

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ ИМ. В.М. БЕХТЕРЕВА**

На правах рукописи

**ЕСИНА
Ольга Борисовна**

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

Специальность: 14.01.06 — психиатрия

19.00.04 — медицинская психология

Диссертация на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научные руководители:
доктор медицинских наук, профессор
Кремлева Ольга Владимировна
доктор медицинских наук, профессор
Макаров Игорь Владимирович

Санкт-Петербург-2017

Оглавление

ВВЕДЕНИЕ	6
Глава 1. ПТСР У ДЕТЕЙ: ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ, КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ	14
1.1. Эпидемиологические особенности ПТСР в зависимости от типа травматического события и социо-демографических характеристик популяций	14
1.2. Этиопатогенез и диагностические критерии ПТСР	18
1.3. Особенности клинических проявлений ПТСР в зависимости от возраста и проблемы диагностики ПТСР у детей	32
Глава 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	40
Глава 3. КЛИНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПТСР У ДЕТЕЙ	53
3.1. Симптоматология ПТСР у детей	53
3.1.1. Специфические симптомы (симптомы, соответствующие диагностическим критериям ПТСР)	55
3.1.2. Ассоциированные симптомы	59
3.1.3. Неспецифические симптомы	63
3.2. Контролируемое исследование симптоматиологии ПТСР у детей	69
3.3. Корреляционное исследование симптоматиологии ПТСР у детей	71
3.4. Типология ПТСР у детей	72
3.5. Степени тяжести ПТСР у детей	74
3.6. Влияния типа психической травмы на клинику ПТСР у детей	76
3.7. Влияния факторов уязвимости на риск развития и клиническую картину ПТСР у детей	81

Глава 4. АССОЦИАЦИИ СОЦИО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ, ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ С ПТСР У ДЕТЕЙ	83
4.1. Ассоциации социо-демографических и психосоциальных факторов с ПТСР ребенка	83
4.2. Психологические характеристики родителей и опекунов детей с ПТСР и ассоциации психологических факторов с ПТСР ребенка	85
4.2.1. Алекситимия родителей/опекунов и ее ассоциации с клиническими особенностями ПТСР ребенка	85
4.2.2. Характеристики копинг-поведения родителей/опекунов детей с ПТСР и их ассоциации с клиническими особенностями ПТСР ребенка	90
4.2.3. Характеристики стилей воспитания в семьях детей с ПТСР и ассоциации стилей воспитания с клиническими особенностями ПТСР ребенка	100
Глава 5. ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ПТСР У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ	108
5.1. Исследование профессиональной готовности специалистов в области психического здоровья к диагностике ПТСР у детей и подростков и влияния фактора обучения на качество выявления расстройства	109
5.2. Исследование готовности родителей и опекунов психически больных / здоровых детей к распознаванию клинических проявлений ПТСР как патологического состояния, требующего обращения за врачебной помощью	114
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	123
ВЫВОДЫ	135
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	138
ПРИЛОЖЕНИЯ	176

ИСПОЛЬЗОВАННЫЕ СОКРАЩЕНИЯ

АК – адаптивные копинг-стратегии;

АСВ – анализ семейных взаимоотношений;

ВК – вынесение конфликта между супругами в сферу воспитания;

ВН – воспитательная неуверенность родителя;

Г- – гипопротекция;

Г+ – гиперпротекция;

ГБУЗ СО СОКПБ – государственное бюджетное учреждение здравоохранения Свердловской области «Свердловская областная клиническая психиатрическая больница»;

Гипо – показатель гиподиагностики ПТСР у детей;

Е-та – коэффициент корреляции Ета;

З- – недостаточность запретов;

З+ – чрезмерность запретов;

ИР – итоговое распознавание;

КГ – контрольная группа;

МБДОУ – муниципальное бюджетное дошкольное образовательное учреждение;

МБОУ СОШ – муниципальное бюджетное общеобразовательное учреждение средняя образовательная школа;

МКБ – Международная классификация болезней;

Н – неустойчивость стиля воспитания;

НК – неадаптивные копинг-стратегии;

НРЧ – неразвитость родительских чувств;

ОГ – основная группа;

ОК – относительно адаптивные копинг-стратегии;

ОСР - острое стрессовое расстройство;

ПДК – предпочтение в ребенке и подростке детских качеств;

ПЖК – предпочтение женских качеств;

ПМК – предпочтение мужских качеств;

ПНК – проекция на ребенка собственных негативных качеств;
ПП ЦНС – перинатальное поражение центральной нервной системы;
ПТСР – посттравматическое стрессовое расстройство;
РР – родительское распознавание;
РРЧ – расширение сферы родительских чувств;
РС – распознавания специалистами;
С+ – строгость санкций;
СДВГ – синдром дефицита внимания с гиперактивностью;
Т- – недостаточность требований;
Т+ – чрезмерность требований;
У- – игнорирование потребностей ребенка;
У+ – потворствование;
УГМА – Уральская государственная медицинская академия;
УГМУ – Уральский государственный медицинский университет;
ФПК и ПП – факультет повышения квалификации и профессиональной переподготовки кадров;
ФУ – фобия утраты ребенка;
F – коэффициент корреляции;
et al. – и другие;
M – среднее;
m – стандартная ошибка среднего;
n – абсолютное количество;
p – вероятность ошибки;
S bin – стандартная ошибка для дихотомической переменной;
t – критерий Стьюдента;
TAS – Торонтская шкала алекситимии;
V Крамера – коэффициент корреляции Крамера;
 γ – коэффициент корреляции Гамма;
U- критерий Манна-Уитни;
СМИ – средства массовой информации.

ВВЕДЕНИЕ

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).

На фоне роста количества нарушений здоровья у детей, связанных с психологическими травмами (Kramer D.N., Landolt M.A., 2011), становятся все более актуальными проблемы диагностики, связанные с выраженными патопластическими изменениями психических заболеваний у детей (Макаров И.В., 2005, 2013), недостаточной изученностью этиопатогенеза и клинической картины стрессогенных расстройств детского возраста (Baldwin D.S. et al., 2013; Chavira D.A. et al., 2004; Kaminer D. et al., 2005; Wren F.J. et al., 2003).

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; A prospective study on pediatric ... , 2005; Building child trauma ... , 2011; Looking beyond the physical ... , 1999; Meiser-Stedman R., 2002; Pine D.S., Cohen J.A., 2002; Predicting posttraumatic stress ..., 2000; The American Psychological Assotiations, 2010; Udwin O., 2000).

Проблема насилия, совершаемого в отношении детей, при воздействии которого отмечается максимальный риск развития ПТСР (Blom M., Oberink R., 2012; Traumatic events and post-traumatic ... , 1998), согласно отечественной статистике является высоко актуальной и для нашей страны. По данным Следственного комитета Российской Федерации ежегодно в результате преступных действий погибают более тысячи детей. Наблюдается значительный рост доли потерпевших в возрасте до 12-13 лет; при этом по сравнению с предыдущими годами отмечается тенденция к утяжелению преступлений, совершенных в отношении детей, а также утяжеление их последствий. Также выросла доля преступлений, совершенных в отношении детей самими родителями. Возросло число убийств и покушений на убийство детей, совершено на 30% больше изнасилований несовершеннолетних и на 26% - насильственных действий сексуального характера. Регистрируется устойчивая тенденция к увеличению количества преступлений сексуального характера (в 5 раз выросло количество подобных преступлений за последние 4 года) (Астахов П.А., 2013; Лютых С., 2014).

Влияние других психотравмирующих факторов ежегодно отражается в статистических отчетах в виде тысяч детей, получивших ранения в ДТП (Показатели состояния безопасности ... , б.г.), оставшихся без попечения родителей (Статистический отчет Министерства образования ... , б.г.). Так, только в Свердловской области за 2010 год остались без попечения родителей

3214 детей (Сотрудники ГУВД по Свердловской области ... , б.г.) жертвами правонарушителей оказались 5813 детей (Данные единой межведомственной информационно-статистической системы, б.г.). Несмотря на вышеуказанную неблагоприятную статистику стрессовые расстройства детской психиатрической службой диагностируются крайне редко, например, в том же 2010 году среди пациентов детских отделений областной психиатрической больницы (Екатеринбург) ПТСР было диагностировано лишь у одного пациента (данные годового статистического отчета ГБУЗ СО СОКПБ за 2010 год).

В зарубежных исследованиях также отмечается, что, несмотря на высокую распространенность и связь с многочисленными негативными последствиями, детские тревожные расстройства редко признаются родителями в качестве медицинской проблемы, что приводит к недостаточному обращению за медицинской помощью в посттравматическом периоде (Merikangas K.R. et al., 2010; Ranta K. et al., 2009), а в случае обращения родителей пострадавших детей за помощью, врачи зачастую не распознают детские тревожные расстройства, и даже когда они диагностируются, лечение далеко не всегда проводится оптимально (Baldwin D.S. et al., 2013; Chavira D.A. et al., 2004; Wren F.J. et al., 2003). Среди тревожных расстройств тенденция к недостаточной диагностике ПТСР у детей, в частности прямое применение взрослых диагностических критериев ПТСР, может приводить к неправильной диагностике посттравматических стрессовых реакций у детей (Kaminer D. et al., 2005).

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 (Кремлева О.В., Лозовой В.В., 1995), 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 социо-демографических 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; ассоциации родительской алекситимии, копинг-стратегий и стилей родительского воспитания с уязвимостью 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 опекунов 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.

ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ.

1.1. Эпидемиологические особенности ПТСР в зависимости от типа травматического события и социо-демографических характеристик популяций.

Согласно МКБ-10 (МКБ-10, 1994) посттравматическое стрессовое расстройство (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».

На сегодняшний день единых статистических данных в области эпидемиологии ПТСР как у детей, так и у взрослых не существует. Нет также единой статистики травматических событий, способствующих его возникновению. Так, среди взрослых, согласно разным исследованиям, 69% населения сообщает о переживании одного или более травматических событий за свою жизнь (Norris F., 1992). По другим данным, воздействие тяжелых психических травм испытывает на себе примерно 1/4 - 1/3 населения, при этом ПТСР формируется лишь у 10-20% переживших такие события (3 - 6% общей популяции), причем у трети лиц с ПТСР (1 - 2% населения) симптомы заболевания сохраняются 10 и более лет (Traumatic events ... , 1991; Zohar J., 1997). В соответствии с другими исследованиями 90% взрослых переживают по крайней мере одно травматическое событие в течение своей жизни (Trauma exposure ... , 2009; Race/ethnic differences in exposure ... , 2011). В целом ПТСР страдает по данным разных авторов от 5% до 12% популяции (Волошин В.М., 2006; Breslau N., 2001; Norris F., 1992; Resnick H.S. et al., 1993).

На распространенность ПТСР оказывают влияние как тип стрессогенного события, так и социо-демографические характеристики подвергающихся травме индивидуумов (пол, возраст, социальный и семейный статус, этническая принадлежность, место проживания).

Исследователи разных лет отмечают, что ПТСР более распространено в ряде популяционных выборок, переживших насилие над личностью, сопровождающееся чувством беспомощности и безнадежности (Пушкарев А.Л. и др., 2000; Посттравматическое стрессовое расстройство ... , 2015), когда источником травмы является человеческий фактор (A systematic review of PTSD ... , 2013). Такой тип ПТСР обнаружен у 15 - 50% жертв правонарушений (Андрющенко А.В., 2000), у 4 - 17% ветеранов войны в Ираке (Richardson L.K., et al., 2010), у 1/3 переживших сексуальное насилие (Kilpatrick D. et al., 1992), у 15 - 30% гражданского населения в условиях военного времени. Несмотря на указания бóльшей патогенности в отношении ПТСР антропогенных катастроф и чрезвычайных событий социального характера (Александровский Ю.А., 2000; Benedek D.M., et al., 2007), все же сравнительно более высокую распространенность ПТСР обычно отмечают среди пострадавших от стихийных бедствий, например, у 59% переживших наводнения (Chronic posttraumatic stress ... , 1992), у 75 - 84% - землетрясения (Андрющенко А.В., 2000).

К ряду наименее стрессогенных событий, способных вызывать развитие ПТСР, причисляют соматические заболевания и телесные травмы (Blom M., Oberink R., 2012). Наиболее стрессогенным событием, при воздействии которого отмечается максимальный риск развития ПТСР, является насилие (Blom M., Oberink R., 2012; Trauma and posttraumatic stress disorder ... , 1998), однако, ввиду более высокой распространенности такого вида травматического события как скоропостижная и неожиданная смерть близкого человека, внезапная утрата является наиболее частой причиной ПТСР среди населения в мирное время (60% от всех случаев ПТСР) (Trauma and posttraumatic stress disorder ... , 1998). В последние десятилетия считается возможным возникновение ПТСР в результате воздействия угрожающей информации, в частности, после терактов развитие симптомов ПТСР наблюдалось у 7,5% жителей близлежащих районов (Psychological sequelae of the September 11 ... , 2002). Возможность вторичной травматизации через

посредство сообщений в средствах массовой коммуникации подтверждается исследованиями, описывающими психологические реакции людей на катастрофические события, такие как произошедшие 11 сентября 2001 г. в США (The effects of September 11 ... , 2002).

Мужчины более часто подвергаются воздействию травмирующих событий, чем женщины, однако женщины более склонны к развитию ПТСР, чем мужчины: после воздействия психотравмирующих факторов ПТСР развивалось у 12% женщин и у 6% мужчин. Симптомы ПТСР у женщин отмечаются на протяжении более длительного времени, что отражает как различную у мужчин и женщин уязвимость в отношении развития ПТСР, так и воздействие разных типов психотравмирующих событий (женщины в 10 раз чаще переживают сексуальное насилие, а мужчины - в 2 раза чаще подвержены угрожающим несчастным случаям, нападениям, авариям) (Эффективная терапия ... , 2005).

Характерны более высокие показатели ПТСР среди малообеспеченных женщин, женщин из этнических / расовых меньшинств, среди представительниц городского населения (Parto J.A. et al., 2011; Race/ethnic differences in exposure to traumatic events ... , 2011; Prevalence, trauma history ... , 2009; Trauma exposure and stress-related ... , 2009).

По-видимому, влияние социально-демографических факторов на эпидемиологию ПТСР тесно связано с биологическими факторами. Например, известно, что матери маленьких детей входят в группу риска по развитию ПТСР, что объясняется исследователями тем, что беременность и послеродовой период представляют факторы повышенной уязвимости к воздействию травмы и развитию ПТСР или к обострению его симптомов (Exploring posttraumatic stress ... , 2010; Posttraumatic stress disorder in pregnancy ... , 2009; Seedat S. et al., 2005).

Воздействие различных видов стресса может привести к тяжелым и истощающим ПТСР не только у взрослых, но у детей и подростков (Terr L., 1983). Тревожные расстройства, к которым относится ПТСР, являются

наиболее распространенной проблемой в области психического здоровья детей и подростков, показатели распространенности тревожных расстройств в детских популяциях разных исследований колеблются от 2,5 до 30% (Beesdo-Baum K., Knappe S., 2012; Costello E.J. et al., 2005; Lifetime prevalence of mental disorders ... , 2010; Rapee R.M. et al., 2009).

Хотя некоторые авторы указывают на крайне низкий уровень распространенности ПТСР в детских популяциях - 0,1% у детей и 1,3 % у подростков (Pediatric anxiety disorders ... , 2013), исследования предполагают, что среди детей, подвергшихся воздействию травматического события, распространенность ПТСР может быть более высокой, чем у взрослых в общей популяции (Epidemiological aspects of PTSD ... , 2004). В большинстве исследований показатель распространенности этого расстройства составляет от 5,3 до 98%, в зависимости от конкретной обследуемой группы и типа травмирующего события. На распространенность ПТСР явное влияние оказывает возраст и пол ребенка: ПТСР имеет более низкую распространенность в младшем детском возрасте и более высокую - в более старшем и подростковом (Beesdo-Baum K., Knappe S., 2012); девочки заболевают чаще, чем мальчики (Seedat S. et al., 2005).

Заболеваемость ПТСР среди групп детей, переживших воздействие однородного травматического фактора и исследуемая стандартизированными методами составила от 30 до 60% (Psychiatric comorbidity in children ... , 1995; Yule W., 2001). В Соединенных Штатах около 40% обследованных учащихся средней школы пережили ту или иную форму насилия в своей микросреде или в социуме, и от 3 до 6% учащихся имеют диагноз ПТСР (Prevalence of PTSD ... , 1998; Traumas and posttraumatic stress disorder ... , 1995).

Столь значительные колебания показателей распространенности ПТСР, приводимых разными авторами, объясняются методологическими проблемами в исследовании и описании ПТСР, в том числе тем, что большинство работ отражает либо воздействие конкретного травмирующего фактора, либо специфику исследуемой группы, а также недостаточной

изученностью этого расстройства и проблемами его диагностики, особенно ПТСР у детей (Beesdo K. et al., 2009; Concordances and discrepancies between ICD-10 and DSM-IV ... , 2012; Global prevalence of anxiety disorders ... , 2013; Prevalence and incidence studies ... , 2006).

1.2. Этиопатогенез и диагностические критерии ПТСР.

Этиологическим фактором, бесспорно ассоциированным с ПТСР, является воздействие события или ситуации «исключительно угрожающего или катастрофического характера, которые в принципе могут вызвать общий дистресс почти у любого человека» (МКБ-10, 1994). Это указание подразумевает, что у некоторых индивидуумов, подвергающихся травматическому стрессу, имеются факторы уязвимости к ПТСР, а другие – обладают некими протективными факторами.

1.2.1. Психосоциальные и биологические факторы, влияющие на развитие ПТСР.

На риск развития ПТСР влияют такие факторы, как наличие опыта совладания с аналогичными травматическими ситуациями, фактор готовности ко встрече с ними, что подтверждается результатами исследования распространенности ПТСР у свидетелей катастроф и у профессиональных спасателей (Psychiatric disorders in rescue ... , 2002). Повышают риск развития ПТСР неблагоприятная ситуация в семье, низкий уровень обеспеченности, низкий уровень образования, высокая интенсивность травматического опыта, множественность травматических факторов, действовавших одновременно в течение короткого периода времени или следовавших один за другим (Shalev A.Y., 2009). Большему риску подвергаются те люди, которые пострадали в результате воздействия человека, особенно если имел место интенсивный межличностный контакт, что подтверждается высокой частотой развития ПТСР у лиц, пострадавших от сексуального насилия (Shalev A.Y., 2009).

У детей отмечается более высокая вероятность развития ПТСР, по сравнению со взрослыми, пережившими аналогичные психотравмирующие события (Fletcher К.Е., 1996), что объясняется несформированностью механизмов копинга в детском возрасте (Андрющенко А.В., 2000). Дети могут развивать симптомы ПТСР не только после воздействия таких травматических стрессовых факторов, как насильственные преступления, сексуальное насилие, стихийные бедствия и войны, но и в результате наблюдения страшных, жестоких сцен по телевидению, сцен демонстрирующих похороны и смерть. По данным ряда авторов такой вид психической травмы является одним из наиболее распространенных среди других психотравмирующих факторов у детей (Берковская М.И. и др., 1997; Брызгунов И.П., 1999; Kousha M., Therani S.M., 2013).

Кроме того, наличие психотравмирующих событий в детстве повышает риск развития ПТСР во взрослом возрасте (Widom С.S., 1999), а также риск других заболеваний, в частности, наркомании (Childhood abuse, neglect, and household dysfunction ... , 2003). Было установлено, что подростки, имевшие в анамнезе несколько перенесенных травмирующих событий, демонстрируют больше симптомов ПТСР, чем подростки, испытавшие единственную психическую травму, а ПТСР в анамнезе облегчает развитие стрессовой реакции на новое стрессовое событие (The effects of September 11 ... , 2002).

Предрасполагает к развитию стрессового расстройства у детей ранний возраст начала заболевания (Beesdo-Baum К., Knappe S., 2012; Insel T.R., 2009; Recurrence of anxiety disorders ... , 2013). После единичной психической травмы у девочек-подростков ПТСР развивалось чаще, чем у мальчиков-подростков (Cumulative effect of multiple trauma ... , 2009).

В качестве факторов, повышающих уязвимость к ПТСР, указывают и наличие другого психического расстройства, например, СДВГ может быть фактором риска в ситуации травмы (Psychiatric comorbidity in childhood posttraumatic ... , 1996). Факторами уязвимости к развитию ПТСР у детей, являются и личностные особенности детей, такие, как повышенная

чувствительность к тревоге (Kılıç E.Z. et al., 2008), тормозимый тип темперамента с повышенной реакцией на новизну и чувствительностью к изменениям стимулов (Clauss J.A., Blackford J.U., 2012; Degnan K. et al., 2010; Infant temperament and anxious symptoms ... , 1999).

1.2.2. Влияние семейного контекста на развитие посттравматического стресса у детей.

Факторы, влияющие на формирование ответной реакции на психологическую травму у детей, отличаются от факторов посттравматических реакций взрослых людей (Андрющенко А.В., 2000). Особая роль в формировании у детей уязвимости к ПТСР или, напротив, протекции от его развития, принадлежит факторам, связанным с родительской семьей и типам привязанности.

Предрасполагают к развитию ПТСР воспитание ребенка в обстановке пренебрежения, злоупотребления со стороны взрослых или хронического конфликта (Андрющенко А.В., 2000). Эти наблюдения подтверждаются исследованиями взаимосвязи типа привязанности и клинических проявлений ПТСР. На риск развития поздних диссоциативных процессов в ходе психологической адаптации к стрессу влияет дезорганизованный тип привязанности в младенческом анамнезе, так как именно этот механизм является частью психологической защиты младенцев в отношениях с родительской фигурой, к которой младенец стремится за утешением и, в то же время, испытывает перед ней страх в случае ее дезорганизованного, непредсказуемого поведения (Liotti G., 1992; Main M., Hesse E., 1990; The development of the person, 2005). Диссоциация становится прототипом для реакций адаптации, особенно в условиях стресса или травмы (Liotti G., 2004; The development of the person .. , 2005), что подтверждается наличием связи между дезорганизованным типом привязанности в младенческом анамнезе и наличием диссоциативных симптомов в детском и подростковом возрасте (Carlson E.A., 1998; Development and the fragmented self .. , 1997; Lyons-Ruth K., 2008). Наличие небезопасной привязанности по дезорганизованному типу

в младенчестве является предиктором тяжести ПТСР, в том числе его общих симптомов, симптомов повторного проживания, избегания и повышенной возбудимости (Mother-infant attachment and the intergenerational transmission ... , 2013).

Дети, имевшие в младенческом анамнезе привязанность тревожно-амбивалентного типа, также являются более уязвимыми к ПТСР, в частности, через посредство меньшей способности воспринимать социальную поддержку в ситуации фрустрации, при том, что опора на социальную поддержку является фактором защиты от ПТСР (Declercq F., Palmas V., 2006). Такие черты как сверхнастороженность, наблюдаемые среди детей с привязанностью тревожно-амбивалентного типа, могут указывать на повышенную вероятность более интенсивного физиологического и эмоционального реагирования на травматическое воздействие, что усиливает риск развития ПТСР (Depressive symptomatology in childhood ... , 2001).

Фактор наличия связанного с травмой дистресса у родителей является обязательным для развития ПТСР у ребенка (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry ... , 1998; Foy E. et al., 1996). Исследования указывают, что на развитие симптомов ПТСР у детей влияет эмоциональная реакция родителей на травматическое событие (Эффективная терапия ... , 2005). Течение ПТСР у детей зависит от наличия психопатологических особенностей у родителей (Beesdo-Baum K., Knappe S., 2012; Insel T.R., 2009; Recurrence of anxiety disorders ... , 2013), особенно гиперсоциальных, инфантильных личностных особенностей или психических нарушений у родителей (фобий, сексуальных проблем) (Мостовская Л.С., 2007). В частности, наличие ПТСР у матери увеличивает вероятность развития привязанности между ней и ребенком по небезопасному (особенно часто - по небезопасному дезорганизованному) типу, а материнско-младенческие отношения по небезопасному типу в свою очередь увеличивают риск развития ПТСР после воздействия травмы в дальнейшей жизни (Mother-infant attachment and the intergenerational ... , 2014). Материнское ПТСР способно

оказывать негативное влияние на отношения матери и младенца, которые искажаются, приобретают черты негибкости, снижается чувствительность матери к потребностям ребенка, что отражается на качестве детско-родительских отношений (Distorted maternal mental ... , 2008; Lyons-Ruth K., Block D., 1996; Maternal mental representations ... , 2005; Multigenerational perspectives on coping ... , 1998; Posttraumatic stress symptoms following ... , 2008; Prematurity, maternal stress ... , 2004; Subjective and objective measures ... , 2010). Путаница семейных ролей, нарушения коммуникации и враждебное поведение матери, в свою очередь приводит к дезорганизации поведения ребенка (Atypical attachment in infancy ... , 1999; Lyons-Ruth K., Block D., 1996) и способствуют формированию у него симптомов ПТСР (Stovall-McClough K.C., Cloitre M., 2006).

