингом относительности может объясняться передачей через демонстрацию родителями примера реакции на стрессовую угрожающую ситуацию – реакции, связанной с пассивностью и отказом от преодоления трудностей (Чехлатый Е.А., 2007). Таким образом, при наличии серьезного травмирующего события игнорирование эмоционального контекста с попыткой «дистанцирования от проблемы» негативно отражается на общении с ребенком, имеющим эмоциональные проблемы.

Выявлены также значимые негативные корреляционные связи копинга оптимизма с фобическим типом ПТСР ($p=0,01$). Таким образом, дефицит родительского оптимизма как протективного фактора в отношении развития тревожных расстройств у детей может способствовать развитию у детей с ПТСР страхов, и способствовать формированию ПТСР по фобическому типу.

Копинг обращения за помощью обнаружил значимую позитивную связь с психопатоподобным типом ПТСР ($p=0,01$). Психопатоподобный тип ПТСР у детей может быть ассоциирован с копингом обращения за помощью у родителей и опекунов за счет наличия привлекающей внимание родителей и опекунов «раздражающей» симптоматики при психопатоподобном варианте ПТСР.

Дополнительный корреляционный анализ клинических типов ПТСР с уровнями адаптивности копинг-стратегий показал следующее: выявлена значимая негативная корреляционная связь родительского адаптивного копинга ($p=0,01$) и позитивная связь когнитивного неадаптивного копинга ($p=0,01$) с диссомническим типом ПТСР ребенка.

В результате сравнения распространенности стилей воспитания между основной и контрольной группой не было отмечено значимых различий в отношении таких стилей как: гипер-/гипопротекция, потворствование, чрезмерность/недостаточность требований, чрезмерность/недостаточность запретов, строгость санкций, расширение сферы родительских чувств, предпочтение в ребенке и подростке детских качеств, воспитательная

неуверенность родителя, фобия утраты ребенка, проекция на ребенка собственных негативных качеств, предпочтение у ребенка мужских или женских качеств (везде $p > 0,05$).

Баллы по шкалам АСВ, отражающим такие стили воспитания, как игнорирование потребностей ребенка ($p=0,001$), минимальность санкций ($p=0,005$), неустойчивость стиля воспитания ($p=0,002$), неразвитость родительских чувств ($p=0,001$) и вынесение конфликта между супругами в сферу воспитания ($p=0,001$) были значимо выше в основной группе.

Корреляционный анализ продемонстрировал наличие достаточно высоких и значимых позитивных связей ($p \leq 0,01$) между ПТСР у детей и такими стилями воспитания, как игнорирование потребностей ребенка, минимальность санкций, неустойчивость стиля воспитания, неразвитость родительских чувств, вынесение конфликта между супругами в сферу воспитания. Сильные значимые позитивные связи были отмечены с неразвитостью родительских чувств ($\eta^2 = +0,444$), игнорированием потребностей ребенка ($\eta^2 = +0,659$) и вынесением конфликта между супругами в сферу воспитания ($\eta^2 = +0,533$). Неразвитость родительских чувств у родителей/опекунов детей с ПТСР внешне проявлялась в отсутствии искреннего желания общаться с ребенком или подростком, в слабости эмоционального отклика в момент общения с ним, в поверхностности интереса к его делам, в дефиците принятия ребенка, дистанцированности родителя от ребенка и восприятию его как обузы или «проблемы».

Игнорирование потребностей ребенка родителями/опекунами детей с ПТСР проявлялось в виде недостаточного удовлетворения их повышенных эмоциональных потребностей в эмоционально теплом контакте, принятии, безопасности, в интересе к внутреннему миру ребенка. Анализ преморбидного анамнеза детей с ПТСР позволяет отметить, что большинство травмирующих их ситуаций развивались не одномоментно, а имели характер постепенного усиления с нарастанием тяжести ситуации до тех пор, пока не происходила трагедия. И практически во всех случаях до наступления травмирующего события существовали внешние признаки того, что ребенок находится в неблагоприятной и небезопасной ситуации, однако эти признаки игнорировались взрослыми. Таким образом, можно заключить, что игнорирование потребностей ребенка, в том числе потребности в безопасности и принятии - это устойчивый паттерн воспитания, в большинстве случаев существовавший до развития ПТСР, вносящий особый вклад в уязвимость ребенка к ПТСР.