В целом, дефицит поддержки в семье, тяжелое эмоциональное состояние родителей ребенка с ПТСР, и, как следствие, недостаточная способность к сочувствию и сопереживанию по отношению к ребенку, неправильно выстраиваемые отношения с ребенком, осложняют течение и ухудшают прогноз ПТСР (Психические расстройства у детей .. , 2008).

Личностные характеристики родителей, воспитательские установки и семейные особенности, определяющие характер детско-родительских отношений, могут вкладываться в развитие ПТСР у детей, так как детско-родительские отношения в значительной степени определяют способность детей к разрешению проблем (Цапенко А.И, Шанаева Д.М., 2008). На поведение родителей детей, имеющих нарушения в психической сфере, влияют интенсивные негативные чувства, испытываемые к ребенку: враждебность, стыд, вина, фрустрация (Шипицина Л.М, 2005), которые могут дополнительно ухудшать семейные отношения, усиливать эмоциональное напряжение внутри семьи выражаться косвенно в виде соматизации. Эмоциональное напряжение может разряжаться за счет бессознательных психологических реакций членов семьи, где роль «громоотвода», зачастую берет на себя член семьи с наименее развитыми

психологическими защитами, а именно, ребенок (Цапенко А.И, Шанаева Д.М., 2008).

Владея недостаточно полным представлением о психической природе заболевания ребенка, родители в ряде случаев пренебрегают врачебными рекомендациями и прекращают лечение (Грошева Е.В., 2009; Незнанов Н.Г., Макаров И.В., 2009). И, напротив, слишком высокая обеспокоенность родителей диагнозом препятствует выздоровлению и адаптации (Добряков И.В., Заширинская О.В., 2007). В семьях детей с ПТСР может наблюдаться феномен «травматической мембраны» - психологической реакции со стороны родителей и близких, связанной с изменением воспитательских установок в сторону потворствующей гиперпротекции, когда окружающие пытаются «скомпенсировать» ребенку воздействие травматического фактора, что отрицательно сказывается на длительности лечения и его прогнозе, а также способствует формированию вторичных психологических нарушений (Портнова А.А., 2005).

Значительный вклад в развитие родительской эмоциональной напряженности и тревоги вносят авторитарность, стремление к повышенному контролю, воспитательская ригидность родителей, а также дефицит толерантности по отношению как к особенностям характера ребенка, так и к проявлениям его болезни. Наличие эмоционального отвержения у родителей по отношению к ребенку, которое может проявляться не только в виде отвержения потребности ребенка в контакте с родителем, но и в виде отвержения потребности ребенка в независимости при гиперопекающем стиле воспитания (Цапенко А.И., Шанаева Д.М., 2008.), отрицательно влияет на темпы выздоровления ребенка (Грошева Е.В., 2009). Описанные выше тенденции присущи не только семьям, в которых психологическое состояние ребенка отличается значительной тяжестью, но и в случаях даже небольших нарушений в эмоционально-волевой сфере ребенка (Добряков И.В., Заширинская О.В., 2007). При этом доказано отсутствие связи между тяжестью психического заболевания ребенка и

отношением к нему и его болезни со стороны родителей (Грошева Е.В., 2009).

Родители зачастую не в полной мере осознают влияние их собственного стресса и своей роли по отношению к пострадавшим детям, что способствует усугублению у последних посттравматических симптомов (Портнова А.А., 2005; Kaminer D. et al., 2005).

1.2.3. Адаптивный родительский копинг как фактор защиты детей от стрессовых расстройств.

Адаптивный стиль является самым мощным фактором, определяющим исходы симптомов посттравматического стресса у детей (Phipps S., 1995), при дефиците конструктивных форм совладающего поведения стрессогенность травматических событий увеличивается (Чехлатый Е.И., 1994; Lazarus R., 1984).

В рамках психоаналитической теории посттравматические реакции рассматривались как следствие механизма репрессии (Мак-Вильямс Н., 1995). Более современные данные об ассоциациях посттравматических стрессовых расстройств с репрессивным копинг-стилем являются противоречивыми: одни авторы подтверждают репрессивный копинг-стиль в качестве предиктора симптомов ПТСР (Auxéméry Y., 2012; Murphy S.A. et. al., 2003), другие, напротив, отмечают меньшую склонность репрессоров к развитию ПТСР (Ginzburg K. et. al., 2002; Phipps S. et. al., 2007). У лиц, демонстрирующих повышенную эмоциональную реактивность отмечается более высокий риск развития ПТСР в последующие месяцы (Peritraumatic dissociation ... , 1999; Predictors of posttraumatic stress ... , 2003; Putnam F.W., 1995). Репрессивный копинг, при котором одновременно наблюдается поведение, направленное на избегание угрожающих стимулов и физиологическое возбуждение в ответ на них (Bonanno G.A. et.al., 1990; Hock M. et.al., 2004; Tomarken A.J. et.al., 1994) на фоне низкого уровня осознания переживаний (Weinberger D.A., 1990) исторически рассматривался как дезадаптивный (Bowlby J., 1980; Osterweis M. et al. 1984) и связанный с

проблемами для здоровья в будущем (Bonanno G.A., Singer L., 1990; *The relationship between repressive ...* , 1990). Другие исследования показывают, что репрессоры, как правило, демонстрируют относительно небольшие признаки стресса в любом временном интервале в течение 5 лет после психической травмы, демонстрируя признаки стрессоустойчивости (Bonanno G.A., Field N.P., 2001; *When avoiding unpleasant emotions ...* , 1995), имеют меньшие проблемы в плане здоровья и более высокий уровень саморегуляции (*Does Repressive Coping Promote Resilience ...* , 2007). По мнению ряда авторов характер влияния репрессивного копинга обусловлен тем, что он является автоматическим процессом (*The repressor personality ...* , 1991) и отличается от более сознательных и целенаправленных стратегий избегания травмирующих мыслей и чувств, к которым относятся такие стратегии как подавление мысли или преднамеренное когнитивное избегание (*When avoiding unpleasant ...* , 1995), которые требуют значительных когнитивных ресурсов и связаны с различными неблагоприятными последствиями в межличностном, физиологическом и эмоциональном функционировании (Gross J.J., et al, 1993, 1997, 2003). Репрессивный копинг позволяет рассматривать травмирующий фактор как меньшую угрозу (Tomaka J. et al, 1992), возможно, поэтому репрессоры чаще используют активные проблемно-ориентированные способы совладания со стрессом, а не ограничиваются пассивными эмоционально-ориентированными (Lazarus R.S., Folkman S. , 1984; Olf M. et al, 2005). В момент столкновения с очень сильными травматическими стимулами, репрессоры сообщают о более активных, а не пассивных, стратегиях выживания (Langens T.A., Moerth S., 2003). Phipps S. с соавторами (2006) выявили значительно меньший уровень посттравматического стресса у детей-репрессоров, страдающих онкологической патологией (Phipps S. et al., 2006). В случае, когда репрессивный копинг у взрослых лиц является гибким, не принимает крайних размеров, и не существенно искажает восприятие реальности, он может быть даже адаптивным и способствовать приспособлению к

воздействию травматического события (Erdelyi M.H.,1990).

Стратегия избегания, препятствующая совладанию со стрессом, создающая трудности в принятии человеком собственных эмоции, а также трудности с получением социальной поддержки, коррелирует с большей длительностью ПТСР (Bryant R.A., Harvey A.G, 1995; Foa E.B., Rothenbaum V.O., 1998; Keane T.M., Barlow D.H., 2002; Marx B.P., Sloan D.M., 2005; Resick P.A., Schnicke M.A.,1993).

Фактор низкой способности к саморегуляции, в частности, в контексте воздействия стресса, может представлять собой критический фактор уязвимости к ПТСР; напротив - лучшая способность к саморегулированию может способствовать устойчивости в условиях травмы (Benoit M. et al., 2010).

Особенности мировоззрения могут оказывать влияние при восприятии стрессовых событий (Janoff-Bulman R., 1992). Одним из компонентов стрессоустойчивости является оптимизм, который включает в себя абстрактные представления о доброжелательности мира (Park C.L. et al., 1997; Rubin Z. et al., 1975; Janoff-Bulman R., 1992). Оптимизм как копинг оказывает свое положительное воздействие на этапе начальных оценок ситуации (Mancini A.D. et al., 2008) и имеет существенное влияние в плане преодоления стресс-факторов (Lazarus R.S. et al., 1984; Park C.L., Folkman S., 1997). Исследования других авторов (Rahe R., 1978; Wiedl K.H., 1991) поддерживают утверждение, что индивидуальная когнитивная оценка определяет стрессогенность события. Так, люди с сильными убеждениями о справедливости мироустройства, демонстрируют более низкий уровень физиологического реагирования в ответ на угрожающие стимулы и чаще используют адаптивные копинг-стратегии (Subjective, physiological, and behavioral effects ... , 1993). Напротив, интенсивные негативные оценки ситуации могут приводить к чрезмерному повышению физиологической реактивности (Subjective, physiological, and behavioral effects ... , 1993), неадаптивным эндокринным реакциям (Epel E.S. et al., 1998), а также к

использованию эмоционально-ориентированных, а не проблемно-ориентированных стратегий совладания (Olf M. et al., 2005).

На сегодняшний день ревизии подвергается широко распространенное прежде мнение о том, что сохранение способности выражать положительные эмоции в ответ на травматическую ситуацию являются формой нездоровой реакции отрицания (Bowlby J., 1980). Ряд исследований показал, что одним из способов сохранения стрессоустойчивости является выражение положительных эмоций (Keltner D., Bonanno G.A., 1997). Алекситимия же напротив, может быть ассоциирована с трудностями в регуляции дистанции с другими людьми и окружающим миром, зависимыми чертами, пассивностью в сочетании с переоценкой реальных угроз, страхом перед близостью с другими людьми и телесным контактом, трудности организации поведения в ситуациях тревоги (Потемкина Е.А., Кремлева О.В., 2013), а также с тревогой и депрессией (Кремлева О.В. и др., 2013). Кроме того, устойчивые к стрессу люди были менее склонны к размышлениям о негативном смысле травматического события (Nolen-Hoeksema S. et al., 1997). Положительные эмоции могут способствовать совладанию со стрессом, увеличивая доступность социальной поддержки (Bonanno G., Keltner D., 1997). Это подтверждается исследованиями, показавшими, что выражение положительных эмоций среди лиц, переживших потерю, было в большей степени распространено у людей с развитыми социально-ориентированными характеристиками, такими как экстраверсия, уступчивость и добросовестность (Keltner D., 1996).

Способность делиться с окружающими переживаниями оказывает благотворное влияние на способность человека переносить острую стрессовую ситуацию (Social constraints, intrusive thoughts ... , 1996); алекситимики же напротив, имеют более низкую способность справляться со стрессом (Кремлева О.В. и др., 2013). В соответствии с этим, исследование выживших 11 сентября показало, что положительные эффекты самоподкрепления в момент преодоления стресса опосредуются за счет того,

как именно воспринимаются ограничения в отношении раскрытия тревожных переживаний (Bonanno G.A. et al., 2005). Действительно, положительный эффект от раскрытия переживаний, зависит от того, воспринимаются ли проблемы рассказчика, как доступные и интересные слушателю; положительные эффекты самораскрытия устраняются, если проблема воспринимается как недоступная или неинтересная (Lepore S.J. et al., 2000). Примечательно, что способные к самоподкреплению люди особенно склонны рассматривать своих близких, как желающих и способных слушать об их переживаниях, даже если это восприятие идет вразрез с реальным поведением окружающих (Goorin L. et al., 2008).

Фактором, с высокой вероятностью предсказывающим устойчивость в стрессовой ситуации, является высокая самооценка, причем не только в сочетании с реалистичной оценкой своих негативных характеристик и личных ограничений (Allport G.W., 1937; Erikson E.H., 1950; Maslow A.H., 1950; Vaillant G., 1977), но и тенденция диспозиционно оценивать себя благополучно и даже нереалистично высоко (черта самоподкрепления) часто ассоциируется с высоким уровнем психологической адаптации (Taylor S.E., Brown J.D., 1988). Несмотря на то, что самоподкрепление связано с реальными социальными издержками (Paulhus D.L., 1998), лица, использующие этот способ, хорошо справляются с крайне неблагоприятными ситуациями (Bonanno G.A., et al., 2005; Self-enhancement as a buffer ... , 2002; Taylor S.E. Armor D.A., 1996). В некоторых исследованиях способность к самоподкреплению предсказывала более низкие симптомы горя, способность к самоподкреплению может смягчить восприятие стрессового фактора как угрозы (Taylor S.E., Armor D.A., 1996), даже если самовосприятие является неточным и даже иллюзорным (Goorin L., et al., 2008). Лица, обладающие такой способностью, в лабораторных условиях демонстрировали более низкие сердечно-сосудистые реакции на стресс и затем более быстрое восстановление показателей работы сердечно-сосудистой системы (Taylor S.E., Brown J.D., 1994). Самоподкрепление может облегчить процесс

адаптации, в том числе, через социальное сравнение с теми, кому повезло меньше (Helgeson V.S. et al., 1993). Кроме того, самоподкрепление может играть роль в эффективном привлечении социальной поддержки и предоставлении возможности для раскрытия мыслей и чувств, связанных с событием.

Фактор сохранения контактов со значимыми другими людьми в социальной среде коррелирует с лучшей способностью к переживанию стресса (Diagnostic criteria ... , 1997; Social constraints ... , 1996).

У детей механизмы совладания со стрессом несовершенны и недостаточно развиты по сравнению со взрослыми, что подтверждается результатами сравнения частоты ПТСР, развивающегося у детей и взрослых после воздействия идентичных психотравмирующих событий (Брызгунов И., 1999). В силу незрелости собственных механизмов копинга, формирование психофизиологической реакции на стресс у детей в значительной степени зависит от родительских факторов, в частности, научения через наблюдение и через передачу информации об угрозе (Gerull F.C., Rapee R.M., 2002; Intergenerational transmission of social anxiety , 2008; Transmission of social anxiety ... , 2006). Резистентные к стрессу люди, владеющие набором разнообразных стратегий совладания, в структуру которых входят положительные эмоции, не только культивируют положительные эмоции у себя, но также и вызывают положительные эмоции у других (в том числе, родители у детей), что создает благоприятные условия для совладания (Demos E.V., 1989; Kumpfer K.L., 1999; Werner E., Smith R.S., 1992).

Таким образом, посттравматическая окружающая среда, такая как семейная поддержка и родительские реакции на стресс могут значимо прогнозировать долгосрочный посттравматический стресс у ребенка и течение посттравматических симптомов (Building child trauma ... , 2011; Looking beyond the physical injury ... , 1999; Meiser-Stedman R., 2002; Predicting posttraumatic stress ... , 2000). Недостаток родительской поддержки является важным фактором риска развития ПТСР у ребенка, подвергнутого

травме (Pine D.S., Cohen J.A., 2002; Udwin O., 2000), однако, собственный психологический стресс родителей может помешать восстановлению ребенка от травмы или усугубляет другие факторы риска (A prospective study on pediatric ..., 2005; Looking beyond the physical injury ... , 1999).

1.2.4. Патогенетический механизм и диагностические критерии ПТСР.

В качестве основы патогенетического механизма ПТСР указывают на нарушение способности изменять интенсивность и продолжительность физиологического возбуждения, фокус внимания, эмоциональное состояние, а также на дезорганизованность собственных чувств, недостаточную способность к эмоциональному выражению, необходимую для реализации сложного социального поведения (From neurons to neighborhoods ... , 2000; The development of the person, 2005). Одним из проявлений патофизиологии ПТСР является повышенная чувствительность к внешним раздражителям, склонность воспринимать нейтральные стимулы как угрожающие, без тенденции к уменьшению интенсивности этой реакции со временем, что поддерживается стойкой активацией симпатoadреналовой системы и хроническим повышением уровня кортизола крови, концентрация которого не снижается по механизму обратной связи (Buchanan T.W et al., 1999; Cognitive and physiological antecedents ... , 1997; Olf M. et al., 2005). Клинически это выражается в постоянной концентрации внимания на потенциальной угрозе (Attention biases, anxiety, and development ... , 2012) и склонности оценивать нейтральные раздражители как потенциально опасные (Development of anxiety ... ; Kheirbek M.A. et al., 2012; Lissek S., 2012). Хроническая гиперактивация симпатoadреналовой системы при ПТСР вызывает нарушения функционирования миндалины, вентролатеральных и дорсомедиальных отделов префронтальной коры, базальных ганглиев. (Blackford J.U., Pine D.S., 2012; Mana S. et al., 2010; Milad M.R., Rauch S.L., 2012; Pine D.S., 2007). Ряд исследователей сравнивают те психофизиологические механизмы, которые происходят при ПТСР с так

называемым "статусом U" (Fearon R., Mansel W., 2001; Liotti G., 2004; Main M., Hesse E., 1990; An investigation into the possible ... , 2004), при котором неразрешенные и незавершенные травматические истории вызывают хроническое состояние, характеризующееся такими изменениями в сознании или рабочей памяти, как готовность к реакциям страха, испуга и избегания, дезориентации, коммуникативным и аффективным нарушениям, негативным поведенческим реакциям, набингу и диссоциации (Schuengel C. et al., 1999; Jacobvitz D. et al., 1997). Установлено, что диссоциативные симптомы, испытываемые во время травматического события и сразу после него, являются значимым предиктором развития ПТСР в дальнейшем (Putnam F.W., 1995; Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress ... , 1999).

Выраженные нарушения в физиологической, эмоциональной и поведенческой регуляции отражают диагностические критерии ПТСР в МКБ-10: проявления повышенного возбуждения (раздражительность, вспышки гнева; трудности с концентрацией внимания; сверхнастороженность), повторное навязчивое проживание травматических событий в виде воспоминаний, сновидений; интенсивного психологического дистресса и/или физиологической реактивности при воздействии стимулов, напоминающих травматические), наличие психогенной амнезии и реакций избегания. Классификация DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000) в дополнение к изложенному выше, включает критерии, характеризующие психологическое состояние: ангедония, изменение восприимчивости, сужение спектра эмоций, например, отсутствие ожиданий по поводу профессионального роста, брака, детей, нормальной продолжительности жизни, чувство изолированности от других, наличие клинически значимого дистресса или нарушений в социальной, профессиональной и других важных сферах функционирования.

Кроме того, два диагностических критерия DSM-IV содержат примечания для ПТСР детского возраста, в отличие от МКБ-10, в которой отсутствуют критерии, адаптированные к детскому возрасту. На практике

клиническая картина ПТСР зачастую оказывается значительно богаче и разнообразнее диагностических критериев и расширяется у взрослых за счет проявлений депрессии, доминирующей в начале заболевания и участвующей в хронизации ПТСР (Волошин В.М., 2005). Усложнение картины происходит также вследствие феномена повторного компульсивного переживания травмы – сложного поведенческого стереотипа, проявляющегося бессознательным стремлением к повторному участию в ситуациях, аналогичных предшествующему травматическому событию (Марценковский И.А., 2007), а также за счет астенической, ипохондрической, психопатоподобной симптоматики, злоупотреблений психоактивными веществами и психосоматических нарушений (Волошин В.М., 2001).

1.3. Особенности клинических проявлений ПТСР в зависимости от возраста и проблемы диагностики ПТСР у детей.

Клинически у детей хроническая активация симпатoadреналовой системы проявляется как постоянная фиксация внимания на потенциальной угрозе (Attention biases, anxiety, and development ... , 2012), склонность оценивать нейтральные раздражители как потенциально опасные, нарушения памяти и обучения, в связи с расходом когнитивной энергии на переработку угрожающей информации, тенденцию ограничивать эксперименты в поведении и приобретение нового опыта (Development of anxiety ... , 2011; Kheirbek M.A. et al., 2012; Lissek S., 2012). Эта хроническая активация проникает и в межличностные отношения ребенка, проявляясь как повышенная чувствительность к оценкам со стороны внешнего окружения (Amygdala and ventrolateral prefrontal cortex ... , 2008) и готовность к более выраженному изменению поведения ради получения одобрения (Striatal functional alteration during incentive anticipation, 2012; Striatal functional alteration in adolescents, 2006).

В целом, клиника ПТСР у детей соответствует общим закономерностям нервно-психического реагирования в зависимости от возрастной группы (Ковалев В.В., 1995). Однако при оценке

посттравматической патологии у детей существуют объективные диагностические ограничения. Восемь из восемнадцати критериев ПТСР требуют словесного описания внутренних состояний и переживаний, что выходит за пределы интеллектуальных и языковых возможностей детей младшего возраста, специалисту приходится выявлять признаки ПТСР, созвучные симптомам ПТСР и отражающие мысли и чувства ребенка, исходя из поведенческих наблюдений, а также опираясь на наблюдения родителей и учителей (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1998). Родители часто склонны минимизировать симптоматику ПТСР у своего ребенка (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1998). Кроме того, помимо основных симптомов ПТСР взрослых, у детей также присутствует масса симптомов, обычно не оцениваемых в существующих структурированных интервью и шкалах ПТСР (Herbert M., 1996; Yule W., 1995).

Так, для детей дошкольного возраста, с присущим ему соматовегетативным и психомоторным уровнем реагирования, характерна потеря приобретенных навыков развития, в том числе навыков опрятности с проявлениями энуреза и энкопреза, утратой речевых навыков, страх разлуки с родителями, который часто проявляется в виде тревожной привязанности, «цепляющегося поведения», а также психосоматические проявления, такие, как боли в животе и головные боли (Herbert M., 1996; Yule W., 1995). Маленькие дети могут выражать посттравматическое беспокойство через гиперактивность, отвлекаемость и повышенную импульсивность - симптомы, которые могут быть приняты за синдром дефицита внимания и гиперактивности (Gandhi B. et al., 2012). Родители травмированных детей могут обращаться с жалобами на детские симптомы повышенного возбуждения и соматические симптомы (тошнота, рвота, диарея, напряжение мышц, трудности со сном) (Gandhi B. et al., 2012).

Очень маленькие дети могут демонстрировать сравнительно мало симптомов ПТСР по критериям DSM, что частично связано с

невозможностью получить от них вербальное описание опыта и внутренних состояний (Sheeringa M.S., 1995). Эти трудности требуют использования специальных методов сбора информации, например, формальная и объективная оценка удовольствия, получаемого от игры, помогает в диагностике ПТСР у детей (Almqist K., Brendel-Forsberg M., 1997). В целом, чем меньше возраст ребенка, тем менее специфичны клинические проявления, и тем более они атипичны по отношению к диагностическим критериям ПТСР (Психические расстройства у детей ... , 2008).

Для клинической картины ПТСР у детей 7 - 12 лет (аффективный уровень реагирования) характерно начало новых страхов или оживление старых, склонность попадать в рискованные ситуации и демонстрировать безрассудное поведение (Herbert M., 1996; Yule W., 1995), снижение школьной успеваемости (Малкина-Пых И.Г., 2008; Портнова А.А., 2005; Тарабрина Н.В., 2001). Распространено в этом возрасте также расстройство сна, диссомнические и парасомнические нарушения (ночные кошмары, сноговорение) (Психические расстройства у детей ... , 2008). Дети часто демонстрируют поведение, воспроизводящее травматический опыт в игре, рисовании, речевых высказываниях (Bendek E., 1985). Намбинг и избегание у детей принимают различные формы, включая беспокойство, настороженность, плохую концентрацию внимания и поведенческие проблемы (Malmquist C.P., 1986). Течению ПТСР у детей этого возраста часто сопутствует СДВГ. Это объясняется тем, что симптомы тревожности часто принимают форму гиперактивности, рассеянности, возросшей импульсивности (Comorbidity of attention deficit .. , 1994; Psychiatric comorbidity in childhood posttraumatic stress ... , 1996; Glod C.A., Teicher M.H., 1996; McCullough E.L., Pumariega A.J., 1994). Часто с ПТСР у детей связано чувство укороченного будущего (McNally R., 1993), а также формирование «предсказательной» функции, когда дети верят, что определенные «знаки» предупреждают о надвигающемся травматическом событии, и что если они будут достаточно восприимчивы, то смогут предугадывать надвигающиеся

катастрофы (Terr L.C., 1983). Выраженное избегающее поведение у детей предсказывает бóльшую тяжесть тревожного расстройства (Beesdo-Baum K., Knappe S., 2012; Insel T.R., 2009; Recurrence of anxiety disorders ... , 2013).

Подростки (эмоционально-идеаторный уровень реагирования) часто могут демонстрировать симптомы ПТСР в соответствии со стандартами DSM (Bendek E., 1985). Подростки с ПТСР могут иметь преобладающую диссоциативную симптоматику (дереализацию, деперсонализацию), самоповреждающее поведение, злоупотребление химическими веществами и периодические вспышки злости и агрессии (Goodwin J., 1988, Hornstein N.J., 1996). Вообще поведенческие расстройства (негативизм, непослушание) часто сопровождают клинику ПТСР и у детей, и у подростков (A diagnostic outcome study of children ... , 1989; Arroyo W., 1985; Green A.H., 1985; Posttraumatic stress disorder in incarcerated ... , 1997). ПТСР может приводить к потере контроля над импульсами, агрессией и злостью (Posttraumatic stress disorder in incarcerated ... , 1997).

По данным ряда исследований отмечаются гендерные различия в клинической картине ПТСР: у девочек отмечается бóльшая длительность заболевания и чаще отмечаются астенические проявления, истероидно-демонстративные реакции; у мальчиков чаще встречается астено-депрессивный и психопатоподобный вариант ПТСР, сопровождающийся психомоторной расторможенностью, агрессивными реакциями, реакциями протеста и группирования (Психические расстройства у детей ... , 2008).

У детей разных возрастных групп сохранение ПТСР в сочетании с накоплением после травмы неблагоприятных событий может также послужить причиной вторичной депрессии и, если травматический контекст включает смерть члена семьи, проявления у детей могут быть представлены осложненным горем и тяжелой утратой (Pynoos R. et al., 1996).

Состояние многих детей, ставших жертвами сексуального злоупотребления не соответствует диагностическим критериям ПТСР (Kendal-Tacket K.A. et al., 1993), в то время как у них имеются глубокие

психологические нарушения, требующие психотерапевтического вмешательства (Cahill C. et al., 1991).

Таким образом, диагностические критерии DSM-IV для ПТСР не в полной мере отражают ПТСР ребенка, а диагностические критерии МКБ-10 для ПТСР, и вообще, не содержат ни одного критерия, который отражал бы особенности детского возраста, при том, что у детей, которые подверглись воздействию травмирующих событий, также как и у травмированных взрослых, может развиваться ПТСР (Kaminer D. et al., 2005).

Кроме того, исследования подтверждают гипотезу о том, что дети с клиническими проявлениями ПТСР, не достигающими пороговых значений по количеству критериев, не могут существенно отличаться от детей, отвечающих всем трем диагностическим кластерам ПТСР (повторное переживание, избегание, чрезмерное возбуждение) в связи с выраженностью функциональных нарушений и субъективных страданий. В исследовании, проведенном Carrion V.G. с соавторами (2002), дети с допороговым ПТСР имели нарушения, являющиеся симптомами этого расстройства, а не проявлениями сопутствующих заболеваний. Таким образом, более целесообразной является постановка диагноза ПТСР у детей и подростков на основе интенсивности симптомов и их связи с функциональными нарушениями, а не на основании достижения порогового числа симптомов (Toward an empirical definition ... , 2002).

Еще одной особенностью, затрудняющей диагностику ПТСР у детей, являются крайне противоречивые результаты исследований течения детского ПТСР. Одни наблюдения свидетельствуют об обязательном остром стрессовом расстройстве у детей, предшествующем ПТСР, причем тяжесть острого стрессового расстройства предсказывала тяжесть ПТСР, формирующегося впоследствии (Психические расстройства у детей ... , 2008). Согласно другим авторам 60% обследованных детей с ПТСР не демонстрировали симптомов даже субсиндромального острого стрессового расстройства, что нарушает установление связи между травматическим

событием и формирующимися впоследствии клиническими симптомами ПТСР у ребенка (Kassam-Adams N., Winston F.K., 2004), тогда как у взрослых острое стрессовое расстройство практически всегда предшествует развитию ПТСР (Acute stress disorder ... , 1996; Bryant R., Harvey A.G., 1996).

Усложняет выявление ПТСР у детей и тот факт, что тревожные расстройства в детском возрасте в большинстве случаев сочетаются с другими психическими заболеваниями (Cognitive behavioral therapy ... , 2008), такими как оппозиционно-вызывающие и депрессивные расстройства, злоупотребление психоактивными веществами и зависимости у подростков (Angold A. et al., 1999; Arroyo W., 1985; Psychiatric comorbidity in children after the 1988 ... , 1995). Для критериев ПТСР и депрессивного расстройства существует значительная степень перекрытия (Brent D.A., 1995), и зачастую ПТСР предшествует развитию депрессивного расстройства (Psychiatric comorbidity in children after the 1988 ... , 1995).

Таким образом, диагностика и лечение ПТСР у детей до сих остаются проблематичными, а результаты многих исследований ПТСР у детей противоречивыми, так как клинические проявления ПТСР существенно зависят от возраста детей (Эффективная терапия посттравматического стрессового расстройства ... , 2005) и от стадии развития ребенка (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1998). Свой вклад в проблему диагностики ПТСР у детей вносит и фактор родительского распознавания ПТСР у детей, так как поздняя диагностика психических расстройств у детского и подросткового населения является зачастую результатом позднего обращения за психиатрической помощью (Лиманкин О.В., 2013).

Своевременная и точная диагностика ПТСР у детей крайне важна, учитывая то значительное негативное влияние, которое посттравматический стресс оказывает на здоровье, а также на физическое, когнитивное и эмоциональное развитие детей и подростков (Pynoos R. et al., 1996). Постоянно отмечаемыми неблагоприятными последствиями ПТСР у детей являются снижение уровня притязаний в плане учебы, более низкий уровень

образования (Woodward L.J., Fergusson D.M., 2001), нарушения в сфере общения со сверстниками, педагогами и членами семьи, общие социально-психологические нарушения (Essau C.A. et al., 2000; *Epidemiology of psychiatric disability ...*, 2001), повышенный суицидальный риск у детей (Adolescent subthreshold-depression ... , 2013) и в дальнейшем взрослом возрасте (Anxiety and risk of incident ... , 2010; *Mental disorders, comorbidity ...*, 2010), снижение качества жизни и более высокая подверженность депрессиям (Last C.G. et al., 1997). Анализ результатов эпидемиологических исследований показывает, что подверженность ПТСР коррелирует с депрессией, склонностью к суицидальным попыткам, медикаментозной, алкогольной и наркозависимостью, психосоматическими расстройствами. Статус безработного пациенты с ПТСР имеют в 5 раз чаще, разводы отмечались у 70% страдающих ПТСР (Пушкарев А.Л. и др., 2000). ПТСР отдельных индивидуумов оказывает влияние и на благополучие общества в целом, так как психологический феномен отыгрывания травмы является одной из основных причин распространения насилия в обществе, наличие ПТСР предсказывает склонность к агрессивным действиям и проявлению насилия (Пушкарев А.Л. и др., 2000), значительная часть людей, совершивших серьезные преступления, в детстве пережили ситуацию физического или сексуального насилия. В популяции несовершеннолетних осужденных ПТСР выявляется более чем у половины подростков (Кидрасова Н.Ф., 2007). Одним из проявлений саморазрушительного поведения является феномен «ревиктимизации», когда травмированные индивиды вновь и вновь попадают в аналогичные психотравмирующие ситуации (Тарабрина Н.В., 2001).

При ПТСР реакции детей находятся под влиянием родительских реакций на стресс, как во время самого события, так и при разговорах о нем впоследствии (*Post-Traumatic Stress Disorder: The Management of PTSD ...*, 2005). Однако этот важный фактор как клинической предикции ПТСР у детей, так и профилактики его развития остается мало изученным,

имеющиеся исследования зачастую демонстрируют противоречивые результаты, что, в совокупности с медицинской и социальной значимостью ПТСР у детей, спецификой современной общественной и политической ситуации, определяет актуальность настоящего исследования.

Глава 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.

В соответствии с целями и задачами работы дизайн настоящего исследования представлял собой контролируемое, а затем корреляционное исследование трех выборок:

1) 65 пар родитель-ребенок (30 детей с верифицированным в филиале «Детство» ГБУЗ СО СОКПБ диагнозом ПТСР и 30 их родителей / опекунов; 35 здоровых детей, посещающих образовательные учреждения г. Екатеринбурга (МБОУ) и 35 родителей / опекунов этих детей).

2) 55 специалистов в области психического здоровья (31 психиатр, 13 психотерапевтов и 11 медицинских психологов);

3) 109 родителей / опекунов подростков (50 родителей / опекунов пациентов филиала «Детство» ОГУЗ СО СОКПБ и 59 родителей / опекунов здоровых учащихся общеобразовательной школы).

Общая база исследования: 294 субъекта обоего пола, из них 65 детей (22,1% выборки), 174 родителя (опекуна) (59,2%) и 55 специалистов в области психического здоровья (18,7%).

Поскольку различные задачи исследования решались при исследовании разных выборок, требуя использования разных методологических подходов и инструментов, при планировании дизайна, 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.

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.

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

2.1. Первый этап. Исследование клинических проявлений ПТСР у детей и взаимосвязей клинических особенностей расстройства с социо-демографическими и психосоциальными факторами, ассоциированными с родительской семьей, а также с психологическими характеристиками родителей и опекунов.

На первом этапе в течение 2009-2014 гг. 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 (МКБ-10: Классификация психических и поведенческих расстройств ... , 1994 ; Тарабрина Н.В., 2001; Портнова А.А., 2005). 38 детей с установленным диагнозом ПТСР были направлены психиатрами для более углубленного обследования и оказания психотерапевтической помощи к врачу психотерапевту (автор исследования). 30 из направленных психиатром родителей и опекунов детей с ПТСР дали добровольное информированное согласие на углубленное исследование и эти пары ребенок-родитель / опекун были включены в настоящее исследование.

База клинико-психологического исследования включало 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.

Критерии включения в исследование для основной группы:

- для детей: возраст 3÷18 лет, наличие верифицированного диагноза посттравматического стрессового расстройства, информированное согласие законного представителя пациента на участие в клиническом исследовании, информированное согласие пациента на участие в клиническом исследовании (для подростков старше 14 лет);
- для взрослых: наличие ребенка (в возрасте 3÷18 лет), имеющего верифицированный диагноз посттравматического стрессового расстройства; добровольное информированное согласие одного из родителей/опекунов (только мать или только отец ребенка) на участие в исследовании.

Критерии включения в исследование для контрольной группы:

- для детей: возраст 3÷18 лет, информированное согласие родителя (законного представителя) ребенка на участие в психологическом исследовании;
- для взрослых: наличие ребенка (в возрасте 3÷18 лет); добровольное информированное согласие одного из родителей/опекунов (только мать или только отец ребенка, опекун мужского или женского пола) на участие в исследовании.

Критерии исключения из исследования для контрольной группы:

- наличие установленного психического заболевания у ребенка.

Родительские группы сравнения были представлены 30-ю родителями/опекунами основной группы (29 женщин, 1 мужчина, 28÷65 лет, средний возраст $41,5 \pm 10,71$ г.) и 35-ю родителями и опекунами контрольной группы (30 женщин, 5 мужчин, 28÷65 лет, средний возраст $39,48 \pm 7,37$ г.). Основная группа исследования включала родителей / опекунов пациентов детской психиатрической службы (филиал «Детство» ГБУЗ СО СОКПБ) с верифицированным диагнозом ПТСР. В контрольную группу были включены родители/опекуны детей, посещающих образовательные учреждения г. Екатеринбурга (МБОУ СОШ №138 и МБДОУ «Детство») без установленного психического расстройства.

Родители/опекуны основной и контрольной группы были сопоставимы по полу на основании вычисления стандартной ошибки для дихотомической переменной (S_{bin}) в процедурах интервального оценивания (Девятко И.Ф., 2010): женщин 96,6%/85,5% соответственно; $S_{bin}=3,25/5,95$, $p>0,05$. Родительские группы сравнения были сопоставимы также по среднему 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/девочек – 56,6%/57,1% соответственно; $S_{bin}=9,044/8,355$, $p>0,05$) и среднему возрасту ($9,866 \pm 3,586$ г., 3÷17 лет / $9,885 \pm 3,333$ г., 4÷17 лет соответственно; $t=0,026$, $p>0,005$).

В зависимости от задач этапа клинико-психологическое исследование разделялось на исследовательские программы:

2.1.1. Клиническое исследование детей с ПТСР.

Исследование включало только основную группу. Задачи:

- Изучить симптоматику ПТСР у детей, клинические типы и тяжесть течения расстройства, установить генетические связи выявленных у детей психопатологических симптомов с наличием ПТСР.

- Провести сравнительный анализ и описать клинические проявления выделенных типов ПТСР, провести сравнительный анализ клинических проявлений ПТСР в зависимости от степени тяжести расстройства. Изучить влияние типа и временных характеристик психической травмы на клинические проявления и степень тяжести ПТСР у детей.

- Изучить вклад в риск развития и клиническую картину ПТСР у детей таких клинико-биологических факторов раннего развития, как наличие перинатального поражения ЦНС в анамнезе, порядок беременности по счету, порядок родов по счету, наличие стрессогенных событий у матери во время беременности, рождение от незапланированной беременности.

2.1.2. Исследование социо-демографических и психосоциальных характеристик родительской семьи, как возможных факторов уязвимости ребенка к ПТСР или возможных патопластических факторов.

Исследование включало основную и контрольную группу. Задачи:

- Исследование клинических проявлений ПТСР у детей и взаимосвязей клинических особенностей расстройства с социодемографическими и психосоциальными факторами, ассоциированными с родительской семьей:

- возрастом родителей и опекунов,
- возрастом детей,
- полом родителей и опекунов,
- полом детей, наличием полной семьи,
- наличием родителя, бабушки или опекуна в качестве воспитателя ребенка,
- наличием конфликтов между взрослыми членами семьи в первые три года жизни ребенка / в последующие после 3-х-летнего возраста ребенка годы.

2.1.3. Психодиагностическое исследование родителей и опекунов детей с ПТСР.

Исследование включало основную и контрольную группу. Задачи:

- Исследование уровня алекситимии у родителей и опекунов детей с ПТСР / без ПТСР и родительской алекситимии, как возможного фактора уязвимости ребенка к ПТСР или возможного патопластического фактора.

- Исследование копингов и копинг-стратегий родителей и опекунов детей с ПТСР / без ПТСР в качестве как возможных факторов уязвимости ребенка к ПТСР или возможных патопластических факторов.

- Исследование стилей воспитания родителей и опекунов детей с ПТСР / без ПТСР и воспитательных стратегий, как возможных факторов уязвимости ребенка к ПТСР или возможных патопластических факторов.

2.1.4. Методы 1 этапа:

Клиническое исследование детей с ПТСР.

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; Тарабрина Н.В., 2001; Портнова А.А., 2005). 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.

После проведения необходимого обследования детям с ПТСР и их семьям по показаниям оказывалась психотерапевтическая помощь. В процессе психотерапии использовались динамическое наблюдение за спонтанной деятельностью и общением ребенка в контакте с психотерапевтом и родителем/опекуном; материалы проективных методов: рисование и лепка (по заданию, на свободную тему, совместное рисование и лепка, создание серии рисунков), игровая и песочная психотерапия. Полученные при наблюдении данные использовались для клинико-психологического анализа.

Исследование социо-демографических и психосоциальных факторов, ассоциированных с родительской семьей и связей этих факторов с уязвимостью детей к ПТСР и патопластикой 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) (см. Приложение 3). Интервью позволяло родителям и опекунам отмечать ряд эмоциональных и поведенческих проблем ребенка на основе кратких и понятных родителям и опекунам описаний, которые при последующей обработке ответов стандартизовались исследователем в виде соответствующих клинических симптомов и признаков.

Интервью содержало также пункты, касающиеся социо-демографических и психосоциальных характеристик родительской семьи и заполнялось включенным в исследование родителем/опекуном с помощью психотерапевта (автор исследования). Анамнестические и самоотчетные данные, полученные от родителей и опекунов основной и контрольной группы участвовали в сравнительном анализе и, в качестве переменных, в последующем корреляционном анализе.

Психодиагностическое исследование родителей/опекунов детей с ПТСР и вклада психологических и поведенческих факторов в

уязвимость детей к ПТСР и патопластику расстройства.

Было проведено исследование личностных характеристик (копинг, выраженность алекситимии) и воспитательных паттернов родителей и опекунов. Акцент на исследовании именно родительской, но не детской выборки был обусловлен рядом причин. Во-первых: результаты исследования эмоциональных, когнитивных, мыслительных, поведенческих особенностей детей с ПТСР, скорее отражают текущее болезненное состояние, чем являются устойчивыми личностными характеристиками. Во-вторых, в задачи исследования входил поиск устойчивых прогностически благоприятных/неблагоприятных факторов, влияющих на риск развития ПТСР у детей, в том числе факторов, связанных с семейным окружением.

Обоснованием такого подхода явились:

1) высокая эмоциональная значимость детско-родительских отношений для ребенка, а также влияние стиля семейного воспитания на самоощущение ребенка, его психологическую устойчивость (Лидерс А.Г., Спирева Е.Н., 2001; Эльконин Д.Б., 1995);

2) возможность негативного влияния семейного контекста в целом на динамику клинических проявлений ПТСР у детей, в том числе на формирование вторичных психологических нарушений (Портнова А.А., 2005);

3) возможность влияния родительских копингов и особенностей эмоциональной экспрессии на проявления посттравматического стрессорного расстройства у детей (Building child trauma ... , 2011; Looking beyond the physical injury ... , 1999; Meiser-Stedman R., 2002; Predicting posttraumatic stress ... , 2000).

Исследование уровня алекситимии у родителей и опекунов детей с ПТСР / без ПТСР и ассоциаций родительской алекситимии с уязвимостью ребенка к ПТСР и патопластикой расстройства.

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). Бланк TAS заполняли родители и опекуны детей основной группы (30 детей с диагнозом ПТСР) и контрольной группы (35 родителей/опекунов здоровых детей сопоставимого возраста). Все 65 заполненных бланков оказались пригодны для анализа. Подсчитывались и участвовали в сравнительном исследовании средние баллы алекситимии основной и контрольной групп. Кроме того, сравнивались и качественные показатели алекситимии: при достижении каждым респондентом значения показателя алекситимии TAS в 74 балла и выше респонденты были отнесены к алекситимикам, 62 балла и ниже – к неалекситимикам. В последующем корреляционном анализе участвовали и количественные (балл алекситимии), и качественные показатели (алекситимик / неалекситимик).

Исследование копингов и копинг-стратегий родителей и опекунов детей с ПТСР / без ПТСР и ассоциаций родительских копингов с уязвимостью ребенка к ПТСР и патопластикой расстройства.

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), бланки которой заполняли родители/опекуны как основной, так и контрольной группы. Все 65 заполненных бланков оказались пригодны для анализа. При подсчетах специфицировались как отдельные копинги, так и группы копингов, выделенные Э. Хаймом: когнитивные, эмоциональные, поведенческие / неадаптивные, адаптивные, относительно адаптивные. Количественная оценка групп копингов, означающих степень адаптивности, определялась как 1 выбор = 1 балл, в итоге распределяясь по сумме от 0 до 3 возможных баллов неадаптивного, адаптивного или относительно адаптивного копинга у каждого респондента. Полученные данные участвовали в сравнительном и последующем корреляционном анализе.

Исследование стилей воспитания родителей и опекунов детей с ПТСР / без ПТСР и вклада воспитательных стилей родителей/опекунов в уязвимость ребенка к ПТСР.

При помощи опросника для родителей «Анализ семейных взаимоотношений» (АСВ) (Детская психиатрия ... , 2005) было проведено исследование стилей воспитания родителей и опекунов детей с ПТСР / без ПТСР. Опросники заполнялись одним из родителей/опекунов детей основной группы (30 детей с диагнозом ПТСР) и контрольной группы (35 родителей и опекунов здоровых детей сопоставимого возраста), все 65 заполненных бланков оказались пригодны для анализа. Полученные в результате подсчетов данные о стилях воспитания также участвовали в сравнительном и последующем корреляционном анализе. После проведения всех процедур, связанных с исследованием социодемографических и психосоциальных факторов, ассоциированных с родительской семьей, семьям детей с ПТСР по показаниям оказывалась психотерапевтическая помощь с преимущественным использованием когнитивно-поведенческих методов психотерапии.

2.2. Второй этап. 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.

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.).

Исследование групп сравнения 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) (см. Приложение 3). При разработке опросника предпринималось пилотное исследование текста и структуры с группой из 10 специалистов психического здоровья на предмет однозначности понимания инструкций и текста с последующей коррекцией бланка опросника. Опросник содержал краткие описания наиболее типичных особенностей поведения людей, страдающих психическими расстройствами (эндогенной депрессией, простой шизофренией, параноидной шизофренией, эпилепсией, алкоголизмом, ПТСР), а также описание пубертатного криза. Готовность к распознаванию расстройств определялась по количеству правильных ответов (уровень идентификации – от 0 до 8 в порядке возрастания числа правильных ответов). Все полученные данные формализовались как «верные / неверные» ответы и, наряду с принадлежностью к основной/контрольной группе, социодемографическими и профессиональными характеристиками респондентов, участвовали в последующем корреляционном анализе.

2.3. Третий этап. Социологическое исследование готовности родителей и опекунов психически больных / здоровых подростков 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., Knappe 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) ($p>0,005$).

Исследование групп сравнения 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) (см. Приложение 3). При разработке опросника предпринималось пилотное исследование текста и структуры с группой из 10 родителей психически больных и здоровых детей на предмет однозначности понимания инструкций и текста с последующей коррекцией бланка опросника. Опросник содержал краткие, лишённые специфической

терминологии, описания наиболее типичных особенностей поведения детей, страдающих психическими расстройствами (эндогенной депрессией, простой шизофренией, параноидной шизофренией, эпилепсией, алкоголизмом, ПТСР), а также описание пубертатного криза, что позволяло точнее судить о готовности респондентов дифференцировать психологические феномены от психопатологических. Готовность к распознаванию расстройств определялась по количеству правильных ответов. Все полученные данные формализовались как «верные/неверные» ответы, и, в качестве оценки индивидуальной способности к распознаванию, подсчитывалось общее число верных ответов у каждого респондента (от 0 до 8 по аналогии с опросником для специалистов).

2.4. Статистические методы.

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 (Девятко И.Ф., 2010), коэффициента U - критерия Манна-Уитни (Сидоренко Е.В., 2002), а также путем серии корреляционных анализов (статистический пакет Vortex 8.0.7 (Программа «VORTEX» ... , б.г.; © Шкурин Д.В., 1999).

Сравнительный анализ средних оценок групп сравнения проводился с помощью статистического пакета Vortex 8.0.7, имеющего необходимый сервис для расчетов средних величин со стандартными отклонениями, определения нормальности распределения, сравнения средних на основе t -критерия Стьюдента. Далее внесенные в электронную базу статистического пакета клинические, социо-демографические, психосоциальные, индивидуально-психологические и данные экспертного и социологического исследования участвовали в корреляционном анализе на основе вычисления коэффициентов корреляции (F , η^2 , V Крамера, γ , r Пирсона) посредством пакета Vortex 8.0.7.

Глава 3. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПТСР У ДЕТЕЙ.

3.1. Симптоматология ПТСР у детей.

Клинически ПТСР диагностировано у 30 детей в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 для ПТСР, однако лишь 8 психопатологических симптомов из всего спектра выявленных 33-х (23,5%) соответствовали этим критериям. Рейтинг распространенности симптомов, обнаруженных у детей с ПТСР, приведен в Таблице 3.1. (см. Приложение 1).