Вынесение конфликта между супругами в сферу воспитания проявлялось в виде недовольства одного супруга методами воспитания другого и попыток использовать поле воспитания как повод для обличения и обвинения своего супруга. В целом, такой стиль, представляя собой дезадаптивный способ выражения недовольства своим партнером, указывает на дефицит паттернов

эффективного разрешения конфликтов у родителей и опекунов. Кроме того, в ходе дополнительного корреляционного анализа были выявлены значимые позитивные корреляционные связи вынесения конфликта в сферу воспитания (АСВ) с алекситимическим типом личности родителей и опекунов (ТАС) ($F=+0,457$, $p=0,02$). Таким образом, вынесение конфликта в сферу воспитания может быть связано также со склонностью алекситимической личности к уклонению от непосредственного выражения своих чувств и эффективного разрешения конфликтов, перенесению конфликтов в другие области.

Недостаток стабильности в семьях детей с ПТСР отражается и в позитивной корреляционной связи ПТСР ребенка с неустойчивостью стиля воспитания ($E_{\text{та}}=+0,381$, $p=0,002$), проявляющегося в отсутствии воспитательной системы. На любое - положительное или на негативное поведение ребенка родители реагировали «по настроению», могли наказать за проступок, который в другой день проигнорировали бы. Неустойчивость стиля воспитания являлась дополнительным фрустрирующим и дестабилизирующим состоянием ребенка фактором.

Дефицит санкций, т.е. наказаний за нежелательное поведение, среди воспитателей детей с ПТСР ($E_{\text{та}}=+0,368$, $p=0,005$), можно объяснить как отсутствием стабильной системы воспитания в семьях детей с ПТСР, так и в ряде случаев - попыткой компенсации со стороны родителей в отношении ребенка, «который и так пострадал» в результате воздействия травматического события.

Установлено наибольшее число значимых позитивных корреляционных связей игнорирования потребностей ребенка как стиля родительского воспитания с тремя из четырех типов ПТСР: астено-депрессивным, диссомническим и психопатоподобным (для всех $p=0,01$), что может указывать на высокую значимость этого стиля воспитания в формировании различных клинических проявлений ПТСР. Игнорирование искажает детско-родительскую коммуникацию как «вариант замаскированной коммуникации» и лишает ребенка возможности получения помощи и поддержки со стороны родителей и опекунов. В этом контексте ассоциации с психопатоподобным типом, диссомническим и астенодепрессивным типом ПТСР могут быть рассмотрены как варианты реакции ребенка на отвержение со стороны родительской фигуры – протест, отчаяние и отрешенность.

С диссомническим вариантом, помимо игнорирования потребностей ребенка, оказались также значимо и положительно ассоциированы нарушение уровня протекции как в сторону гипо – так и в сторону гиперпротекции (для обеих $p=0,02$), а также неразвитость родительских чувств ($p=0,005$), и вынесение конфликта в сферу воспитания ($p=0,02$). Прямое и не прямое доминирование в случае гиперпротекции / недостаток реального руководства и безразличие при гипопротекции, недостаток теплоты в ситуации неразвитости родительских чувств, понуждение ребенка принимать чью-то сторону в родительских спорах

при вынесении конфликта в сферу воспитания - все эти варианты родительского поведения нарушают безопасность ребенка и способствуют срыву психологических защитных механизмов, в том числе, таких значимых для ребенка, как сон.

Значимые позитивные связи игнорирования потребностей ребенка с психопатоподобным типом ПТСР ($p=0,01$) свидетельствуют о том, что игнорирование как способ дистанцирования родителей и опекунов от детей может усиливать отклоняющееся поведение по принципу порочного замкнутого круга.

Психопатоподобный тип ПТСР был также значимо ассоциирован с родительским предпочтением в ребенке детских качеств ($p=0,001$). Искусственное удержание развития ребенка, безусловно, не способствует подкреплению у него более взрослых и разумных способов реагирования, культивируя капризное, проблемное поведение.