К наиболее распространенным симптомам, занявшим первые 7 мест в рейтинге, отнесены: "flash-back" – симптомы; снижение концентрации внимания; избегание ситуаций, напоминающих стрессогенную; повышенная тревожность; раздражительность; вспышки гнева; снижение настроения при воспоминании о событии; эмоциональная неустойчивость; сниженный фон настроения; нарушение засыпания; поверхностный сон; повышенная боязливость; страх повторения травматического события, коммуникативные нарушения; трудности в обучении; резкое изменение рисунка поведения и повышенный уровень бодрствования.

В число наиболее распространенных симптомов вошли также симптомы, отражающие фиксацию детей на травматическом событии: снижение настроения при воспоминании о событии и страх повторения травматического события (соответственно, 4-е и 6-е место в рейтинге). Наконец, сопоставимыми по частоте выявления у детей с ПТСР были отмечены такие неспецифические симптомы, как повышение тревожности, эмоциональная неустойчивость, стойкое снижение настроения (6-е место в рейтинге), а также коммуникативные нарушения и трудности в обучении (соответственно, 5-е и 7-е места в рейтинге).

Анализ рейтинга распространенности симптомов показал значительное расхождение выявленной у детей симптоматологии со списком диагностических критериев ПТСР взрослых за счет того, что частота выявления некоторых неспецифических симптомов преобладала над частотой выявления симптомов, специфических для ПТСР. Этот факт

соотносится с указаниями некоторых авторов на затруднения при использовании критериев МКБ-10 для диагностики ПТСР детского возраста (Психические расстройства у детей ... , 2008; Sheeringa M.S., 2004).

С целью облегчения дифференциального диагноза весь спектр выявленных в настоящем исследовании психопатологических симптомов был разделен на три основных симптоматических группы в зависимости от их соответствия диагностическим критериям ПТСР в МКБ-10:

1. Специфические для ПТСР симптомы – симптомы, соответствующие диагностическим критериям МКБ-10: стойкие непроизвольные воспоминания перенесенного, отражающиеся в сновидениях, усиливающиеся при попадании в ситуацию, напоминающую стрессовую (flash-back); избегание ситуаций, напоминающих стрессовую ситуацию; нарушение засыпания, поверхностный сон; снижение сосредоточения; раздражительность, вспышки гнева; повышенный уровень бодрствования; повышенная боязливость; амнезия на важные аспекты перенесенной стрессовой ситуации.

2. Ассоциированные симптомы - симптомы, не включенные в диагностические критерии МКБ-10, но, при этом, по мнению некоторых авторов, являющиеся специфичными для ПТСР и отражающие фиксацию детей на травме (Rupoos R.S., 1996): снижение настроения при воспоминании о событии; страх повторения травматического события; сновидения с негативным содержанием; затруднение игровой или учебной деятельности из-за мыслей (воспоминаний) о травме; потеря интереса к любимым занятиям; ощущение отчужденности; чувство вины, связанное с травмой.

3. Неспецифические симптомы - встречающиеся у детей с ПТСР, не входящие в МКБ-10, не являющиеся специфичными для этого заболевания и имеющие широкое распространение при различных психических заболеваниях в детском возрасте: повышение тревожности, эмоциональная неустойчивость, сниженный фон настроения, коммуникативные нарушения, трудности в обучении, резкое изменение рисунка поведения, неуверенное

поведение, поведенческие нарушения (нарушения дисциплины), совместный сон с родителем/опекуном, агрессивное поведение, жалобы на плохое самочувствие, жалобы на затруднение дыхания, возрастной психологический регресс, наличие единичных обманов восприятия, аутоагрессивные действия, энурез, энкопрез, заикание. Многочисленные работы указывают на присутствие в клинической картине ПТСР у детей подобных симптомов (Малкина-Пых И.Г., 2008; Портнова А.А., 2005; Психические расстройства у детей ... , 2008; Тарабрина Н.В., 2001; Эффективная терапия посттравматического стрессового расстройства ... , 2005; Development of anxiety ... , 2011; Gandhi B. et al. 2012; Kheirbek M.A., 2012; Lissek S., 2012), но не подтверждают статистической значимости их ассоциаций с ПТСР.

3.1.1. Специфические симптомы (симптомы, соответствующие диагностическим критериям МКБ-10):

- *Симптом навязчивого воспроизведения травматического материала* проявлялся в виде стойких непроизвольных воспоминаний перенесенного, усиливающихся при попадании ребенка в ситуацию, ассоциированную со стрессогенной, а также в виде отражения психотравматической ситуации в сновидениях детей, что позволяет отнести эти проявления к flash-back-феномену. Симптомы навязчивого воспроизведения усиливались, если ребенок попадал в то место, где происходило травматическое событие или в похожую ситуацию, контактировал с людьми, имевшими отношение к психической травме или с людьми, похожими на них, когда ему приходилось выполнять действия, напоминающие о событии, когда ребенок реально или мысленно соприкасался с теми или иными аспектами травматического материала. При этом отмечалось навязчивое воспроизведение не только воспоминаний, но и мыслей, чувств, телесных ощущений, зрительных и слуховых образов. Симптомы навязчивого воспроизведения отражены в Клинической иллюстрации 1 (см. Приложение 2).

У младших детей наблюдались особенности воспроизведения травматического материала, выходящие за рамки диагностических критериев

МКБ-10 и отражающие специфический вклад психологии раннего возрастного периода - склонности к фантазийной переработке информации. Так, если для взрослых и старших детей было характерно фотографически точное отражение ситуации травмы в сновидениях (Пушкарев А.Л. и др., 2000), то у младших детей кошмарные сновидения не столько отражали напрямую ситуацию травмы, сколько содержали устрашающие образы сказочного или фантастического характера. Кроме того, навязчивое воспроизведение у детей часто осуществлялось путем воспроизведения травматического материала в игре или вне ее в повседневной жизни, а также в рисунках. Например, ребенок травмированный ситуацией насилия в семье, периодически, находясь в ситуации полной безопасности, внезапно начинал вести себя так, будто находится внутри пугающей ситуации - неожиданно останавливался, начинал размахивать кулаками, со словами: «я защищаю маму». При установлении доверительного контакта ребенок объяснял: «я очень боюсь за маму», «я представляю себе, как мог бы защитить маму от отца, если бы я был сильнее». В игре травматический материал воспроизводился либо напрямую, например, через манипулирование с куклами, воспроизводящее сексуальные действия (у ребенка травмированного сексуальным насилием), либо опосредованно - на сказочном, фантастическом или символическом уровне. К примеру, девочка 7 лет после похорон отца во время игровой психотерапии настойчиво воспроизводила сюжет, связанный с закапыванием и откапыванием «сокровищ», которые она называла «великой ценностью». Воспроизведение травматического материала могло быть и прямым в виде воспроизведения ситуации в жизни, причем ребенок мог принимать в ней участие как с позиции жертвы, так и с позиции агрессора. Например, девочка-подросток, пережившая сексуальное насилие в семье, вновь и вновь вступала в психологически небезопасные отношения с юношами, что приводило к ретравматизации. Другой ребенок, переживший травлю в школе, в точности

воспроизводил издевательские выходки своих одноклассников, но уже по отношению к членам своей семьи.

- *Симптом избегания* проявлялся у детей в виде отказа от действий, ассоциирующихся с психотравмирующей ситуацией (встреч с людьми, посещения мест или выполнения деятельности), если травмирующим фактором было насилие - в виде замкнутости, отгороженности и недоверчивости в общении с окружающими людьми, и при любом виде психотравмирующего события - в тотальном избегании обсуждения травматических переживаний. На поведенческом уровне избегание проявлялось как в попытке умолчать о самом психотравмирующем событии, избежать возможного обсуждения, переключившись на безопасную тему, так и в значительных трудностях, связанных с непосредственной вербализацией травматического опыта, обусловленных нарушениями обработки информации о травме при ПТСР, возрастными особенностями речи у детей и трудностями установления доверительных отношений, особенно в тех случаях, когда у детей недостаточно опыта доверительного общения в семье.

Внешне избегающее поведение в ряде случаев принимало форму повышенной отвлекаемости, двигательной расторможенности, импульсивности или даже интеллектуального и эмоционального дефекта. Например, в беседе при соприкосновении с травмирующей темой некоторые дети с диагнозом ПТСР переставали отвечать на вопросы, внезапно вставали с места, неожиданно начинали интересоваться какими-нибудь предметами в кабинете, задавать вопросы на отвлеченные темы и т.п. В ряде случаев единственным способом рассказать о содержании травмы для ребенка являлось рисование (как в виде спонтанного рисунка, так и в виде создания серии рисунков, а также рисования по инструкции специалиста). Например, подтвердившийся впоследствии факт сексуального использования ребенка стал известен семье после того, как бабушка девочки обратила внимание на странные рисунки внучки, изображавшие мужские и женские фигуры с анатомическими подробностями (волосным покровом тела, половыми

органами и т.д.). В ходе последующей психотерапии в связи с выраженной трудностью вербализации «язык рисунков» использовался как более доступный для составления рассказа о травме.

- *Нарушения сна* объединяли диссомнические и парасомнические симптомы и проявлялись у детей в разных вариантах: трудности засыпания, поверхностный сон, ранние пробуждения, частые ночные пробуждения, отсутствие ощущения отдыха после пробуждения, в ряде случаев отмечалось снохождение и сноговорение. Перечисленные симптомы отражали глубокое нарушение соматовегетативной регуляции и хроническую гиперактивацию симпатoadреналовой системы как результат биологических последствий психотравмирующего воздействия.

- *Повышенный уровень бодрствования*, проявлявшийся в сокращении общей продолжительности сна в течение суток.

- *Раздражительность и вспышки гнева* достаточно часто отмечались у детей с ПТСР, по-видимому, за счет того, что эти симптомы, отличающиеся явными поведенческими проявлениями, чаще обращали на себя внимание родителей и опекунов и становились поводом для обращения к специалисту. Симптомы раздражительности, вспышек гнева отражены в Клинической иллюстрации 2 (см. Приложение 2).

- *Снижение сосредоточения внимания* – этот симптом проявлялся в виде недостаточной концентрации ребенком внимания на содержании беседы, заданиях, задаваемых вопросах. Дети выглядели отстраненными, не включенными в контакт. В педагогических характеристиках часто отмечалось, что дети во время занятий имеют «отсутствующий вид», «витают в облаках». Практически все дети с ПТСР жаловались на то, что у них не получается сосредоточиться на заданиях так хорошо как раньше, «стало тяжелее учиться, мешают плохие мысли» и т.д.

- *Повышенная боязливость* проявлялась в виде преувеличенной реакции испуга в момент воздействия неожиданного нейтрального раздражителя (например, громкого звука), в отказе от приобретения нового

опыта, в недоверчивости и «тестирующем поведении» по отношению к новым знакомым, в несоответствующем возрасту страхе перед разлукой с родителями, в многочисленных разнообразных страхах, в том числе недифференцированных, когда дети не в состоянии были объяснить, что именно их пугает. В этом случае недифференцированные страхи являлись выражением «неопредмеченной тревоги» у детей.

- *Амнезия* – симптом, относящийся к диагностическим критериям МКБ-10, однако, в рамках настоящего исследования, мало распространенный, что объясняется природой симптома и спецификой детского возраста. Амнезия в генезе ПТСР носит характер патологической психологической защиты, но у детей интрапсихические защитные механизмы недостаточно сформированы (Андрющенко А.В., 2000; Ташлыков В.А., 1990; Fletcher К.Е., 1996), поэтому симптом проявляется редко, и лишь в редуцированном виде. Характерно, что во всех выявленных случаях амнезия была лишь частичной, распространяясь на отдельные аспекты травматического события, что также характеризует незрелость защитного вытеснения травматических воспоминаний у детей.

3.1.2. Ассоциированные симптомы:

- *Снижение настроения при воспоминании о событии.* У большинства детей (80%) в ходе настоящего исследования было выявлено хроническое снижение настроения, однако жалобы детей, а также невербальные признаки депримированности позволяли предполагать еще большее угнетение настроения ребенка в момент конфронтации с травматическим материалом.

- *Страх повторения травматического события* - симптом, связывающий по содержанию тревожно-фобическую симптоматику ребенка с воздействием психотравмирующего фактора, послужившего причиной ПТСР. Для детей было характерным то, что в ряде случаев страх воспроизведения травматической ситуации проявлялся в новых фантазийных и ситуационных вариантах, таким образом способствуя расширению симптоматики за счет включения новых фобий.

- *Сновидения с негативным содержанием*, которые в ряде случаев точно воспроизводили травматическую ситуацию, а иногда представляли событие в новом ракурсе. В ряде случаев повторяющиеся устрашающие сновидения воспроизводили фантазирование ребенка о травматическом событии. Например, после смерти бабушки (игравшей роль функциональной матери для пациентки) у девочки отмечается многократно повторяющееся сновидение, где бабушка заходит в лифт, за ней закрываются двери, и бабушка проваливается в шахту. Патологическое фантазирование, отраженное во снах, в данном случае было потенцировано действиями родителей, которые первоначально скрыли от девочки факт смерти, не взяли ее на похороны, информация о кремации и похоронах попала к ребенку в слишком буквальном, непостижимом для нее виде, выходящем за рамки ее опыта: «бабушку сожгли в камере, а потом закопали».

В некоторых случаях в сновидениях происходила трансформация траматического события и переживаний, связанных с ним, в недифференцированно устрашающий сюжет. Например, ребенку, пережившему смерть близкого человека снились «зомби», дети, пережившие насилие, жаловались на то, что им снятся «страшилища», «чудовища», или рассказывали о том, что снилось «что-то плохое, страшное», а что именно - они не могли рассказать.

- *Ощущение отчужденности*. Одним из механизмов, формировавшим этот симптом у детей с ПТСР, являлась психологическая диссоциация, которая, с одной стороны - защищала ребенка от осознания сверхсильных негативных эмоциональных переживаний, с другой стороны - нарушала нормальное взаимодействие эмоциональной, когнитивной сферы и сферы восприятия. В результате у ребенка страдала способность целостно воспринимать текущую межличностную ситуацию и эффективно реагировать на нее, что в результате и формировало у него ощущение изолированности, дистанцированности. Ощущение отчужденности от других людей у детей никогда не вербализовалось в виде активной жалобы, что объяснялось

недостаточно развитыми навыками саморефлексии у детей и дефицитом жизненного опыта, которые позволили бы сделать это ощущение осознанным, но в ряде случаев дети говорили о том, что им стало «скучно, неинтересно с другими детьми», а иногда, напротив, что они хотели бы «дружить, но не получается». На поведенческом уровне эффект механизма диссоциации проявлялся в том, что дети выглядели странными, недостаточно включенными в контакт, их поведение не вполне соответствовало ситуации, хотя и не отражало грубых нарушений со стороны сферы восприятия, мышления, моторики и эмоций. Дополнительный вклад в переживание собственной отчужденности у пациентов зачастую вносило то, что травматический опыт (выходящий за пределы обычного опыта) часто был непонятен окружающим, поэтому не вызывал у последних адекватного отклика или вызывал неадекватную реакцию. Так, например, жертвы насилия часто сталкивались с защитной агрессивной реакцией окружения. Например, девочка – жертва сексуального насилия со стороны отца, после огласки произошедшего в течение длительного времени отвергается матерью и братом как виновная в «позоре» и распаде семьи. Такая парадоксальная реакция ближайшего окружения объясняется тем, что насилие по отношению к ребенку – событие, которое вызывает у большинства людей сильные негативные эмоции, требует обязательных ответных действий, возможного изменения системы отношений с окружающими, а возникшая негативная реакция легче всего адресуется члену системы с наименее развитыми психологическими защитами, то есть, самому ребенку. Необходимо отметить, что в подтверждение того, что сходный травматический опыт является основой для развития эмпатии в общении у детей с ПТСР, у ряда детей с этим диагнозом наблюдалась сильнейшая реакция группирования с детьми, пережившими аналогичные травматические события. Это отчетливо регистрировалось во время групповой психотерапии, которую получали в том числе и дети с ПТСР, и проявлялось в момент выбора пары для

выполнения задания, разделения на команды. Дети с ПТСР в группе проявляли высокую степень эмпатии и поддержки в общении друг с другом.

- *Затруднение игровой или учебной деятельности из-за мыслей (воспоминаний) о травме.* Хотя изменение характера игры или отказ от нее у младших детей / трудности в обучении у старших не являются специфическими симптомами, встречаясь у детей при самых разных психических заболеваниях (Детская психиатрия, 2005; Ковалев В.В., 1995), однако у детей с ПТСР удавалось проследить связь между затруднениями в игре и учебе с наличием и содержанием травматических переживаний. Это происходило лишь при установлении доверительных отношений с ребенком - тогда дети рассказывали о том, что их часто преследуют «плохие мысли», из-за которых «не хочется играть, учиться».

- *Потеря интереса к любимым занятиям* отмечалась в половине наблюдаемых случаев (50%) и проявлялась в виде снижения заинтересованности или отказе от занятия той деятельностью, которая до психической травмы доставляла удовольствие и которой уделялось много времени: спортивным занятиям, хобби, играм. Например, ребенок, успешно занимавшийся фигурным катанием, принимавший участие в крупных соревнованиях, после психотравмирующего события терял интерес к тренировкам. Педагоги и родители отмечали, что ребенок стал заниматься без желания, «кое-как», а сам ребенок говорил, что ему стало неинтересно. Младшие дети часто теряли интерес к совместным играм со сверстниками, прежде доставлявшим удовольствие. Потеря интереса к любимым занятиям была обусловлена как патологической фиксацией на травматических переживаниях, так и диссоциативными процессами, нарушающими формирование адекватного эмоционального отклика, который и поддерживает интерес и удовольствие от занятия тем или иным видом деятельности (Тарабрина Н.В., 2001).

- *Чувство вины, связанное с травмой*, проявляющееся в склонности обвинять себя в случившемся, объясняется как компенсаторный механизм,

позволяющий жертве субъективно воспринимать окружающий мир как более контролируемый, и сохранять убеждение, что травматической ситуации впредь можно избежать, если приложить дополнительные усилия, «стать лучше» (Малкина-Пых И.Г., 2006; Соловьева С.Л., 2010; Averill J.R., 1973; Rotter J.B., 1966). Внутренний локус контроля в данном случае выполняет защитную функцию по отношению к стрессу (Roddenberry A. et al., 2010).

В настоящем исследовании чувство вины, связанное с травмой, выявлялось более, чем у половины пациентов (56,4%), в том числе у пациентов самой младшей возрастной группы. Особенностью проявлений этого симптома у детей была проекция своего чувства вины на фантазийных персонажей, попытка «символического исправления» себя через манипуляции ими. Проявления чувства вины, связанного с травмой отражены в Клинической иллюстрации 3 (см. Приложение 2).

Таким образом, перечисленные выше 6 симптомов второй группы выражают клинически патогенетическую связь между травматической ситуацией и проявлениями расстройства, и в каждом конкретном случае указывают на непосредственный этиологический фактор, вызвавший развитие ПТСР.

3.1.3. Неспецифические симптомы.

В эту подгруппу отнесены 18 симптомов, встречающихся у детей с ПТСР, но не отвечающих диагностическим критериям МКБ-10 и не являющихся ассоциированными с ПТСР:

- *Повышенная тревожность* проявлялась в виде настороженности, «цепляющегося поведения» в отношении родителей и опекунов, опасений за здоровье близких и собственное здоровье, преувеличенных опасений перед неожиданными неприятностями. Дети говорили о том, что «что-то может случиться», напряженно ожидали родителей и опекунов с работы. Отмечалась тенденция ребенка к гиперконтролю ситуации: в кабинете врача дети спрашивали: «хорошо ли закрыта дверь?», «может ли сюда войти Н.?»

(Н. – человек который совершал насилие), «сможет ли Н. узнать то, что я Вам расскажу?»».

- *Хроническое снижение настроения* отмечалось родителями и опекунами у большинства детей с ПТСР. Родители и опекуны отмечали, что их дети длительное время находятся в грустном, подавленном состоянии, не демонстрируют таких жизнерадостных реакций, как прежде. Подобные изменения обращали на себя внимание взрослых, так как особенностью эмоциональной сферы у детей в норме является преобладание положительных эмоций (Эйдемиллер Э.Г., 2005).

- *Эмоциональная неустойчивость*, проявлявшаяся в виде колебаний настроения в связи с изменениями ситуации, часто совершенно незначительными, отмечалась в 83,4% наблюдений и значимо чаще встречались у девочек ($F=0,344$, $p=0,01$).

- *Коммуникативные нарушения* проявлялись у детей в виде трудностей вступления в контакт. Такие дети производили впечатление отстраненных, отгороженных, незаинтересованных в общении, у них отмечалась бедность мимических и интонационных реакций. Если контакт с кем-нибудь из сверстников все-таки устанавливался, то зачастую пациенты прикладывали недостаточно усилий для того, чтобы его поддержать, им не хватало инициативы и спонтанности в общении, а также свободы в выражении своих чувств и эмоций. Нередко даже установившиеся отношения ребенка отличались кратковременностью привязанности и непродолжительностью. В целом наличие коммуникативных нарушений затрудняло поиск детьми социальной поддержки, что, в свою очередь, препятствовало адаптации и улучшению их состояния, замыкая порочный круг нарушений в коммуникативной сфере.

- *Трудности в обучении*. Дети жаловались на то, что стало труднее понимать материал, им не хватает сил. Родители и опекуны отмечали ухудшение школьных оценок, педагоги – снижение интереса к учебе.

Трудности в освоении учебной программы усугублялись в случае, если само психотравмирующее событие было связано со школой или детским садом.

- *Резкое изменение рисунка поведения* отмечалось у большинства пациентов с установленным ПТСР. Родители и опекуны отмечали изменения во всех сферах психической деятельности: эмоциональной, интеллектуальной, поведенческой, моторной. Практически все родители и опекуны говорили врачу о том, что ребенок после травмирующего события стал «совершенно другим», его «как подменили».

- *Неуверенность в поведении* проявлялась в виде неспособности ребенка постоять за себя и адекватно отреагировать на ситуацию конфликта. При судебных разбирательствах, находясь в роли потерпевшего, дети с такими поведенческими особенностями в ходе следствия меняли свои показания под незначительным давлением со стороны обвиняемых, затрудняясь выступить в роли обвинителя даже тогда, когда вина их обидчиков была очевидна. Напротив, зачастую они даже гордились тем что «не плакали, не жаловались и никому ничего не рассказывали». Дефицит уверенности в поведении проявлялся также в покорном принятии низкого социального статуса в своей группе, в невысоком уровне притязаний, касающихся ближайших планов и планов на далекое будущее, а иногда и вовсе в отказе от них. Для них было характерно формирование негативного внутреннего образа «Я»: «некрасивый», «слабый», «глупый», самоуничижительные высказывания, а в игре и рисунках прослеживалась идентификация с персонажами, не вызывающими симпатии.

- *Нарушения в поведении* отмечались у большинства пациентов, проявляясь в виде нарушения требований дисциплины в школе, отказе от ее посещения, прогулов, в оппозиционном поведении, склонности пренебрегать установленными правилами. В ряде случаев нарушения поведения ограничивались рамками семьи, тогда родители или опекуны жаловались на то, что дети стали «неуправляемыми», отказываются выполнять

родительские требования, а прежняя система воспитания с ее запретами, поощрениями и наказаниями не оказывает эффективного воздействия.

- *Совместный ночной сон с родителями или опекунами*, сопровождался жалобами детей на страхи и невозможность уснуть отдельно, родители и опекуны же зачастую шли на поводу ребенка, пытаясь таким образом облегчить его психологическое состояние, компенсировать факт психической травмы.

- *Агрессивное поведение* в 35,8% случаев ограничивалось рамками семьи, в остальных случаях в большей степени проявлялось за ее пределами. Агрессивное поведение за пределами семьи отмечалось в подавляющем большинстве случаев у мальчиков (88,9 %) и проявлялось в конфликтности в отношениях со сверстниками, педагогами, медицинским персоналом, в хронической готовности к взрывным агрессивным реакциям, склонности воспринимать нейтральные внешние раздражители как угрожающие. Описанное выше поведение находило свое отражение в клинических наблюдениях, педагогических характеристиках, жалобах со стороны родителей и опекунов, а также в изобразительной и игровой деятельности, в которой дети проигрывали агрессивные сюжеты, темы отмщения. При этом дети зачастую идентифицировали себя либо со сверхзащищенными персонажами, либо с персонажами, наделенными особой силой и властью (полицейскими, военными, супергероями), что можно рассматривать как защитную или компенсаторную реакцию.

- *Аутоагрессивное поведение* у детей проявлялось как напрямую - в виде самоповреждающих действий, самопорезов, поведения провоцирующего ответные агрессивные действия, вызывающих асоциальных и делинквентных поступков, воровства и побегов, так и опосредованно - в виде невротических аутоагрессивных феноменов: трихотилломании, вырывания ресниц, расчесывания кожи, обкусывания ногтей.

- *Возрастной психологический регресс* проявлялся в форме утраты ранее приобретенных навыков и демонстрации поведения, соответствующего

более младшему возрасту. Проявления психологического регресса отмечались не только у маленьких детей (в виде утраты речевых и других приобретенных навыков), но в ряде случаев и родители, и опекуны подростков обращали внимание на то, что их ребенок потерял интерес к привычным, соответствующим возрасту занятиям, и вместо этого занят игрой старыми игрушками, катает машинки, и т.д.

- *Энурез* у детей с ПТСР проявлялся в виде непроизвольного мочеиспускания во время ночного сна, развившегося после воздействия психотравмирующего фактора. В рамках настоящего исследования ночной энурез отмечался у четверых детей 3-х, 6-ти, 8-ми и 12-ти лет. Характерным было преобладание девочек (3 из 4-х), что несколько противоречит данным о распространенности ночного недержания мочи у детей (Венар Ч., Кериг П., 2004). Ночной энурез у наблюдавшихся в исследовании детей характеризовался транзиторностью, благоприятным течением и успешно купировался на фоне фармакопсихотерапии в течение срока от нескольких недель до нескольких месяцев. В связи с временной связью с психотравмирующей ситуацией, ночной энурез у детей с ПТСР рассматривался как регрессивная реакция на стресс (Венар Ч., Кериг П., 2004), а не как самостоятельное расстройство.

- *Энкопрез*, развившийся после воздействия психотравмирующей ситуации, проявлялся в виде ненамеренного и неосознанного выделения кала в незначительном количестве (каломазание) в дневное и ночное время. Родители отмечали, что детям не удается сохранить белье в чистоте в течение дня, при том, что до психической травмы навыки гигиены были у детей сформированы. Наличие энкопреза отражало глубокое психогенное нарушение соматовегетативной регуляции, во всех случаях сопровождалось нарушением нормальной перистальтики толстого кишечника (запором) и на том же основании, что и энурез, не рассматривалось как отдельное расстройство.

- *Жалобы на физическое состояние* детей с ПТСР были разнообразными. Чаще всего дети жаловались на слабость, утомляемость, головные боли, головокружение, боли в животе, тошноту, озноб, неприятные ощущения в груди, ощущение комка в горле, онемения или слабости в конечностях, болезненные ощущения в руках и ногах. Как правило, дети по поводу перечисленных жалоб были обследованы родителями и опекунами у специалистов соответствующего профиля, но соматических заболеваний, проявлениями которых эти симптомы могли бы являться, найдено не было. Перечисленные симптомы рассматривались как проявления соматизации тревоги, отражая парциальный регресс эмоционального реагирования на стресс (Бройтигам В., Кристиан П., 1999).

- *Жалобы на затруднение дыхания* были выделены как отдельный симптом из числа других жалоб на физическое состояние ввиду его высокой распространенности среди детей с ПТСР. Эти жалобы выявлялись у детей при активном расспросе, описывались ими (и нередко наблюдались при контакте) как нарушения ритма и глубины дыхания (урежение, учащение дыхания, поверхностное дыхание с периодически возникающими глубокими вздохами). По-видимому, механизм этого симптома сродни тем непроизвольным «всхлипываниям», которые часто можно наблюдать у плачущего ребенка.

- *Заикание* у детей с ПТСР рассматривалось в рамках данного расстройства, поскольку было тесно связано по своему происхождению с психотравмирующей ситуацией, характеризовалось наличием респираторных судорог в момент говорения, отличалось нестойкостью проявлений, усиливалось в ситуации волнения и, напротив, исчезало в ситуации, когда ребенку удавалось достичь состояния расслабленности. Обычно заикание при ПТСР редуцировалось в течение 2-х - 3-х месяцев на фоне терапии.

- *Наличие единичных обманов восприятия* проявлялось у детей чаще всего в темное время суток или перед засыпанием в виде единичных истинных зрительных галлюцинаций устрашающего характера. В

галлюцинаторных образах фигурировали сказочные, мифологические персонажи. Иногда дети просто сообщали что видели «в темноте что-то страшное», иногда не могли описать виденное словами, но могли этот пугающий образ нарисовать. Обманы восприятия у детей сопровождались сильными эмоциональными реакциями страха, испуга.

Группа неспецифических симптомов у детей с ПТСР все же 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. Закономерно предположение, что диагностические критерии для ПТСР взрослых, представленные в МКБ-10, недостаточно отражают полную клиническую картину ПТСР детей.

Однако, правомерна и гипотеза влияния на процесс диагностики субъективных факторов, связанных с родителями и опекунами детей, их вниманием преимущественно к наблюдаемому проблемному поведению ребенка. Эта гипотеза была проверена в последующем контролируемом исследовании родительской выборки.

3.2. Контролируемое исследование симптоматиологии ПТСР у детей

Посредством Полуструктурированного интервью с родителем ребенка (см. Приложение 3), заполненного одним из родителей/опекунов детей основной группы (30 детей с диагнозом ПТСР) и контрольной группы (35 родителей здоровых детей сопоставимого возраста), были получены данные об особенностях поведения и психического состояния каждого ребенка. В интервью были включены также вопросы, касающиеся реакций детей на стрессогенные события, исходя из того, что с такими событиями могли столкнуться и дети контрольной группы. Данные 65 задокументированных интервью были формализованы и соотнесены с 34-мя описанными выше

психопатологическими симптомами (специфичными для ПТСР, ассоциированными с ПТСР и неспецифичными). Из 35 родителей контрольной группы, заполнивших полуструктурированное интервью пережитые ребенком психотравмирующие ситуации отметили 5 родителей; в каждом из 5 случаев были отмечены 1-2 симптома ПТСР по МКБ-10. Результаты сравнения распространенности симптомов, выявленных родителями основной и контрольной группы представлены в таблице 3.2. (см. Приложение 1).

В группе здоровых детей по данным интервью с родителями в случае переживания ребенком психотравмирующей ситуации не отмечалось таких симптомов, как избегание ситуаций, напоминающих стрессовую; амнезия важных аспектов перенесенного стресса; снижение настроения при воспоминании о событии; повышение тревожности; страх повторения травматического события; резкое изменение рисунка поведения; сновидения с негативным содержанием; ощущение отчужденности; неуверенное поведение; затруднение игровой или учебной деятельности из-за мыслей (воспоминаний) о травме; чувство вины, связанное с травмой; потеря интереса к любимым занятиям; жалобы на плохое самочувствие; возрастной психологический регресс; жалобы на затруднение дыхания; наличие единичных обманов восприятия; аутоагрессивные действия; энурез; энкопрез и заикание. Все остальные симптомы, отмеченные также родителями здоровых детей, значительно преобладали в основной группе, за исключением поведенческих нарушений (нарушения дисциплины) ($p > 0,05$), что свидетельствует в пользу неспецифичности для ПТСР у детей данного симптома, но также и в пользу гипотезы о наибольшей актуальности для родителей именно наблюдаемых поведенческих проблем ребенка.

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 значимость. Высокозначимые 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. Полученные данные подтверждают значение ассоциированных с детским ПТСР симптомов для дифференциальной диагностики.

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 может свидетельствовать о важной роли внешних неспецифических проявлений тревоги и депрессии как психопатологических симптомов возможного ПТСР у детей и настораживать врача относительно психотравмирующей ситуации в анамнезе.

3.3. Корреляционное исследование симптоматиологии ПТСР у детей

С целью уточнения значимых связей выделенных в сравнительном исследовании симптомов с наличием диагноза ПТСР был проведен корреляционный анализ, в котором участвовали данные Полуструктурированных интервью с родителями и опекунами детей как основной, так и контрольной групп ($n=65$). Результаты корреляционного анализа представлены в таблице 3.3. (см. Приложение 1).

Для подавляющего большинства выявленных у детей симптомов обнаружены значимые позитивные связи с установленным им диагнозом ПТСР ($p < 0,05$). Наиболее 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. 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.

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

3.4. Типология ПТСР у детей

Клиническое исследование детей основной группы позволило определить у них 4 типа ПТСР в соответствии с типологией А.А. Портновой (Портнова А.А., 2005): психопатоподобный (11 детей), астено-депрессивный (9), фобический (7) и диссомнический (3). Долевое распределение детей основной группы по клиническому типу ПТСР представлено на рисунке 3.1.

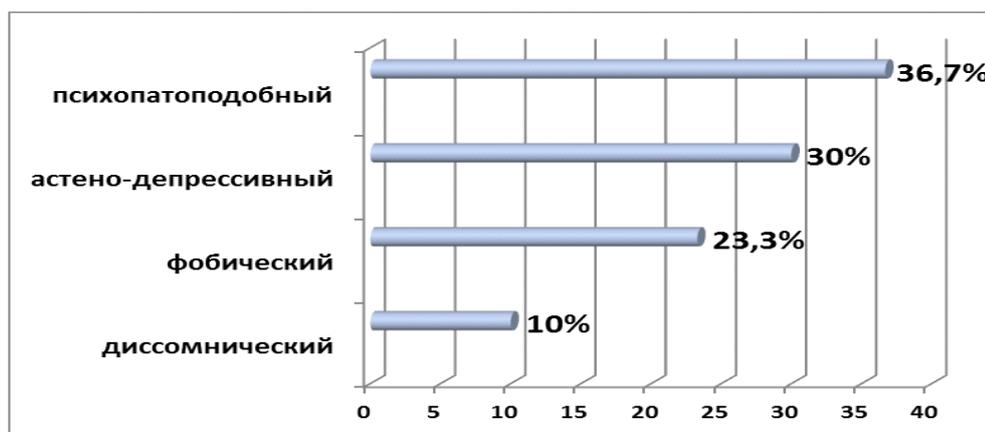


Рисунок 3.1. Долевое распределение детей основной группы по клиническому типу ПТСР (n=30).

Преобладание в основной группе детей с психопатоподобным типом ПТСР (36,7%) не имело статистической значимости при интервальном оценивании ($S_{bin}=8,800/7,746$, $p>0,05$; $S_{bin}=8,800/7,703$, $p>0,05$; $S_{bin}=8,800/5,477$, $p>0,05$).

Разница процентных показателей, приведенных А.А. Портновой (2005) у 161 ребенка и подростка, / настоящего исследования оказалась статистически незначимой ($p>0,05$) для трех типов ПТСР: астено-

депрессивного, психопатоподобного и фобического:

- психопатоподобный тип - 21,7% / 36,7% ($S_{bin}=3,249/8,800$, $p>0,05$);
- астенодепрессивный тип - 19,9% / 30,0% ($S_{bin}=3,146/8,367$, $p>0,05$);
- фобический тип - 23,6% / 23,3% ($S_{bin}=3,347/7,718$, $p>0,05$);
- диссомнический тип - 34,8% / 10% ($S_{bin}=3,753/5,477$, $p<0,05$).

Значимую разницу представленности диссомнического типа ПТСР можно объяснить методологическими различиями. Так, в работе А.А. Портновой исследовалось воздействие иных психотравмирующих факторов, более чем в половине случаев (50,3%) в качестве психотравмирующей ситуации, повлекшей за собой развитие ПТСР, выступал теракт с захватом заложников, в то время как в настоящей работе исследовалось влияние психотравмирующих событий, встречающихся в отсутствие масштабных чрезвычайных ситуаций, но при этом наиболее часто связанными с развитием ПТСР у детей в мирное время (Prevalence of PTSD in a community sample of older adolescents, 1998; Traumas and posttraumatic stress disorder in a community population of older adolescents, 1995; Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: The 1996 Detroit area survey of trauma, 1998).

Психопатоподобный тип ПТСР у детей клинически проявлялся преимущественно в виде разнообразных нарушений норм и правил поведения, импульсивности, агрессивности, отказа от выполнения ребенком прежних обязанностей. Подобные нарушения как ограничивались рамками семьи (что встречалось чаще), так наблюдались и за ее пределами. Клинические проявления психопатоподобного типа ПТСР отражены в Клинической иллюстрации 4 (см. Приложение 2).

Астенодепрессивный тип ПТСР был представлен преимущественно снижением настроения, повышенной утомляемостью, апатией, потерей интереса к учебе и прежде интересовавшим занятиям, снижением общей активности, повышенной потребностью ребенка в отдыхе, высказыванием различных соматических жалоб. Отмечалась характерная динамика настроения с тенденцией к ухудшению в вечернее время, характерными были

также идеи детей о собственной малоценности, снижение уверенности в поведении, обидчивость, отказ от прежних контактов. Клинические проявления астенодепрессивного типа ПТСР отражены в Клинической иллюстрации 5 (см. Приложение 2).

Фобический тип ПТСР отличался преимущественно наличием страхов на фоне высокой общей тревожности. Страхи не всегда напрямую отражали психотравмирующее событие, но были, как правило, логически связаны с ним. Например, у детей, которые оказались свидетелями суицида родственников, развивались стойкие страхи перед пребыванием в одиночестве. Часто отмечался страх повторения травмирующего события в той или иной форме. К примеру, дети, потерявшие родственников, начинали испытывать страхи по поводу своего здоровья и здоровья оставшихся в живых родственников. Эти страхи усиливались в темное время суток, в ряде случаев сопровождалась единичными расстройствами восприятия по типу иллюзий и истинных галлюцинаторных переживаний: дети рассказывали о том, что «видели» в темноте «черное чудовище», «что-то страшное», и т.д. Страхи детей усиливались также при появлении стимулов, ассоциативно напоминающих психотравмирующую ситуацию. Клинические проявления фобического типа ПТСР отражены в Клинической иллюстрации 6 (см. Приложение 2).

Диссомнический тип ПТСР детей изученной выборки характеризовался преимущественно нарушениями сна в разнообразных клинических проявлениях: нарушение засыпания, частые ночные пробуждения, сокращение общей продолжительности сна, изменение его качества в сторону сокращения фаз глубокого сна, кошмарные сновидения, инверсия суточных ритмов с сонливостью днем и бессонницей в ночное время. Клинические проявления диссомнического типа ПТСР отражены в Клинической иллюстрации 7 (см. Приложение 2).

3.5. Степени тяжести ПТСР у детей

По степени тяжести на основе индекса шкалы ПТСР (Pynoos R.S., 1993) у детей были определены ПТСР легкой (8), средней (10) и тяжелой (12) степени. Долевое распределение детей основной группы по тяжести ПТСР представлено на рисунке 3.2.

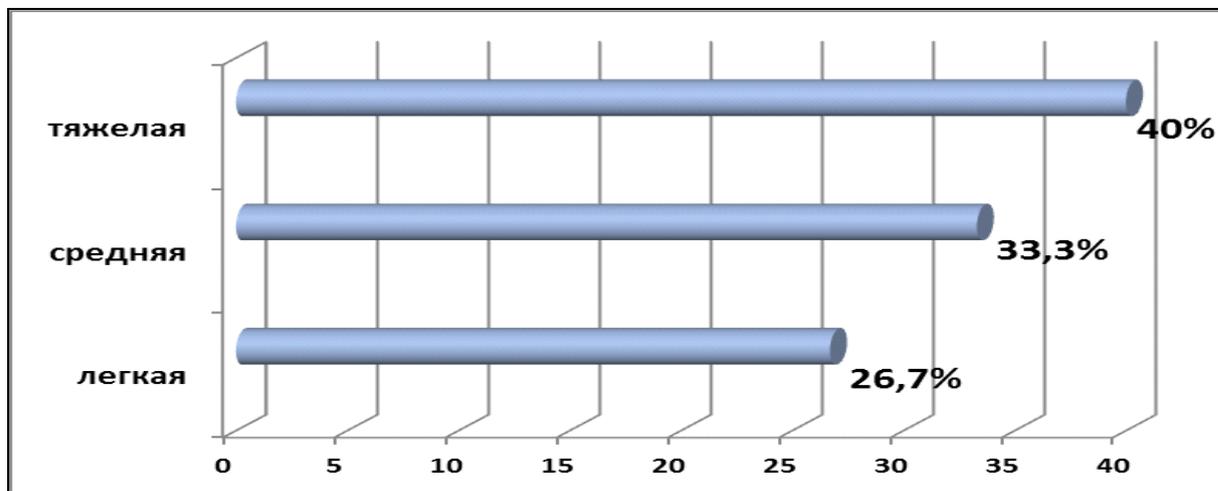


Рисунок 3.2. Долевое распределение детей основной группы по степени тяжести ПТСР (n=30).

Степени тяжести ПТСР клинически отличались степенью выраженности его основных клинических проявлений (симптомы повышенной возбудимости, избегания и навязчивого воспроизведения) и отражали степень дезадаптации в различных психических сферах ребенка (когнитивной, эмоциональной, поведенческой).

Преобладание в основной группе детей с тяжелым ПТСР (40%) не имело статистической значимости ($S_{bin}=8,93/8,6$, $p>0,05$, $S_{bin}=8,93/8,07$, $p>0,005$).

С целью выявления корреляционных связей между степенью тяжести ПТСР и психопатологическими симптомами был проведен корреляционный анализ. Значимые связи, установленные при корреляционном анализе, в котором участвовали данные только основной группы (n=30), представлены в таблице 3.4. (см. Приложение 1).

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 более высокой степенью тяжести ПТСР, выступили хроническое снижение настроения, а также субъективное ощущение затруднения дыхания; трудности в обучении и коммуникативные нарушения. Полученные данные позволяют утверждать, что степень тяжести ПТСР у детей определяется преимущественно симптомами, которые представляют собой интегративный показатель эмоциональных нарушений, нарушений со стороны соматовегетативной регуляции, когнитивных и коммуникативных нарушений, которые фактически обеспечивали степень выраженности адаптивных затруднений ребенка.

3.6. Влияния типа психической травмы на клинику ПТСР у детей

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).

Анамнестические данные, полученные от родителей и опекунов детей этой группы, позволили разделить тип психической травмы в зависимости от следующих факторов:

А. Острота/интенсивность и продолжительность травмирующего воздействия:

- хроническая травма встречалась у 9 детей и понималась как 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);

- острая травма встречалась у 21 ребенка и понималась как травматическая ситуация катастрофического характера, воздействие которой на ребенка было ограничено во времени и завершено (сексуальное насилие, физическое насилие, пожар, присутствие при насилии, совершенном в отношении родителей, буллинг (Лейн Д. А., 2001).

Долевое распределение детей с ПТСР в зависимости от острого/хронического типа психотравмирующего события представлено на рисунке 3.3.

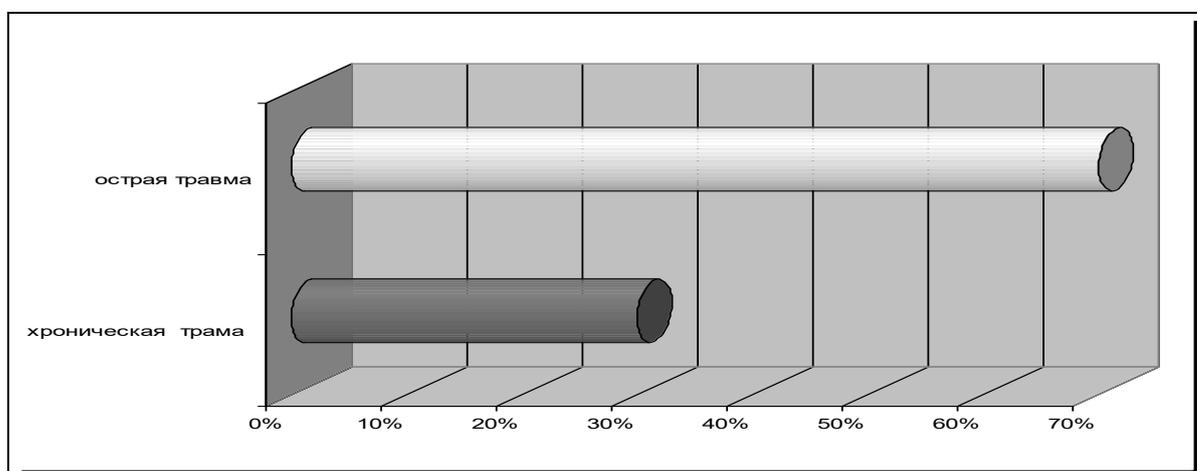


Рисунок 3.3. Долевое распределение детей основной группы в зависимости от острого/хронического типа психотравмирующего события (n=30).

Б. Характер травмирующего события:

- отказ родителей от ребенка;
- смерть одного из родителей;
- смерть обоих родителей;
- физическое насилие;
- сексуальное насилие;
- пожар;
- 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 3.4.

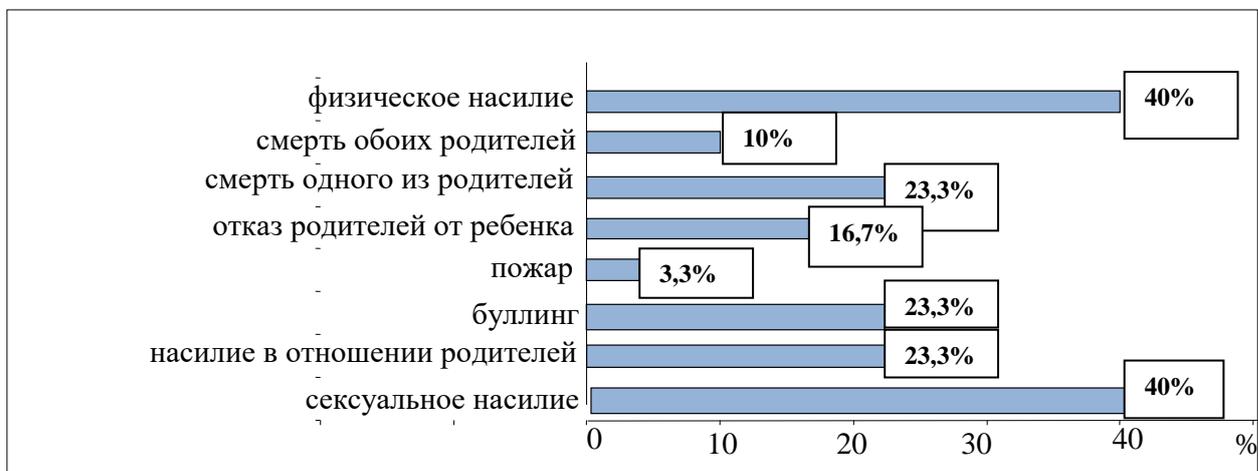


Рисунок 3.4. Долевое распределение детей в зависимости от характера психотравмирующего события (n=30).

Примечание: количество случаев воздействия отраженных на рисунке психотравмирующих факторов превышает число пациентов; доли рассчитывались от количества случаев воздействия психотравмирующих факторов.

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 современном обществе в отсутствии чрезвычайных происшествий (Астахов П.А., 2013; Лютых С., 2014).

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 3.5. (см. Приложение 1).

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. 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 (Averill J.R., 1973; Shalev A.Y., 2009).

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 3.6. (см. Приложение 1).

Не было обнаружено значимых связей наличия хронической психотравмирующей ситуации ни с одним из психопатологических симптомов, соответствующих диагностическим критериям МКБ-10 для ПТСР и симптомов, ассоциированных с ПТСР ($p > 0,05$). 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 ($F = -0,509$, $p < 0,05$), 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 (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 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. 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 (Shalev A.Y., 2009)

3.7. Влияние факторов уязвимости на риск развития и клиническую картину ПТСР у детей.

Принимая во внимание сложность этиопатогенеза ПТСР, в котором помимо воздействия психотравмирующей ситуации большое значение имеют факторы уязвимости, с целью выявления их влияния на риск развития ПТСР у детей и на клиническую картину расстройства, была предпринята серия корреляционных анализов. Исследован вклад в риск развития и клиническую картину следующих клиничко-биологических и психосоциальных факторов, ассоциированных с рождением ребенка: порядок беременности по счету, порядок родов по счету, наличие стрессогенных событий у матери во время беременности, рождение от незапланированной беременности, наличие перинатального поражения (ПП) ЦНС в анамнезе. ПП ЦНС, как группа патологических состояний, обусловленных воздействием неблагоприятных факторов в дородовой период, в процессе родов и в первые дни жизни, было отмечено родителями у 19 детей общей выборки (у 14 детей основной группы и у 5 детей контрольной группы).