При исследовании причин субъективного характера, вносящих вклад в гиподиагностику ПТСР у детей, было выявлено следующее: показатели верной идентификации специалистами ПТСР у детей и подростков являются крайне низкими (67,3% - 65,4 %). Качественный анализ ошибочных ответов демонстрируют их различия у представителей разных специальностей. Так, психотерапевты в случаях ошибок чаще соотносили описание ПТСР с нарушениями адаптации (у детей младшего возраста - в 84%, у подростков - в 25%) или с невротическими расстройствами (16% / 75% соответственно). Психиатры в случаях неверной идентификации чаще всего соотносили описание ПТСР у подростков с психоорганическим синдромом (55%), с невротическими расстройствами (36%) и аффективными расстройствами (9%). Описание ПТСР у детей младшего возраста психиатры чаще связывали с невротическими расстройствами (88,2%) и с шизофренией (11,7%). Значимых корреляций правильной идентификации ПТСР с социо-демографическими характеристиками исследуемой выборки в настоящем исследовании не выявлено ($p \geq 0,05$). Значимые связи точности идентификации с профессиональным статусом специалистов обнаружены для ПТСР у детей младшего возраста. При корреляционном анализе было выявлено, что статус психиатра имеет сильную негативную ассоциацию с точной идентификацией ПТСР у детей младшего возраста (V Крамера=0,480, $p < 0,05$) а статус медицинского психолога - значимую позитивную связь с точной идентификацией ПТСР у детей младшего возраста (V Крамера=0,363, $p < 0,05$). Меньшая способность к распознаванию симптомов такого заболевания как ПТСР у детей младшего возраста может объясняться преобладанием в клиническом мышлении психиатров биомедицинской модели 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.

Выявлена сильная и значимая позитивная корреляционная связь предшествующего обучения специалистов по теме ПТСР с более точной идентификацией ими ПТСР у детей младшего возраста (V Крамера=0,614, $p<0,05$). Таким образом, можно заключить, что недостаточная готовность специалистов, и, прежде всего, психиатров к распознаванию ПТСР у ребенка связана с их недостаточной информированностью об особенностях клиники этого расстройства у детей, поэтому риск гиподиагностики ПТСР может быть устранен при соответствующем тематическом обучении психиатров, психотерапевтов и медицинских психологов.

При корреляционном анализе было установлено, что родители здоровых детей (основная группа) значимо реже правильно распознают ПТСР как у младших детей ($p<0,05$), так и у подростков ($p<0,05$), чем родители и опекуны психически больных детей (контрольная группа). Значимых связей верного распознавания ПТСР как у младших детей, так и у подростков с полом, возрастом и уровнем образования родителей и опекунов не выявлено ($p>0,05$). Таким образом, лишь наличие / отсутствие у ребенка психического заболевания в настоящем исследовании являлось фактором, связанным со способностью к распознаванию симптомов ПТСР родителями и опекунами, что, вероятно, определяется тем, что от родителей психически больных детей требуется повышенное внимание к ментальной сфере ребенка и достаточно высокий уровень осведомленности в области психологии и психиатрии.

Процент распознавания проявлений ПТСР родителями здоровых детей (72,9 % для ПТСР младших детей и 67,8 % для ПТСР подростков) позволяет предположить, что каждый четвертый ребенок младшего возраста с ПТСР (27,1 %) и почти каждый третий подросток с ПТСР (32,2%) остаются без помощи специалистов по причине недостаточной компетентности родителей.

Если родительское распознавание (РР) является неполным, а составляет лишь определенный процент от 100% всех случаев, то итоговое распознавание (ИР) ПТСР профессионалами, в свою очередь, осуществляется уже не от 100% всех случаев, а от процента случаев верного РР. Учитывая процент правильного распознавания специалистами (РС) случаев заболевания от числа обратившихся, в соответствии с математическими принципами составления пропорции, ИР может быть выражено формулой:

$$\text{ИР} = \frac{(\text{РР в \%} \times \text{РС в \%})}{100\%}$$

Результат совместного влияния недостаточной компетентности родителей и специалистов психического здоровья на выявление ПТСР у детей можно представить как показатель гиподиагностики ПТСР у детей. Этот показатель, условно обозначаемый как Гипо (%), - отражает разность между 100% всех

случаев заболевания, которые потенциально могли бы быть выявлены, и тем процентом случаев, которые позволяет выявить компетентность родителей и специалистов (Итоговое распознавание - ИР): Гипо=100% - ИР