Результаты корреляционных анализов приведены в таблице 3.7. (см. Приложение 1).

В результате проведенных корреляционных анализов была выявлена единственная 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. Значимых связей с другими клиничко-биологическими факторами раннего развития обнаружено не было ($p > 0,05$).

С целью исследования связей ПП ЦНС с наличием тех или иных психопатологических симптомов был произведен корреляционный анализ, результаты которого приведены в таблице 3.8. (см. Приложение 1).

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 ($F = +0,589$, $p < 0,05$). Найденные связи свидетельствует о патопластической способности ПП ЦНС влиять на динамические характеристики клиники развившегося ПТСР. Возможно также, что наличие ПТСР и наличие ПП ЦНС в анамнезе - два фактора, каждый из которых способен негативно влиять на способность ребенка к обучению, усиливая действие друг друга по синергическому принципу. Влияние ПП ЦНС на снижение уверенности в себе в структуре проявлений ПТСР также интерпретируется в свете биопсихосоциальной модели стрессуязвимости и может играть роль в процессе ревиктимизации (Bockers E., Knaevelsrud C., 2011). Таким образом, «органическая почва» как фактор формирования психогенных эмоциональных нарушений у детей (Захаров А.И., 2000), может играть как роль фактора уязвимости в патогенезе ПТСР (Снедков Е.В., 1997), так и роль патопластического фактора в оформлении его клинической картины.

Глава 4. АССОЦИАЦИИ СОЦИО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ, ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ С ПТСР У ДЕТЕЙ.

4.1. Ассоциации социо-демографических и психосоциальных факторов с ПТСР ребенка.

Было проведено предварительное исследование психосоциальных факторов, связанных с родительской семьей, а также социо-демографического статуса детей с наличием ПТСР / без ПТСР. В исследовании участвовали родители либо опекуны ребенка как основной, так и контрольной группы детей. В качестве опекунов детей с ПТСР выступали бабушки и дедушки, дальние родственники детей (двоюродные тети и дяди), некровные родственники (жена брата), люди, оформившие опекунство над сиротой из детского дома после смерти своего родного ребенка или оформившие опекунство над ребенком друзья родителей (после гибели родителей) и т.д. Результаты исследования психосоциальных факторов, связанных с родительской семьей, а также социо-демографического статуса детей с наличием ПТСР / без ПТСР представлено в таблице 4.1. (см. Приложение 1).

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 $S_{bin}=7,718/7,392$, $p<0,005$). Таким образом, семья ребенка с ПТСР характеризовалась как менее благополучная, начиная от момента рождения ребенка и в более поздний период за счет большей конфликтности, а также за счет значимо более частого воспитания детей опекунами, а не родными родителями ребенка.

С целью выявления возможных связей между наличием ПТСР у детей с социально-демографическими и психосоциальными характеристиками семьи был предпринят корреляционный анализ, представленный в таблице 4.2. (см. Приложение 1).

При корреляционном анализе не выявлено значимых связей наличия ПТСР у ребенка с возрастом и полом детей, родителей и опекунов, а также с воспитанием ребенка в неполной семье ($p\geq 0,05$).

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, так как в случае воспитания ребенка опекуном ребенок в состоянии стресса лишается важнейшего протективного фактора в виде родительской поддержки (Pine D.S., Cohen J.A., 2002; Udwin O., 2000). По всей вероятности, возместить эту потерю воспитатели, не являющиеся родными родителями, оказываются не в состоянии, даже в том случае, если воспитателями оказываются кровные родственники ребенка, в том числе родные бабушки. 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.

4.2. Психологические характеристики родителей и опекунов детей с ПТСР и ассоциации психологических факторов с ПТСР ребенка

Было предпринято исследование факторов личности и поведения взрослых, воспитывающих исследованных детей, потенциально способствующих / препятствующих уязвимости ребенка к ПТСР: алекситимии, копинг-стратегий, стилей воспитания родителей и опекунов детей с ПТСР / без ПТСР, а также ассоциаций указанных психологических и поведенческих факторов с клиническими проявлениями ПТСР у детей.

4.2.1. Алекситимия родителей / опекунов и ее ассоциации с клиническими особенностями ПТСР ребенка

При помощи Торонтской алекситимической шкалы (TAS) (Taylor G.J. et al, 1986), адаптированной в Психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева (Алекситимия и методы ее определения ..., 2005), было проведено обследование одного из родителей (опекунов) детей основной группы (30 детей с диагнозом ПТСР) и контрольной группы (35 родителей здоровых детей сопоставимого возраста). Сравнение средних баллов TAS в основной и контрольной родительских группах представлено в таблице 4.3.

Таблица 4.3. Сравнение средних баллов алекситимии TAS в основной и контрольной родительских группах (n=65).

Группы сравнения	Статистика линейного распределения							Значимость разницы	
	min	max	M	SD	Коэффициент вариации (%)	χ^2 для нормального распределения	Ошибка гипотезы "Отличается от нормального распределения" (%)	Критерий	p
ОГ	43,0	90,0	60,233	13,581	22,548	10,307	20,000	t=1,148	0,3
КГ	40,0	86,0	56,500	12,260	21,699	13,978	5,000		

Пояснения к таблице: ОГ – основная группа; КГ – контрольная группа.

Средний балл алекситимии TAS в основной группе незначимо превышал средний балл в контрольной группе ($p=0,3$), располагаясь в диапазоне нормативных показателей для здоровой выборки (Алекситимия и методы ее определения ..., 2005).

При достижении каждым респондентом значения показателя алекситимии TAS в 74 балла и выше они были отнесены к алекситимикам, 62 балла и ниже – к неалекситимикам. Распределение алекситимиков и неалекситимиков в основной и контрольной группах представлено в таблице 4.4.

Таблица 4.4. Распределение алекситимиков и неалекситимиков (TAS) среди родителей детей с ПТСР / без ПТСР (n=65).

Группа родителей	Алекситимики		Неалекситимики		Значимость разницы
	n	%	n	%	
Основная (n=30)	6	20,0	24	80,0	S _{bin} =7,303/3,9 23 p>0,005
Контрольная (n=35)	2	5,714	32	94,286	

Пояснения к таблице: S_{bin} — стандартная ошибка для биномиального распределения.

При анализе распределения доли алекситимиков в основной и контрольной группах значимой разницы не выявлено ($p > 0,005$), однако почти в 4 раза больший процент алекситимиков среди родителей и опекунов детей с ПТСР обусловил целесообразность поиска значимых корреляционных связей алекситимии родителей и опекунов с клиническими особенностями ПТСР.

С целью исследования связей алекситимии родителей и опекунов со степенью тяжести детского ПТСР был произведен корреляционный анализ, результаты которого отражены в таблице 4.5.

Таблица 4.5. Корреляционные связи баллов алекситимии TAS родителей и опекунов со степенью тяжести ПТСР у детей.

Степень тяжести ПТСР у детей	Корреляции со средним баллом алекситимии		Корреляции с принадлежностью родителя к алекситимикам	
	V Крамера	p	F	p
Легкая	0,331	0,5	0,000	0,98
Средняя	0,224	0,9	-0,047	0,8
Тяжелая	0,343	0,5	+0,303	0,02

Выявлена единственная значимая и позитивная корреляционная связь ($p=0,02$) наличия у ребенка родителя-алекситимика с тяжелой степенью ПТСР у детей, что может указывать на родительскую алекситимию как на фактор, способствующий утяжелению клинических проявлений ПТСР у детей. Эта находка может объясняться наследованием алекситимических особенностей, а вместе с ними и повышенного уровня негативных аффектов при сниженной способности к их осознанию и психологической переработке (Sifneos P.E., 1996).

Результаты исследования корреляционных связей алекситимии родителей и опекунов с типом детского ПТСР представлены в таблице 4.6.

Таблица 4.6. Корреляционные связи алекситимии TAS родителей и опекунов с типом ПТСР у детей (n=30).

Тип ПТСР у детей	Средний балл алекситимии		Родитель-алекситимик	
	V Крамера	p	F	p
Диссомнический	+0,327	0,5	+0,293	0,02
Фобический	+0,436	0,1	+0,170	0,2
Психопатоподобный	-0,325	0,5	-0,182	0,2
Астено-депрессивный	+0,295	0,7	+0,119	0,5

Со средним баллом алекситимии значимых корреляционных связей типа ПТСР не обнаружено. Значимая, но слабая позитивная связь наличия родителя-алекситимика выявлена только с одним из четырех типов ПТСР - диссомническим ($p=0,02$).

Для прояснения этой связи были выполнены дополнительные корреляционные анализы с другими переменными исследовательской базы. Выявлены значимые позитивные корреляционные связи алекситимического типа личности родителей (опекунов) (TAS) 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» (Schur M., 1955). Полученные результаты соотносятся также с данными о большей частоте дисфункционального родительского поведения в «алекситимических» семьях и наличии влияния алекситимического когнитивно-аффективного семейного стиля на формирование соматоформной симптоматики у детей (Эмоции и психическое здоровье ... , 2011).

4.2.2. Характеристики копинг-поведения родителей/опекунов детей с ПТСР и их ассоциации с клиническими особенностями ПТСР ребенка.

С целью исследования копинг-стратегий родителей и опекунов с наличием/отсутствием ПТСР у детей было произведено сравнительное исследование 27 пригодных для анализа бланков опросника копинга Э. Хайма родителей/опекунов основной группы и 36 родителей/опекунов контрольной группы.

Сравнения долевого распределения (%) и спектров используемых родителями/опекунами основной и контрольной группы копингов представлены в таблице 4.7 (см. Приложение 1).

Респонденты групп сравнения не выбирали такие копинги, как игнорирование, смирение, покорность, агрессивность и альтруизм, но родители и опекуны основной группы в сравнении с контролями значительно чаще выбирали копинг обращения за помощью ($p=0,01$) и копинг подавления эмоций ($p=0,03$), и значительно реже – копинг оптимизма ($t=4,014$, $p=0,000$) и копинг сохранения самообладания ($p<0,005$).

Значимое ($p<0,005$) преобладание стратегии обращения за помощью у родителей и опекунов детей с ПТСР психологически понятно, однако, поскольку опросник Э. Хейма уточняет эту стратегию как «обычную», возможно, именно дети таких родителей/опекунов и были приведены на прием к психиатру. Подавление эмоций (репрессивный копинг (Weinberger D.A., 1990), которое у родителей/опекунов детей с ПТСР отмечалось в 24 раза чаще ($p<0,005$), чем у родителей/опекунов контрольной группы, принадлежит к типу неадаптивных эмоциональных копингов. Репрессивный копинг-стиль проявляется специфическим сочетанием тревоги и дефензивности, непреднамеренными когнитивными/эмоциональными усилиями игнорировать или отвлекать внимание от угрожающих стимулов и негативного аффективного опыта, припоминать меньше деталей стрессовых событий и забывать эти события, стремясь представить себя в более выгодном свете (контролирующим свои эмоции) (Halberstadt A.G., Eaton K.L.,

2002). Несмотря на то, что родители/опекуны больных детей явно пребывают в стрессогенной ситуации и испытывают дистресс, все же репрессоры по данным некоторых авторов составляют до 50% некоторых популяций (Myers L.V., 2000), что не дает оснований считать данную родительскую выборку с подавлением эмоций у 1/3 респондентов специфически репрессивной. Однако, тот факт, что среди родителей и опекунов, выбравших подавление эмоций, 87,5% имели детей с ПТСР, а среди выбравших иные копинги имели детей с ПТСР всего 38% (в 2,3 раза реже), подразумевает необходимость статистической проверки этой ассоциации посредством корреляционного анализа.

Копинг оптимизма значимо ($p < 0,005$) и в 3 раза реже выбирался родителями и опекунами детей с ПТСР в сравнении с контрольной группой. «Пессимистичность» родителей больного ребенка также психологически понятна, но при этом крайне неадаптивна, поскольку родитель, не уверенный в наличии выхода из сложной ситуации, ослабляет эмоциональные копинг-ресурсы ребенка, страдающего от посттравматического стресса. Кроме того, в работе Nauta M.H. с соавт. (2012) оптимизм указан как фактор межпоколенческой передачи устойчивости к тревожным расстройствам (Nauta M.H. et al., 2012). Таким образом, копинг-стратегии родителей детей с ПТСР предоставляли меньшее ресурсное обеспечение стресс-устойчивости.

В целом, разница между группами сравнения касалась преимущественно эмоцио-сфокусированных копингов, как неадаптивных (подавление эмоций), так и адаптивных (оптимизм).

Распределение групп копинг-стратегий по Э. Хайму у родителей и опекунов детей с ПТСР и без ПТСР представлено в долевым соотношении в Таблице 4.8 (см. Приложение 1).

Значимые различия между группами сравнения получены лишь для адаптивных эмоциональных копинг-стратегий, частота использования поведенческих и когнитивных копинг-стратегий значимо не отличалась ($p > 0,005$). Родители и опекуны детей с ПТСР значимо ($p < 0,005$) и в 3 раза

реже использовали адаптивные эмоционально-фокусированные 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.

Проблемно-ориентированные стратегии, представленные в методике Э. Хайма копингами проблемного анализа (когнитивным) и конструктивной активностью (поведенческим) не имели значимых количественных различий в основной и контрольной группах ($p > 0,005$).

Методика Э. Хайма не позволяет расчета количественной разницы между когнитивным, эмоциональными и поведенческими копинг-стратегиями в целом, поэтому удалось сопоставить группы сравнения лишь по степени адаптивности внутри поведенческих, эмоциональных и когнитивных копинг-стратегий. Расчет количественной разницы по уровню адаптивности копинг-стратегий осуществлялся на основе сравнения средних баллов групп адаптивного / относительно адаптивного/неадаптивного копинга. Распределение групп копинг-стратегий по уровню адаптивности в средних баллах у родителей и опекунов детей с ПТСР и без ПТСР представлено в Таблице 4.9.

Таблица 4.9. Сравнения распределения уровней адаптивности копинг-стратегий в средних баллах, используемых родителями / опекунами основной и контрольной группы (n=63).

№ п/п	Уровни адаптивности копинг-стратегий	M±m		t	p
		ОГ (n=27)	КГ (n=36)		
1	Адаптивный копинг	1,482±0,324	1,806±0,292	1,542	0,2
2	Относительно адаптивный копинг	0,889±0,281	0,611±0,220	1,615	0,2
3	Неадаптивный копинг	0,704±0,270	0,500±0,252	1,145	0,3

Примечания: ОГ - основная группа; КГ - контрольная группа; t - критерий Стьюдента.

Между основной и контрольной группами родителей и опекунов не найдено значимой разницы по уровням адаптивности копинг-стратегий в средних баллах ($p > 0,05$).

Ассоциации родительских копинговых моделей с риском ПТСР у детей далее прослежены в корреляционном анализе, где независимой переменной выступали принадлежность родителей и опекунов к основной/контрольной группе, а зависимыми – типы копингов и групп копинг-стратегий родителей и опекунов. Результаты корреляционного анализа представлены в таблице 4.10. (см. Приложение 1).

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 эмоциональным адаптивным и неадаптивным копингом ($F = -0,512$, $p = 0,001$; $F = +0,339$, $p = 0,01$, соответственно).

Полученные результаты расходятся с исследованием копинг-стратегий родителей и опекунов детей, страдающих онкологической патологией (Stoppelbein L. et al., 2013), где лишь одна из стратегий – «употребление психоактивных веществ» (по Э. Хайму – копинг компенсации) была значимо связана с детскими симптомами посттравматического стресса (PTSS). В настоящем исследовании не удалось проследить значимых связей ПТСР ребенка с копингом компенсации ($F=+0,020$, $p>0,05$). Однако выборка родителей и опекунов в исследовании Stoppelbein L. и соавт. (2013) существенно отличается от выборки настоящего исследования спецификой стрессогенной ситуации.

Некоторые авторы упоминают, что наиболее эффективную копинговую модель представляют своим детям родители и опекуны, использующие адаптивные эмоционально-ориентированные и проблемно-ориентированные копинг-стратегии, которые способствуют эластичной адаптации ребенка, даже несмотря на экспозицию к домашнему насилию (McFarlane A.C., 1987).

ПТСР детей данной выборки значимо ассоциировалось с такими неадаптивными вариантами копинговых стратегий родителей и опекунов, которые характеризуются преимущественно репрессией. Современные данные об ассоциациях ПТСР с репрессивным копинг-стилем являются противоречивыми: одни авторы подтверждают репрессивный копинг-стиль в качестве предиктора симптомов ПТСР (Auhéméry Y., 2012; Murphy S.A. et al., 2003), другие, напротив, отмечают меньшую склонность репрессоров к развитию ПТСР (Ginzburg K. et al., 2002; Phipps S., 2007). По-видимому, данные указанных исследований имеют ограниченное приложение для интерпретации связей родительской репрессии и детского ПТСР, поскольку не касались межпоколенческой передачи риска посттравматического стрессового расстройства. В случае, когда репрессивный копинг у взрослых лиц является гибким, не принимает крайних размеров и не существенно искажает восприятие реальности, он может быть даже адаптивным и способствовать эластичности (resilience) вслед за травматическим событием

(Erdelyi M.H.,1990; Does repressive coping ... , 2007).

Полученные в настоящем исследовании данные отчасти противоречат результатам работы Phipps S., и соавт. (2006), выявивших значимо меньший уровень посттравматического стресса у детей-репрессоров, страдающих онкологической патологией (Phipps S. et al., 2006). Однако в указанной работе, базировавшейся только на самоотчетах детей и родителей специфической онкологической популяции, указано также на низкую степень восприятия родителями-репрессорами уровней симптомов посттравматического стресса у своих детей, в то время как в настоящем исследовании дети имели клинически верифицированный ПТСР, а их родители, демонстрировали достаточно высокий уровень выявления у своих детей симптомов ПТСР, что было выявлено последующим изучением родительской выборки (см. далее - Глава 5).

Как показывают данные, полученные в настоящем исследовании, родительская модель репрессивного копинга может способствовать уязвимости ребенка к ПТСР, научая детей не демонстрировать чувства, избегать угрожающих эмоций и воспоминаний о пережитых травматических событиях, что препятствует процессингу, ассимиляции и аккомодации опыта, который необходим для интеграции и проработки травматических содержаний (Howell K.H., 2011). Возможно, следует учесть и более сложные опосредующие связи репрессивного копинга родителей с детским ПТСР (Halberstadt A.G., Eaton K.L, 2002).

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. Эта связь в контексте стрессогенной ситуации болезни ребенка является адаптивной, вовлекая семью в контакты с медицинской службой. 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. Эта находка подтверждается данными других исследователей, обнаруживших протективную роль копинга оптимизма относительно развития эмоциональных проблем у детей, в том числе депрессивной симптоматики (A prospective study ... , 2011), однако копинг изучался только у детей, но не у родителей.

Корреляционная связь между копингом оптимизма и репрессивным копингом была значимой и негативной ($F=-0,400$, $p<0,015$), то есть, оптимизм ассоциировался со снижением склонности к подавлению эмоций. Обнаруженная интеркорреляция расходуется с указанием на перекрытие между конструктами репрессивного копинг-стиля и оптимизма, поскольку репрессоры сообщали о более высоких уровнях оптимизма. Полученные здесь данные убеждают, что копинг оптимизма, определенный по методике Э. Хайма, является, скорее не личностной чертой, а эмоциональным состоянием. Таким образом, тенденция родителей и опекунов детей с ПТСР к неиспользованию копинга оптимизма, скорее, отражает их депрессивную реакцию на заболевание ребенка. В таком случае, вполне закономерно, что «неоптимистичные» родители и опекуны значимо чаще выбирали копинг обращения за помощью ($F=-0,341$, $p<0,01$).

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. Полученные данные подтверждаются результатами исследования Simpson D. с соавт. (2012), в котором копинг-дефициты и неадаптивные варианты поведения родителей выделены в качестве факторов, способствующих тревоге у подростков (Simpson D. et al., 2012).

Вероятно, перераспределение эмоцио-регулирующих механизмов в родительских выборках настоящего исследования от сознательно контролируемых (супрессия у здорового контроля) к менее сознательно контролируемым (репрессия у родителей и опекунов детей с ПТСР), свидетельствует о большей чувствительности последних к негативным эмоциям, с вынужденным переходом к «автоматическому» контролю над ними (Szentagotai A., 2006). В результате можно предполагать, что репрессия родителей и опекунов детей с ПТСР является скорее личностной чертой, а не просто реакцией на текущий стресс, на что ранее указывал Myers L.B. (Myers L.B., 2000).

Родители и опекуны основной группы чаще предлагали своим детям в качестве копинговой модели неадаптивные эмоцио-сфокусированные стратегии, так как значимо реже использовали адаптивные. Этот факт настораживает в отношении развития у детей таких родителей уязвимости к развитию ПТСР после эмоциональных травм, поскольку лишь позитивные (адаптивные) копинг-стратегии родителей, согласно исследованию Cox С.М. и соавт. (2010) были ассоциированы с лучшим восстановлением детей после травмы, помогая сделать чувства детей понятными, нормальными и вселить в детей уверенность, что все будет хорошо (Cox С.М. et al., 2010).

Дополнительные указания на направленность полученных корреляций можно получить при исследовании ассоциаций родительского копинга с клиническими типами ПТСР у детей. С целью исследования ассоциаций родительских копингов с особенностями клинической картины и течения ПТСР был произведен дополнительный корреляционный анализ, при котором в качестве зависимых переменных использованы клинические типы детского ПТСР, в качестве независимых – копинги и копинг-стратегии

родителей/опекунов. Результаты корреляционного исследования отражены в таблице 4.11.(см. Приложение 1).

Выявлены значимые позитивные корреляционные связи копинга относительности с астено-депрессивным типом ПТСР ($p=0,01$).

Связь астено-депрессивной симптоматики у детей с родительским копингом относительности, и 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).

Копинг относительности как когнитивная стратегия, связанная с отвлечением или переключением мыслей на другие, «более важные» темы ради «дистанцирования от проблемы» (Психотерапевтическая энциклопедия ... , 2000), не позволяет отрицать факт наличия проблемы, но способствует защитному отрицанию ее негативного эмоционального значения (Набиулина Р.Р., Тухтарова И.В., 2003). Такой копинг является относительно адаптивным, и может быть эффективным при незначительных психотравмах, но при наличии серьезного травмирующего события игнорирование эмоционального контекста с попыткой «дистанцирования от проблемы» может негативно отражаться на общении с ребенком, имеющим эмоциональные проблемы.

Выявлены также значимые негативные корреляционные связи копинга оптимизма с фобическим типом ПТСР ($p=0,01$).

Дефицит родительского оптимизма как протективного фактора в отношении развития тревожных расстройств у детей (Nauta M.H. et al., 2012) может способствовать развитию у детей с ПТСР страхов, как одного из самых частых проявлений тревоги в детском возрасте, 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, что способствует обращению за помощью к специалистам. Именно наличие поведенческих нарушений у ребенка (неуверенное поведение, прогулы школьных занятий, конфликтность и агрессивность) способствует восприятию родителями ребенка как «проблемного» (Румянцева Т.В., 2007).

Кроме того, сам по себе копинг: «дразню кого-нибудь», «бью, ломаю, швыряю» (в опроснике И.М. Никольской, Р.М. Грановской) является вариантом копинг-поведения у детей (Детская психиатрия ... , 2005; Никольская И.М., Грановская Р.М., 2000). Способствуя снижению эмоционального напряжения у детей, и привлекая внимание к их потребностям, такое поведение может также выполнять роль непрямого сообщения родителям своеобразной просьбы о помощи, так как копинг осознанного целенаправленного обращения за помощью в детском возрасте еще не достаточно развит.

Дополнительный корреляционный анализ клинических типов ПТСР с уровнями адаптивности копинг-стратегий (Таблица 4.11) 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. Стойкая диссомния у детей – свидетельство того, что патологическая диссоциация разрушила большее число поведенческих и психологических защит, и реакция на стресс осуществляется по регрессивному типу (сомато-вегетативный уровень защитной системы человека) (Никольская И.М., 2012). Возможно, именно беспомощность и пассивность родителя (опекуна) при стрессогенных ситуациях является дополнительным фрустрирующим и дезорганизирующим фактором для ребенка (Browne A., Finkelhor D., 1986).

С целью исследования ассоциаций родительских копингов с особенностями клинической картины и течения ПТСР был произведен дополнительный корреляционный анализ, при котором в качестве зависимых переменных использованы степени тяжести детского ПТСР, в качестве

независимых – копинги и копинг-стратегии родителей/опекунов. Результаты корреляционного исследования отражены в Таблице 4.12 (см. Приложение 1). Проведенный анализ не выявил значимых корреляционных связей родительских копингов и копинг-стратегий (адаптивных / относительно адаптивных / неадаптивных) со степенью тяжести ПТСР детей ($p \geq 0,05$).

4.2.3. Характеристики стилей воспитания в семьях детей с ПТСР и ассоциации стилей воспитания с клиническими особенностями ПТСР ребенка.

При помощи опросника для родителей «Анализ семейных взаимоотношений» (АСВ), заполненных одним из родителей (опекунов) детей основной группы (30 детей с диагнозом ПТСР) и контрольной группы (35 родителей здоровых детей сопоставимого возраста), были получены данные о стилях воспитания, используемых в отношении каждого ребенка, участвующего в настоящем исследовании. Результаты сравнения распространенности стилей воспитания, выявленных у родителей и опекунов основной и контрольной группы посредством непараметрической статистики (Критерий Манна-Уитни) для долевого распределения и на основе критерия Стьюдента для распределения по среднему баллу представлены в таблице 4.13. (см. Приложение 1).

Между основной и контрольной группой не было отмечено значимых различий в отношении таких стилей воспитания 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.

Сочетание таких воспитательных черт как игнорирование потребностей ребенка и минимальность санкций на фоне неразвитости родительских чувств может свидетельствовать о наличии эмоционального отвержения со стороны родителей или опекунов по отношению к ребенку (Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В., 2009), а значимо более высокие баллы по шкалам неустойчивости стиля воспитания и вынесения конфликта родителя (опекуна) в сферу воспитания - об отсутствии устойчивости и последовательности в системе воспитания на фоне частых конфликтов между членами семьи, т.е. родители или опекуны тратили больше усилий на выяснение отношений, а не на последовательность соблюдения какой-либо системы воспитания.

С целью уточнения значимых связей стилей воспитания по АСВ с наличием диагноза ПТСР ребенка был проведен корреляционный анализ, в котором участвовали данные бланков родителей/опекунов как основной, так и контрольной групп ($n=65$). Результаты корреляционного анализа представлены в таблице 4.14. (см. Приложение 1).

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. Эти находки делают необходимым детальный анализ роли и значения каждого из воспитательных стилей в создании уязвимости к ПТСР у ребенка. Наиболее 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 восприятии его как обузы или «проблемы». Такое воспитательное поведение оказывало негативное влияние на состояние ребенка, лишая его важнейшего стресс-протективного фактора родительской поддержки, такое отношение взрослых не могло передать ребенку ощущение семейного благополучия и эмоционального тепла (Сирота Н.А., Ялтонский В.М., 1993), способствуя росту его эмоциональной нестабильности и тревожности (Румянцева Т.В., 2007).

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 предположить, 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, так как игнорирование потребностей ребенка и наличие эмоционального отвержения со стороны родительских фигур является предиктором снижения психологической устойчивости у детей и подростков (Пушина В.В., Никольская И.М., 2007).

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. Следствием вынесения конфликта в сферу воспитания являлась, как показал семейный анамнез, более высокая частота конфликтов в семьях детей с ПТСР, тенденция к хронизации конфликтов и к длительному сосуществованию членов семьи в состоянии фрустрации. Характерным было также и то, что при наличии длительно существующего выраженного неблагополучия в семье, ее членами не производилось каких-либо реальных практических действий по изменению ситуации, либо эти действия отличались низкой эффективностью. В ситуации вынесения конфликта в сферу воспитания, когда ребенок вынужден принимать чью-то сторону при выяснении отношений между родителями, усугубляется восприятие «мира как небезопасного места» (Хорни К., 2001), что, в свою очередь, повышает риск развития такого тревожного расстройства как ПТСР.

Недостаток стабильности в семьях детей с ПТСР отражается и в позитивной корреляционной связи ПТСР ребенка с неустойчивостью стиля воспитания ($E\eta_a=+0,381$, $p=0,002$), проявляющегося в отсутствии воспитательной системы. На любое - положительное или на негативное

поведение ребенка родители реагировали «по настроению», могли наказывать за проступок, который в другой день проигнорировали бы. Воспитательное поведение каждый раз определялось текущим состоянием родителей, степенью их занятости или усталости, наличием цейтнота или его отсутствием. В беседе с психотерапевтом родители детей с ПТСР как правило затруднялись назвать конкретные требования, поощрения, запреты и наказания, которые ими используются в воспитании ребенка. Неустойчивость стиля воспитания являлась дополнительным фрустрирующим и дестабилизирующим состояние ребенка фактором, что перекликается с рядом исследований, свидетельствующих о том, что детско-родительские отношения, для которых характерна крайняя нестабильность, импульсивность и непредсказуемость являются фактором, способствующим развитию ПТСР у детей в их дальнейшей жизни (Mother-infant attachment ... , 2014).

Дефицит санкций, т.е. наказаний за нежелательное поведение, среди воспитателей детей с ПТСР ($\eta^2=+0,368$, $p=0,005$), можно объяснить как отсутствием стабильной системы воспитания в семьях детей с ПТСР, так и в ряде случаев - попыткой компенсации со стороны родителей (Портнова А.А., 2005) в отношении ребенка, «который и так пострадал» в результате воздействия травматического события.

С целью исследования ассоциаций клинических типов ПТСР у детей и стилей родительского воспитания был произведен дополнительный корреляционный анализ, результаты которого отражены в таблице 4.15. (см. Приложение 1).

В ходе корреляционного анализа было выявлено отсутствие значимых корреляционных связей с родительскими типами воспитания для фобического типа ПТСР ($p \geq 0,05$).

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 состояния ребенка со стороны родителей и опекунов в данном случае может выступать в роли «барьера общения» (Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В., 2009), неосознанно защищающего родителей и опекунов от травматичной для них информации об эмоциональном состоянии ребенка и о других аспектах, связанных с травматическим событием. 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 (Bowlby J., 1951).

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 ($p=0,02$). Некоторые авторы указывают, что действительно, лишь сбалансированный уровень протекции позволяет ребенку сохранять ощущение безопасности (Зиновьева М.В., 2001). 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, вызывают чувства изоляции и беспомощности, побуждают ребенка формировать всевозможные способы защиты (Хорни К., 2001) и закладывают основу для формирования

состояния хронического эмоционального неблагополучия (Пушина В.В., Никольская И.М., 2007). В случае ребенка с ПТСР, когда его ощущение безопасности уже подорвано воздействием травматического события, влияние этих дополнительных негативных факторов родительского воспитания может приводить к срыву психологических защитных механизмов, в том числе, таких значимых для ребенка, как сон (Кулакова Т.П., 1985). Нарушение чувства безопасности свидетельствует о срыве наиболее глубоких соматовегетативных механизмов регуляции. Возможность такого влияния факторов родительского воспитания подтверждается установленными Сироткиным Е.А. и Котовским А.В. корреляционными взаимосвязями между показателями функционирования вегетативного отдела нервной системы у детей и подростков и семейными факторами (враждебная жестокая семья, семья с нарушением межличностного общения детей) (Сироткин Е.А., Котовский А.В., 2006).

Значимые позитивные связи игнорирования потребностей ребенка с психопатоподобным типом ПТСР ($p=0,01$) можно объяснить бессознательной попыткой дистанцирования родителей и опекунов от проблемного ребенка (Румянцева Т.В., 2007), что в свою очередь может еще больше усиливать отклоняющееся поведение по принципу порочного замкнутого круга.

Психопатоподобный тип ПТСР был также значимо ассоциирован с родительским предпочтением в ребенке детских качеств ($p=0,001$), что, как правило, бывает связано с личностными проблемами родителей, решаемыми за счет детей (Сапоровская М.В., 2002). Такое искусственное удержание развития ребенка, безусловно, не способствует подкреплению у него более взрослых и разумных способов реагирования, культивируя капризное, проблемное поведение.

Предпочтение в ребенке детских качеств со стороны родителей и опекунов может также оказывать влияние на детско-родительские отношения за счет предрасположенности родителей и опекунов к психологическому искажению восприятия ребенка, а также к искажению

ожиданий в отношении детского поведения. Наличие подобной предрасположенности не может не отражаться на качестве детско-родительской коммуникации, характере удовлетворения эмоциональных потребностей ребенка и, вероятно, может способствовать формированию психопатоподобных реакций (нарушений поведения в виде протеста, импульсивных, агрессивных действий), которые в этом случае по механизму возникновения могут быть сходны с реакциями эмансипации у подростков.

Таким образом, семья ребенка с ПТСР характеризовалась как менее благополучная на протяжении всей жизни ребенка за счет большей конфликтности, а также за счет значимо более частого воспитания детей опекунами, а не родными родителями ребенка. Воспитание ребенка родным родителем и эмоционально благополучная атмосфера в семье являются значимыми буферными факторами, препятствующими развитию ПТСР. Родительская алекситимия связана с большей тяжестью клинических проявлений ПТСР у детей, а также с клиническими проявлениями, связанными с «ресоматизацией» и нарушением сомато-вегетативной регуляции; копинг-дефициты родителей и опекунов были ассоциированы с ПТСР у детей и связаны с формированием определенных клинических проявлений ПТСР у детей. Факторами, ассоциированными с формированием ПТСР у детей, являются лишаяющие поддержки и ощущения безопасности, фрустрирующие, дестабилизирующие стили родительского воспитания, такие как игнорирование потребностей ребенка, неразвитость родительских чувств, вынесение конфликта в сферу воспитания, неустойчивость стиля воспитания и дефицит санкций. Стили родительского воспитания связаны с оформлением клинической картины ПТСР у детей.

Глава 5. ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ.

В течение 2009 - 2014 гг. участковыми врачами психиатрами филиала ГБУЗ СО СОКПБ «Детство» было первично осмотрено 4512 детей. У 38 из них было диагностировано ПТСР, что составило 0,831% от числа впервые осмотренных психиатром детей. Процент впервые выявленных случаев ПТСР у детей в течение года в 2012, 2013 и 2014 годах с учетом объема детской популяции Екатеринбурга от 0 до 18 лет на основании данных Федеральной службы государственной статистики (Федеральная служба государственной статистики ... , б.г.) составил 0,0034%, 0,0037% и 0,0032% соответственно. Сопоставление этих данных с результатами многочисленных исследований распространенности ПТСР в детской популяции в мирное время при отсутствии масштабных катастрофических событий (от 0,1 до 6%) (Epidemiological aspects of PTSD ... , 2004; Pediatric anxiety disorders ... , 2013; Prevalence of PTSD ... , 1998; Traumas and posttraumatic stress disorder ... , 1995) указывает на существенное (тысячекратное) расхождение в выявлении ПТСР у детей. Одной из причин гиподиагностики ПТСР по данным ряда авторов являются объективные ограничения, связанные с отсутствием диагностических критериев ПТСР для детей, в клинике расстройства которых присутствует масса симптомов, обычно не оценивающихся в существующих структурированных интервью и шкалах ПТСР для взрослых (Herbert M., 1996; Yule W., 1995).

Гипотеза настоящего исследования предполагает, что помимо объективных причин в гиподиагностику ПТСР у детей вносят вклад и причины субъективного характера, связанные как с особенностями детской психологии, так и с недостаточным знанием этих особенностей врачами-психиатрами. В частности, существует необходимость при диагностике ПТСР словесного описания пациентом внутренних состояний и переживаний, что выходит за пределы интеллектуальных и языковых возможностей детей младшего возраста и вынуждает специалиста выявлять

признаки ПТСР у детей, созвучные диагностическим критериям, исходя из поведенческих наблюдений (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry ... , 1998). Другой субъективной причиной гиподиагностики ПТСР у детей является то, что родители часто склонны минимизировать симптоматику ПТСР у своего ребенка (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry ... , 1998).

С целью исследования субъективных факторов гиподиагностики ПТСР у детей были предприняты 2 отдельных исследования:

- 1) Исследование профессиональной готовности специалистов в области психического здоровья к диагностике ПТСР у детей и подростков и влияния фактора тематического обучения на качество выявления расстройства.
- 2) Исследование готовности родителей и опекунов психически больных/здоровых детей к распознаванию клинических проявлений ПТСР как патологического состояния, требующего обращения за врачебной помощью.

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

С целью проверки предположения о том, что определенный вклад в гиподиагностику ПТСР у детей вносит дефицит профессиональных знаний и навыков у специалистов в плане распознавания клинических проявлений стрессовых расстройств детского возраста, было проведено сплошное исследование 55 слушателей кафедры психиатрии ФПК и ПП УГМА при помощи Полуструктурированного опросника (варианта для специалистов) – (см. Приложение 3). Состав исследуемой группы и способ интерпретации ответов респондентов описаны в Главе 2.

Способность к распознаванию симптомов психических расстройств и состояний в рейтинге частоты верного распознавания для общей выборки респондентов представлена в таблице 5.1.

Таблица 5.1. Рейтинг частоты верного распознавания симптомов психических расстройств и состояний специалистами психиатрических служб (n=55).

место в рейтинге	Расстройства и состояния	n	%
1	Параноидная шизофрения у взрослых	55	100,0
1	Эпилепсия у взрослых	55	100,0
2	Алкоголизм у взрослых	54	98,2
3	Эндогенная депрессия у взрослых	47	85,4
4	Пубертатный криз	42	76,4
5	ПТСР у подростков	37	67,3
6	ПТСР у детей младшего возраста	36	65,4
7	Простая шизофрения у подростков	23	41,8

Первые места в рейтинге верного распознавания специалистами 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 ПТСР 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 %).

При последующем корреляционном анализе значимых связей уровня идентификации с полом и возрастом респондентов в настоящем исследовании не выявлено ($p > 0,05$). Связи уровня идентификации с профессиональным статусом специалистов (психиатр, психотерапевт, медицинский психолог) отражены в таблице 5.2. (см. Приложение 1).

Таким образом, все специалисты, независимо от профессионального статуса, со 100%-й точностью идентифицировали эпилепсию и параноидную шизофрению у взрослых, что может быть объяснено четкостью диагностических критериев этих заболеваний, их изученностью и значительным вниманием, которое уделяется этим заболеваниям 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 при распознавании предыдущих групп симптомов, не отличались значимо ни от психотерапевтов, ни от медицинских психологов. 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 психического здоровья, таким образом, снижая общую для выборки способность к распознаванию за счет «упущенной выгоды».

Качественный анализ ошибочных ответов показал 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%).

Группа медицинских психологов, прошедших обучение по теме стрессовых расстройств, верно распознала ПТСР у детей младшего возраста во всех случаях. При идентификации ПТСР у подростков выявлено лишь три случая неверной идентификации (в 2-х случаях ПТСР был идентифицирован как психорганический синдром, в одном случае - как нарушение адаптации). 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 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 (V Крамера=0,480, $p < 0,05$) и позитивную ассоциацию - с точной идентификацией простой шизофрении у подростков (V Крамера=0,300, $p < 0,05$). Статус психотерапевта имел лишь одну значимую негативную корреляцию с точным распознаванием простой шизофрении у подростков (V Крамера=0,298, $p < 0,05$), а статус медицинского психолога - только значимую позитивную связь с точной идентификацией ПТСР у детей младшего возраста (V Крамера=0,363, $p < 0,05$).

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. В этом случае мероприятия,

направленные на лечение симптоматики ПТСР, не позволяют полностью устранить страдания пациента, даже в случае интенсивной терапии, так как акцент делается на приеме лекарственных препаратов, а необходимость оказания психотерапевтической помощи полностью игнорируется (Марценковский И.А., 2007).

Примечательно, что ПТСР у младших детей психологи распознают значимо лучше, чем другие опрошенные специалисты: психологи верно распознают данное состояние в 100% случаев, в отличие от других специалистов, верно распознающих ПТСР лишь в 33% случаев (V Крамера = 0,594, $p < 0,05$). Возможно, медицинские психологи более компетентны в распознавании симптомов ПТСР в силу специфики их профессионального образования, при котором больше внимания уделяется влиянию на душевное здоровье психосоциальных факторов.

Психиатры верно распознают ПТСР у младших детей значимо реже, чем другие опрошенные специалисты (V Крамера=0,594, $p < 0,05$), среди верных ответов лишь 47,1% приходится на долю психиатров, среди неверных ответов на долю психиатров приходится 100%.

Полученные данные послужили основой для сравнения групп специалистов прошедших/непрошедших обучение по ПТСР. 26 специалистов непосредственно перед проведением настоящего исследования прошли тематическое обучение по ПТСР в течение 18 академических часов. Не получили тематического обучения по ПТСР на момент исследования (контрольная группа) 29 специалистов. Группы сравнения (специалисты, не прошедшие обучение, $n=29$ / специалисты, прошедшие обучение, $n=26$) были сопоставимы по профессиональному статусу, полу и возрасту (см. Главу 2. Материалы и методы исследования). С целью изучения связей верного распознавания ПТСР с тематическим обучением был проведен корреляционный анализ, результаты которого анализа отражены в таблице 5.3.

Таблица 5.3 Корреляционные связи верного распознавания ПТСР специалистами и предшествующего тематического обучения (n=55).

Верное распознавание расстройства	Наличие обучения	
	V Крамера	p
ПТСР у детей младшего возраста	0,614	p<0,05
ПТСР у подростков	0,193	p>0,05

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 предположить, 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. Такое тематическое обучение может играть позитивную роль в повышении квалификации специалистов, учитывая длительное время существовавшую в отечественном профессиональном психиатрическом образовании тенденцию к чрезмерному увлечению биологической психиатрией и в ущерб тематике, традиционно разрабатываемой медицинской психологией и психотерапией (Бобров А.Е., 2004).

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

Наличие дефицита родительской компетентности может быть причиной недостаточного распознавания проявлений заболеваний у детей (Delgado L.E., Lutzker J.R., 1988). С целью проверки предположения о том,

что вклад в гиподиагностику ПТСР у детей также вносит недостаточная способность к распознаванию симптомов ПТСР родителями и опекунами как проявлений психического заболевания и повода для обращения за специализированной помощью, была исследована способность родителей и опекунов к распознаванию проявлений психических расстройств и состояний при помощи анонимного полуструктурированного опросника (вариант для неспециалистов - см. Приложение 3).

Анализ способности к распознаванию симптомов ПТСР исследовался у 59 родителей/опекунов здоровых детей (основная группа) и 50 родителей/опекунов детей с психическими заболеваниями (контрольная группа). Группы сравнения были сопоставимы по полу и возрасту (см. Глава 2). Общая база исследования составляла 109 пригодных для анализа анкет респондентов. Результаты сравнительного исследования представлены в таблице 5.4.

Таблица 5.4. Частота верного распознавания симптомов психических расстройств родителей и опекунов психически больных и психически здоровых детей (n=109).

Распознаваемые расстройства и состояния	Группы сравнения		Значимость разницы
	Основная (n=59) %	Контрольная (n=50) %	
Пубертатный криз	66,1	62,0	S bin=6,07/6,86 p>0,005
Простая шизофрения	49,2	64,0	S bin=6,57/6,78 p>0,005
Параноидная шизофрения	86,4	92,0	S bin=4,46/3,83 p>0,005

Продолжение таблицы 5.4

Эпилепсия	64,4	86,0	S bin=6,22 /4,90 p>0,005
ПТСР у подростков	67,8	88,0	S bin=9,34/9,19 p>0,005
Депрессия	45,8	76,0	S bin=6,48/6,03 p<0,005
Алкоголизм	47,5	56,0	S bin=6,50/7,01 p>0,005
ПТСР у младших детей	72,9	94,0	S bin=5,78/3,35 p<0,005

В основной группе процент правильного распознавания психопатологических проявлений был ниже в отношении всех психических расстройств, описанных в опроснике, лишь проявления пубертатного криза в этой группе распознавалось точнее (по сравнению с контрольной группой). Значимая разница в точности распознавания отмечалась в отношении таких заболеваний как депрессия и посттравматическое стрессовое расстройство у младших детей. Полученные результаты можно объяснить более высоким уровнем внимания родителей детей, страдающих психическими заболеваниями к психической сфере, и, соответственно, большей компетентностью в области психиатрии.

Далее был проведен корреляционный анализ способности к распознаванию только симптомов ПТСР (отдельно – у подростков и младших детей) в общей выборке родителей и опекунов (n=109). Частота верного распознавания симптомов выступала как эквивалент способности к распознаванию симптомов ПТСР родителями/опекунами основной и контрольной группы. В корреляционном анализе принадлежность к основной/контрольной группе являлась независимой переменной, а способность к верному распознаванию

симптомов ПТСР у детей младшего возраста/подростков – зависимой переменной. Данные корреляционного анализа представлены в таблице 5.5.

Таблица 5.5. Корреляционные связи частоты верного распознавания симптомов ПТСР у детей родителями/опекунами психически больных / психически здоровых детей (n=109).

Распознаваемые симптомы	Основная группа (n=59)		Контрольная группа (n=50)		Коэффициент корреляции V Крамера
	n	%	n	%	
ПТСР у детей младшего возраста	43	72,9	47	94,0	0,277 p<0,05
ПТСР у подростков	40	67,8	44	89,8	0,263 p<0,05

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), по сравнению с родителями и опекунами психически больных детей (контрольная группа).

Для исключения влияния на способность к распознаванию симптомов ПТСР были дополнительно исследованы корреляции правильного распознавания ПТСР с социо-демографическими характеристиками родительской выборки (полом, возрастом и уровнем образования респондентов). Результат исследования отражен в таблице 5.6

Таблица 5.6. Корреляционные связи верного распознавания ПТСР с социодемографическими характеристиками выборки родителей/опекунов (n=109).

Социо-демографические характеристики	Распознавание ПТСР у младших детей	Распознавание ПТСР у подростков
Пол	F=0,169, p=0,1	F=0,201, p=0,05
Возраст	Eta=0,068, p=0,5	Eta=0,075, p=0,5
Образование	V Крамера=0,158, p=0,3	V Крамера=0,268, p=0,05

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, влияющим на способность к распознаванию симптомов ПТСР родителями и опекунами.

Родители здоровых детей (таблица 5.5) демонстрируют значимо более низкий уровень распознавания ПТСР, по сравнению с родителями их сверстников, страдающих психическими расстройствами. Вероятно, это связано с тем, что от родителей психически больных детей требуется повышенное внимание к ментальной сфере ребенка и достаточно высокий уровень осведомленности в области психологии и психиатрии, что подтверждается сообщениями об эффективности и востребованности предоставления родителям информации о проявлениях психогенных расстройств у детей (Cohen J. A., Mannarino A.P., 1993; Deblinger E. et al., 1986).

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. Это означает, что недостаточная способность к распознаванию стрессовых расстройств у детей родителями в общей популяции, в основе которой лежит дефицит родительской компетентности, вносит свой вклад в гиподиагностику ПТСР у детей в качестве субъективного фактора, влияющего на такие эпидемиологические показатели как полнота обращаемости, полнота выявляемости, выявленная часть заболеваемости и качество учета такого заболевания как ПТСР (Эпидемиология с основами доказательной медицины, 2008). Также к субъективным факторам, влияющим на выявленную часть заболеваемости и качество учета такого заболевания как ПТСР относится и описанный выше недостаточный уровень распознавания ПТСР у детей специалистами. Таким образом, дефицит родительской компетентности и недостаточный уровень распознавания ПТСР специалистами совместно участвуют в формировании описанного в эпидемиологии «эффекта айсберга», когда выявленная часть заболеваемости значительно ниже реально существующей заболеваемости (Общая эпидемиология ... , 2008).

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, так как случаи, нераспознанные родителями, не попадают в поле зрения специалистов.

Учитывая процент правильного распознавания специалистами (РС) случаев заболевания от числа обратившихся, в соответствии с математическими принципами составления пропорции, ИР может быть выражено формулой:

$$(PP \text{ в } \% \times PC \text{ в } \%)$$

$$ИР = \frac{\quad}{100\%}$$

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):

$$\text{Гипо} = 100\% - \text{ИР}$$

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 (см. раздел 5.1), 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.