Таким образом, если на этапе распознавания родителями РР ПТСР составляет лишь 72,9 % случаев для младших детей и 67,8% случаев для подростков, а РС ПТСР составляет лишь 65,4% для младших детей и 67,3% для подростков от числа обратившихся за помощью, то с учетом потерь на каждом из этапов диагностики, процент итогового верного распознавания от числа заболевших ПТСР составляет 47,67% для младших детей и 45,62% для подростков. Соответственно, снижение полноты выявляемости (Гипо) ПТСР у детей за счет влияния двух исследованных субъективных факторов (родительской компетентности и компетентности специалистов) составляет 52,33% для ПТСР младших детей и 54,38% для ПТСР подростков.

ВЫВОДЫ

1. Лишь 23,5% психопатологических симптомов у детей из всего спектра выявленных симптомов относились к диагностическим критериям ПТСР по МКБ-10. Более высокая степень тяжести ПТСР у них была значимо положительно ассоциирована с неспецифическими симптомами, не входящими в список диагностических критериев МКБ-10 для ПТСР: хроническим снижением настроения, субъективным ощущением затруднения дыхания, трудностями в обучении и коммуникативными нарушениями. Выявлены 4 клинических типа ПТСР у детей: психопатоподобный (36,7%), астенодепрессивный (30%), фобический (23,3%) и диссомнический (10%). Насилие в различных его проявлениях и формах является наиболее частым триггером ПТСР у детей. Наибольшая степень тяжести ПТСР у детей ассоциирована с экспозицией к таким психотравмирующим факторам как физическое насилие, сексуальное насилие и буллинг. Среди психотравмирующих событий, связанных с началом ПТСР, 70% имеют характер острого воздействия и 30% - хронического. Клиническая картина ПТСР у детей при воздействии психической травмы хронического характера отличалась сглаженностью внешних поведенческих симптомов и отсутствием резких изменений в состоянии ребенка.

2. Перинатальное поражение ЦНС является значимым биологическим фактором уязвимости ребенка к развитию ПТСР, а также играет роль патопластического фактора в оформлении его клинической картины. Психосоциальные факторы, такие как воспитание ребенка родными родителями и низкий уровень конфликтности в семье, негативно ассоциированы с развитием детского ПТСР. Факторами, осложняющими своевременную диагностику ПТСР у детей, являются недостаточная способность родителей к распознаванию ПТСР у детей как повода для обращения к специалистам, а также низкий уровень идентификации детского ПТСР специалистами психического здоровья.

Выявленные субъективные факторы гиподиагностики являются причиной отсутствия профессиональной помощи детям с ПТСР более чем в половине случаев. Значимое повышение способности специалистов к правильной диагностике ПТСР после соответствующего обучения и бóльшая способность информированных родителей к распознаванию симптомов этого расстройства, указывают на потенциальную эффективность образовательных мероприятий в плане решения проблем гиподиагностики ПТСР у детей.

3. Родительская алекситимия связана с большей тяжестью клинических проявлений ПТСР у детей, ассоциируясь с симптомами, характерными для «ресоматизации» и нарушения сомато-вегетативной регуляции.

4. Для родителей/опекунов детей с ПТСР характерна меньшая адаптивность эмоционально-сфокусированного копинг-стиля. Недостаточное ресурсное обеспечение копинг-стратегий родителей является фактором, связанным с уязвимостью к детскому ПТСР. Особенности клинических проявлений ПТСР у детей ассоциированы с копингами их родителей.

5. В семьях детей с ПТСР значимо чаще используются лишаяющие поддержки, фрустрирующие и дестабилизирующие стили родительского воспитания. С развитием ПТСР у детей связаны такие стили родительского воспитания как игнорирование потребностей ребенка, неразвитость родительских чувств, вынесение конфликта в сферу воспитания, неустойчивость стиля воспитания и дефицит санкций. Оформление клинической картины ПТСР ребенка ассоциировано со стилем воспитания, предпочитаемым в его семье.

Практические рекомендации

1. Результаты исследования должны быть использованы при разработке диагностических критериев ПТСР детского возраста, а также клинических рекомендаций по диагностике и лечению стрессовых расстройств.

2. Необходимо включать в программы первичной профессиональной подготовки и непрерывного дополнительного образования специалистов психиатрического профиля образовательные циклы, посвященные стрессовым расстройствам у детей.

3. В программе первичной подготовки психиатров необходимо усилить внедрение биопсихосоциального подхода, увеличить долю учебных часов, отведенных на изучение основ медицинской психологии.

4. В процессе диагностики и при планировании психотерапевтической помощи родительская алекситимия, неадаптивные копинги, фрустрирующие стили родительского воспитания должны рассматриваться специалистами и как маркеры повышенной уязвимости ребенка, и как мишени психотерапевтического воздействия.

5. Необходимо создание и проведение масштабных (с привлечением к сотрудничеству средств массовой информации) психообразовательных программ, повышающих родительскую компетентность.

6. Необходимо создание программ выявления и профилактики стрессовых расстройств у детей на основе межведомственного взаимодействия (системы образования, здравоохранения, социальной защиты, органов внутренних дел).

7. Необходимо проведение дальнейших исследований, направленных на изучение различных аспектов посттравматического стрессового расстройства у детей.

Список научных трудов по теме диссертации

Статьи, опубликованные в журналах, определенных перечнем ВАК

1. Есина О.Б. Способность специалистов психиатрических служб к распознаванию симптомов ПТСР у детей / О.Б Есина // Уральский медицинский журнал. – 2011. – № 11(89). – С. 14–19.

2. Есина О.Б. Влияние копинг-стратегий родителей на развитие эмоциональных и поведенческих проблем у детей с ПТСР / О.Б Есина // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2013. – № 4. – С. 26–31.

3. Есина О.Б. Клинические проявления ПТСР у детей и их взаимосвязи с родительскими копингами / О.Б. Есина, О.В. Кремлева, И.В. Макаров // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2014. – № 4. – С. 43–51.

4. Есина О.Б. Влияние характеристик стрессогенного события на клинические особенности ПТСР у детей / О.Б Есина // Уральский медицинский журнал. – 2016. – № 08(141). – С. 38–43.

Другие научные публикации

5. Есина О.Б. Влияние последиplomного обучения на качество дифференциальной диагностики посттравматического стрессового расстройства / О.Б. Есина, О.В. Кремлева // Вторая межрегиональная конференция: «Система менеджмента качества в высшей школе и высшем профессиональном медицинском образовании», 26 января 2011 г., Екатеринбург. – С. 348–350.

6. Есина О.Б. Исследование уровня идентификации специалистами различных психических расстройств / О.Б Есина // Неврозы в современном мире. Новые концепции и подходы к терапии: сб. тез. научно-практ. конфер. с междунар. участием, 3-4 февраля 2011 г., Санкт-Петербург / Под общ. Ред. Проф. Н.Г. Незнанова, Б.Д. Карвасарского. СПб.: СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2011. – С. 65–66.

7. Есина О.Б. Гиподиагностика ПТСР у детей и подростков: анализ проблемы / О.Б Есина // Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения: Материалы 66-й всероссийской научно-практической

конференции молодых учёных и студентов с международным участием, Часть 1 (Екатеринбург, 6–7 апреля 2011 г.). – Екатеринбург: Изд-во УГМА, 2011. – С. 110–111.

8. Есина О.Б. Роль психиатрической грамотности родителей в своевременной диагностике посттравматического стрессового расстройства у детей / О.Б Есина // Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения: Материалы 66-й всероссийской научно-практической конференции молодых учёных и студентов с международным участием, Часть 1. (Екатеринбург, 6-7 апреля 2011 г.). – Екатеринбург: Изд-во УГМА, 2011. – С. 111–112.

9. Есина О.Б. Факторы своевременной диагностики посттравматического стрессового расстройства / О.Б Есина // Стресс, депрессивные расстройства и суицидальное поведение: материалы Всероссийской междисциплинарной конференции с международным участием (Томск, 26-28 апреля 2011г.) / Под общ. ред. проф. Н.А. Корнетова. – Томск: Изд-во Иван Федоров, 2011. – С. 14–19.

10. Есина О.Б. Эмоциональные проблемы и модели поведения в семьях детей с ПТСР / О.Б Есина // Второй Евразийский конгресс «Медицина, фармация и общественное здоровье» с международным участием. Сборник статей. Под ред. профессора Кутепова С.М. – Екатеринбург: УГМУ, 2015. – С. 41.