Снижение полноты выявляемости ПТСР у детей на разных диагностических этапах отражено на диаграмме 5.1.

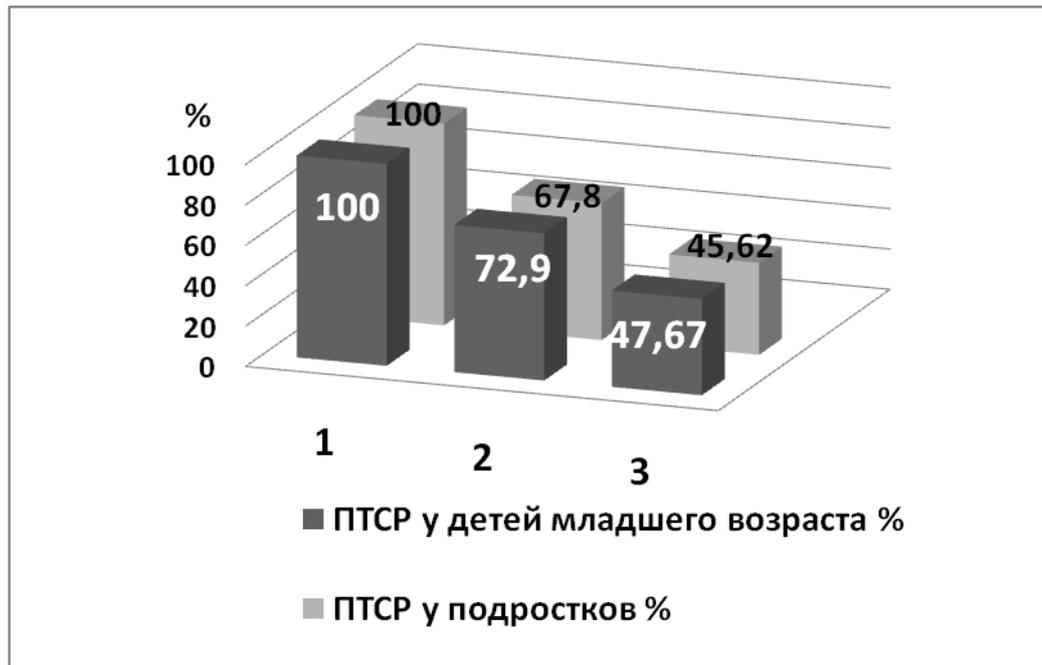


Диаграмма 5.1. Диаграмма убывающей полноты выявляемости ПТСР у детей и подростков при суммарном вкладе субъективных факторов гиподиагностики, обусловленных способностью к распознаванию родительской семьи и специалистов психического здоровья.

Примечание: 1 – 100 % детей с ПТСР (истинная заболеваемость); 2 - % родительского распознавания ПТСР у детей; 3 - % итогового распознавания ПТСР у детей.

Таким образом, существуют объективные и субъективные факторы, затрудняющие диагностику ПТСР у детей. Объективные факторы связаны с особенностями детского возраста, такими как: отсутствие в МКБ-10 специфических критериев ПТСР детского возраста, недостаточное развитие у детей навыков рефлексии и вербализации, необходимых для выявления симптомов ПТСР, полиморфизм клинических проявлений детского ПТСР, в том числе за счет неспецифических симптомов. Субъективные факторы гиподиагностики связаны с нераспознаванием симптомов ПТСР родителями и с недостаточным качеством профессионального процесса диагностики.

Фактор влияния недостаточной компетентности специалистов в области диагностики ПТСР подтверждается в настоящем исследовании

значимым повышением уровня распознавания ПТСР после соответствующего тематического обучения специалистов.

Фактор влияния недостаточной компетентности родителей при распознавании симптомов ПТСР подтвержден в настоящем исследовании повышением осведомленности в области психологии и психиатрии, в том числе в области ПТСР, у родителей, уделяющих больше внимания ментальной сфере ребенка в силу наличия у него того или иного психического расстройства.

Сочетанное влияние двух исследованных субъективных факторов (выявленной низкой родительской компетентности и недостаточной компетентности специалистов) влечет за собой значительное снижение итогового распознавания и полноты выявляемости ПТСР - на 52,3% у младших детей и на 54,4% у подростков. Выявленные факторы гиподиагностики ПТСР не позволяют объяснить всех причин тысячекратного расхождения в выявлении ПТСР у детей детской психиатрической службой (см. Глава 5), однако указывают на причины отсутствия профессиональной помощи детям с ПТСР более чем в половине случаев, а также намечают основные пути решения проблемы гиподиагностики психогенных заболеваний, к которым относятся следующие мероприятия:

- 1) Разработка и внедрение программ подготовки специалистов (в первую очередь психиатров) по проблемам психогенных расстройств у детей.
- 2) Создание и проведение масштабных психообразовательных программ для родителей (с привлечением к сотрудничеству СМИ)
- 3) Дальнейшие исследования, направленные на выявление причин гиподиагностики стрессовых расстройств у детей.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

С целью изучения специфических клинических возрастных особенностей ПТСР у детей, на первом клинико-психологическом этапе исследования был проведен анализ распространенности симптомов у 30 детей с клинически диагностированным ПТСР, сравнительный и корреляционный анализ. Результаты анализа показали значительное расхождение выявленной у детей симптоматики со списком диагностических критериев ПТСР. Лишь 23,5% психопатологических симптомов из всего спектра выявленных соответствовали критериям МКБ-10; частота выявления неспецифических симптомов, таких как: резкое изменение рисунка поведения; повышение тревожности и снижение настроения преобладала над частотой выявления ряда симптомов, специфических для ПТСР ($p \leq 0,001$). Кроме того, высокосignимые различия ($p \leq 0,001$) были выявлены для группы симптомов ассоциированных с детским 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.

Таким образом, в формировании клинической картины ПТСР у детей, кроме симптомов, отраженных в диагностических критериях МКБ-10, принимают участие еще две группы симптомов: группа неспецифических симптомов и симптомов, ассоциированных с ПТСР. Высокая значимость этих двух групп была подтверждена корреляционным анализом, показавшим сильные позитивные связи симптомов этих двух групп с наличием ПТСР у ребенка ($p = 0,001$).

У детей основной группы на основе индекса шкалы ПТСР посттравматическое стрессовое расстройство легкой степени было выявлено у 26,7 % детей, средней степени - у 33,3%, тяжелой степени - у 40%.

Корреляционный анализ, в котором участвовали данные только основной группы ($n=30$), позволил установить что более высокая степень тяжести расстройства была значимо положительно ассоциирована с симптомами из группы неспецифических симптомов, не входящих в список диагностических критериев МКБ-10 для ПТСР: хроническим снижением настроения ($p=0,001$), а также субъективным ощущением затруднения дыхания ($p=0,01$); трудностями в обучении ($p=0,01$) и коммуникативными нарушениями ($p=0,01$). Таким образом, бóльшая степень тяжести ПТСР у детей проявлялась в эмоциональных нарушениях и нарушениях со стороны соматовегетативной регуляции, а также в когнитивных и коммуникативных нарушениях. Эта находка примечательна тем, что когнитивные и коммуникативные нарушения при ПТСР у детей описаны в исследованиях, но не отражены в диагностических критериях МКБ-10.

Среди детей основной группы в соответствии с типологией А.А. Портновой (Портнова А.А., 2005) было выявлено ПТСР психопатоподобного типа у 36,7% детей, астено-депрессивного у 30,0% детей, фобического у 23,3%, диссомнического у 10% детей; разница процентных показателей, приведенных А.А. Портновой / настоящего исследования оказалась статистически незначимой ($p>0,05$) для трех типов ПТСР: астено-депрессивного, психопатоподобного и фобического.

На последующих этапах исследования в результате корреляционного анализа были обнаружены значимые ассоциации психосоциальных и психологических факторов с разными типами ПТСР у детей ($p<0,05$), выявлены и описаны механизмы влияния психосоциальных и психологических факторов на формирование симптоматиологии разных типов ПТСР.

При исследовании влияния на возникновение и клинические особенности ПТСР у детей стрессогенного события того или иного типа, было установлено, что воздействию стрессогенного события, способного привести к развитию ПТСР, подверглись 35 детей общей выборки: все 100%

детей основной группы (имеющих диагноз ПТСР) и 14,3% детей из контрольной группы (без диагноза ПТСР). Корреляционный анализ, в котором участвовала вся выборка, включая основную и контрольную группу, выявил высокосignимые позитивные корреляционные связи между наличием психотравмирующего события и наличием ПТСР ($p=0,001$). Родители и опекуны 5 детей из контрольной группы (не имеющих диагноза ПТСР) сообщали о наличии тяжелых психотравмирующих событий в анамнезе жизни ребенка, при этом отмечали у пострадавших детей 1 - 2 симптома стрессового расстройства, выявлявшихся на протяжении непродолжительного периода времени (до месяца), с последующей их редукцией. Подобные наблюдения свидетельствуют о наличии широкого континуума детских реакций на травмирующие события, включающего варианты реагирования, при которых проявления не достигают уровня заболевания, что возможно в том случае, когда сила стрессового воздействия не превышает силу биологических, психологических и социальных протективных факторов.

Наиболее часто в качестве психотравмирующего события отмечались физическое и сексуальное насилие, буллинг, смерть одного из родителей, присутствие при насилии, совершенном в отношении родителей. Таким образом, насилие в разных проявлениях и формах было ведущим психотравмирующим фактором в наблюдаемой выборке. Корреляционный анализ, в котором участвовали данные только основной группы ($n=30$), обнаружил значимые позитивные корреляционные связи ($p<0,05$) наибольшей степени тяжести ПТСР с физическим насилием, сексуальным насилием и буллингом, то есть, стрессогенными факторами, при воздействии которых дети традиционно не получают необходимой социальной поддержки. Со средней степенью тяжести ПТСР у детей была значимо позитивно связана потеря родителей ($p=0,01$). Значимую позитивную корреляционную связь с легкой степенью ПТСР показало такое относительно контролируемое событие как пожар ($p=0,01$). Кроме того, 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.

При анализе структуры психотравмирующих факторов было выявлено, что 70% детей основной группы были подвержены воздействию острого типа психотравмирующего события и 30% - хронического. При корреляционном анализе были выявлены сильные и значимые негативные корреляционные связи наличия психологической травмы хронического характера с неспецифическими симптомами ПТСР: повышенной тревожностью ($p=0,01$), хроническим снижением настроения ($p=0,01$), эмоциональной лабильностью ($p=0,001$), с резким изменением рисунка поведения ($p=0,01$). Таким образом, клиническая картина ПТСР у детей при воздействии психической травмы хронического характера отличалась сглаженностью внешних поведенческих симптомов и отсутствием резких изменений в состоянии ребенка.

Средняя продолжительность ПТСР у детей основной группы составила $1,924 \pm 0,802$ г. (от 0,083 до 7 лет) с момента травмы до момента установления диагноза специалистом. Этот, почти двухлетний срок, в течение которого дети оставались без специализированной помощи, является отражением существующей проблемы распознавания ПТСР в детском возрасте.

С целью поиска факторов, способных влиять на риск возникновения ПТСР у детей были исследованы ассоциации наличия этого расстройства у ребенка с клинико-биологическими факторами раннего развития, социодемографическими и психосоциальными характеристиками семьи, особенностями личности и поведения взрослых, воспитывающих исследованных детей.

Изучение корреляционных связей ПТСР у детей с клинико-биологическими факторами раннего развития, а также психосоциальными факторами, ассоциированными с онтогенезом ребенка, такими как: порядок беременности по счету, порядок родов по счету, наличие стрессогенных событий у матери во время беременности, рождение от незапланированной

беременности, наличие перинатального поражения (ПП) ЦНС в анамнезе. Найдена ассоциация, свидетельствующая о том, что ПП ЦНС действительно служит биологическим фактором уязвимости ребенка к развитию ПТСР в случае психотравмирующего воздействия ($p=0,01$). Кроме того, были установлены значимые позитивные корреляционные связи ПП ЦНС в анамнезе с такими симптомами как хроническое снижение настроения ($p=0,01$), повышение тревожности ($p=0,01$), резкое изменение рисунка поведения ($p=0,01$), трудности в обучении ($p=0,01$), неуверенность в поведении ($p=0,01$). Таким образом, «органическая почва» играет как роль фактора уязвимости в патогенезе ПТСР, так и роль патопластического фактора в оформлении его клинической картины.

Исследование влияния социо-демографических и психосоциальных характеристик семьи на формирование ПТСР у детей показало отсутствие значимых связей с полом и возрастом детей, родителей и опекунов, а также с воспитанием ребенка в неполной семье.

Была обнаружена сильная позитивная корреляционная связь ($p=0,001$) между наличием ПТСР у ребенка и конфликтами в его семье, что указывает на конфликтность в родительской семье, как на значимый фактор уязвимости к ПТСР. Хронический стресс ребенка вследствие повторяющихся семейных конфликтов подрывает его восприятие семьи как безопасного места и сопровождается хроническим напряжением симпатoadреналовой системы ребенка, тем самым подготавливая нейробиологическую почву для развития стрессовых расстройств.

Значимая негативная ассоциация ПТСР ребенка была выявлена с воспитанием родным родителем ($p=0,01$), позитивная - с типом опекуна (бабушка ребенка, $p=0,02$), что свидетельствует о воспитании родными родителями как о важнейшем факторе, поддерживающем и защищающем ребенка за счет эмоциональных связей исключительного характера, заменить которые связями с другими людьми невозможно без потерь для психологического адаптивного потенциала ребенка. Таким образом, свой

вклад в уязвимость к ПТСР у детей могут вносить факторы семейного неблагополучия, а именно: высокий уровень конфликтности в семье и отсутствие родных родителей в качестве воспитателей.

Психологическое исследование выявило ряд особенностей личности взрослых, воспитывающих детей с ПТСР. Так, анализ распределения доли алекситимиков в основной и контрольной группах родителей и опекунов ($n=65$) показал почти в 4 раза бóльший процент алекситимиков среди родителей и опекунов детей с ПТСР. В последующем корреляционном анализе была выявлена значимая и позитивная корреляционная связь ($p=0,02$) наличия у ребенка родителя-алекситимика с тяжелой степенью ПТСР, что может указывать на родительскую алекситимию, как на фактор, связанный с утяжелением клинических проявлений ПТСР у детей. Эта находка может объясняться наследованием склонности к алекситимии, а вместе с ней и повышенного уровня негативных аффектов при сниженной способности к их осознанию и психологической переработке. Кроме того, была выявлена значимая, но слабая позитивная связь наличия родителя-алекситимика с диссомническим типом ПТСР ($p=0,02$), а также с такими клиническими проявлениями ПТСР, как возрастной психологический регресс ($p=0,001$) и жалобы на плохое самочувствие ($p=0,02$). Таким образом, родительская алекситимия не только была связана с более тяжелой степенью ПТСР, но и с реакциями «ресоматизации» и нарушением сомато-вегетативной регуляции. Подавление эмоций как репрессивный копинг значимо чаще ($p<0,005$) выбирался родителями и опекунами основной группы, и значимые позитивные связи ПТСР ребенка с родительским репрессивным копингом были подтверждены корреляционным анализом ($p=0,01$). Следовательно, родительская модель репрессивного копинга может способствовать уязвимости ребенка к ПТСР, научая детей не демонстрировать чувства, избегать угрожающих эмоций и воспоминаний о пережитых травматических событиях, что препятствует информационному процессингу, ассимиляции и аккомодации травматического опыта.

Родительские копинги оптимизма и сохранения самообладания значимо ($p < 0,005$) реже выбирались родителями и опекунами детей с ПТСР в сравнении с контрольной группой; копинг оптимизма был значимо негативно ассоциирован с ПТСР у ребенка ($p = 0,001$). Таким образом, отсутствие у родителя самообладания в стрессогенной ситуации и уверенности в наличии выхода из нее связано с ослаблением эмоциональных копинг-ресурсов ребенка, возможно за счет лишения ребенка оптимизма как фактора устойчивости к тревожным расстройствам. Кроме того, корреляционный анализ показал, что дефицит родительского оптимизма как протективного фактора ассоциирован с развитием у детей с ПТСР страхов, как одного из самых частых проявлений тревоги в детском возрасте, а также связан с формированием ПТСР по фобическому типу ($p = 0,01$).

Выявленная при корреляционном исследовании значимая позитивная связь копинга обращения за помощью у родителей детей с ПТСР ($p = 0,02$) свидетельствует о том, что родители и опекуны больных детей способны и склонны пользоваться проблемно-ориентированной поведенческой стратегией, нацеленной на изменение среды или стрессора. Эта связь в контексте стрессогенной ситуации болезни ребенка является адаптивной, вовлекая семью в контакты с медицинской службой. При этом между репрессивным копингом и копингом обращения за помощью выявлена значимая негативная связь ($p < 0,01$), то есть, родители и опекуны, склонные подавлять чувства (репрессоры) не были склонны обращаться за помощью.

В корреляционном исследовании с родительским копингом обращения за помощью был положительно ассоциирован психопатоподобный тип ПТСР ($p = 0,01$). При данном типе ПТСР психологические защитные реакции носят характер активной борьбы, направленной на совладание со стрессом и психологическим дискомфортом. Несмотря на то, что эта борьба чаще всего имеет неконструктивный характер, в целом, копинг, связанный с активностью и сопротивлением, свидетельствует о сохранности психологических защитных механизмов. Таким образом, возможно, родители, владеющие

адаптивным копингом обращения за помощью, предоставляют детям бóльший психологический ресурс для совладания со стрессом. Кроме того, учитывая недостаточно развитую у детей способность к рефлексии и навыков вербализации мыслей и чувств, а также то, что психопатоподобное поведение при ПТСР у детей чаще проявляется именно в семье (Портнова А.А., 2005), его можно рассматривать как коммуникативное "послание" старшим и обращение к ним за помощью.

Выявлены также значимые ассоциации родительского копинга относительности ($p=0,01$) с астено-депрессивным типом ПТСР ребенка. Это может означать, что психологическое дистанцирование родителей от проблемы, характерное для копинга относительности, способно усиливать эмоциональные проблемы ребенка с ПТСР. Кроме того, родители, предпочитающие копинг относительности, демонстрируют детям пример реакции, связанной с пассивностью и отказом от преодоления трудностей, что может участвовать в оформлении симптоматики ПТСР как астенической и депрессивной.

Родители и опекуны детей с ПТСР значимо чаще предлагали своим детям в качестве копинговой модели неадаптивные эмоцио-сфокусированные стратегии. Этот факт настораживает в отношении развития у детей таких родителей уязвимости к развитию ПТСР после эмоциональных травм.

Таким образом, недостаточное ресурсное обеспечение копинг-стратегий родителей является фактором, ассоциированным с развитием ПТСР у детей, и формированием его клинических проявлений.

При исследовании стилей воспитания корреляционный анализ показал наличие высоких и значимых позитивных связей ($p \leq 0,01$) между ПТСР детей и такими воспитательными стилями, как игнорирование потребностей ребенка ($\eta^2=+0,659$) и неразвитость родительских чувств ($\eta^2=+0,444$), вынесение конфликта в сферу воспитания ($\eta^2=+0,533$), неустойчивость стиля воспитания ($+0,381$) и дефицит санкций ($+0,368$). Таким образом, родитель с неразвитыми родительскими чувствами, игнорирующий

потребности ребенка (в том числе эмоциональные), оказывается не в состоянии предоставить ребенку необходимую поддержку в состоянии стресса, что делает последнего более уязвимым к ПТСР. Наличие сильной позитивной корреляционной связи между ПТСР ребенка и таким родительским паттерном, как вынесение конфликта в сферу воспитания, указывает на дефицит навыков эффективного разрешения конфликтов у родителей и опекунов детей с ПТСР, их склонности использовать ребенка в качестве средства для снижения собственного эмоционального напряжения, что в свою очередь подрывает способность ребенка противостоять стрессу. Неустойчивость стиля воспитания также положительно коррелировала с детским ПТСР, являясь дополнительным фрустрирующим и дестабилизирующим состояние ребенка фактором. Наличие положительной корреляционной связи ПТСР у детей с дефицитом воспитательских санкций у родителей и опекунов подтверждает утверждения ряда исследователей (Портнова А.А., 2005) о том, что создание специфической «травматической мембраны» вокруг ребенка, пережившего стрессовое событие, с отказом от обычных мер воспитания, способствует закреплению симптомов ПТСР у детей.

При анализе ассоциаций стилей родительского воспитания с клиническими типами ПТСР у детей были установлены значимые позитивные корреляционные связи между стилем игнорирования потребностей ребенка и тремя типами ПТСР: астено-депрессивным, диссомническим и психопатоподобным (для всех $p=0,01$). Таким образом, стиль воспитания, для которого характерно ограничение помощи и поддержки со стороны родителей, может способствовать формированию разнообразных клинических реакций у ребенка, находящегося в состоянии стресса. С диссомническим вариантом оказались значимо положительно ассоциированы такие паттерны, как гипо – или гиперпротекция (для обеих $p=0,02$), а также неразвитость родительских чувств ($p=0,005$) и вынесение конфликта в сферу воспитания ($p=0,02$), то есть, те варианты родительского

поведения, которые нарушают безопасность ребенка и усиливают у него чувства изоляции и беспомощности.

Психопатоподобный тип ПТСР был также значимо ассоциирован с родительским предпочтением в ребенке детских качеств ($p=0,001$) за счет искажения ожиданий в отношении поведения ребенка, которое отражается на качестве детско-родительской коммуникации и способствует формированию у ребенка с ПТСР реакций по психопатоподобному типу.

Помимо объективных факторов гиподиагностики, связанных с особенностями детского возраста (недостаточное развитие у детей навыков рефлексии и вербализации, необходимых для выявления симптомов ПТСР), связанных с систематизацией расстройств (отсутствие в МКБ-10 специфических критериев ПТСР детского возраста, полиморфизм клинических проявлений детского ПТСР, в том числе за счет неспецифических симптомов), существуют также и субъективные факторы гиподиагностики. К последним следует отнести проблемы диагностики, связанные с нераспознаванием симптомов ПТСР родителями и с качеством профессионального процесса диагностики.

На этапе исследования профессиональной готовности специалистов психического здоровья (психиатров, психотерапевтов, медицинских психологов) к диагностике ПТСР сплошное исследование слушателей кафедры психиатрии ФПК и ПП УГМА показало низкий уровень распознавания специалистами симптомов ПТСР у подростков (67,3%) и ПТСР у детей младшего возраста (65,4%). Эти данные указывают на недостаточную способность к идентификации специалистами симптомов психических расстройств у детей и подростков в целом, а также на то, что уровень идентификации специалистами психогенных заболеваний у детей на примере ПТСР является низким.

При последующем корреляционном анализе не было выявлено значимых связей уровня идентификации ПТСР у детей с полом и возрастом специалистов ($p>0,05$), однако были обнаружены значимые связи

профессионального статуса респондентов с точностью идентификации ПТСР у детей младшего возраста. Корреляционный анализ выявил сильную негативную ассоциацию статуса психиатра и значимую позитивную связь статуса медицинского психолога с точной идентификацией ПТСР у детей младшего возраста ($p < 0,05$). Полученные результаты свидетельствуют о тенденции к гиподиагностике психиатрами ПТСР у детей, что можно объяснить преобладанием в клиническом мышлении психиатров биомедицинской модели над биопсихосоциальной. На этом фоне медицинские психологи демонстрируют значимо более высокую способность к распознаванию симптомов ПТСР у детей, вероятно в силу специфики их профессионального образования, при котором больше внимания уделяется влиянию на душевное здоровье психосоциальных факторов.

При дальнейшем исследовании данной выборки была 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, $p < 0,05$). Значимое повышение способности специалистов к правильной диагностике ПТСР после соответствующего обучения указывает на потенциальную эффективность образовательных мероприятий в плане решения проблем диагностики ПТСР у детей.

Корреляционный анализ способности к распознаванию симптомов ПТСР у родителей / опекунов детей с психическими заболеваниями и родителей / опекунов здоровых подростков ($n=109$) показал, что родители здоровых детей значимо реже правильно распознают ПТСР как у младших детей ($p < 0,05$), так и у подростков ($p < 0,05$). Значимых связей правильного распознавания ПТСР с полом, возрастом, уровнем образования родителей исследуемой выборки в настоящем исследовании не выявлено ($p > 0,05$). Таким образом, в качестве единственного фактора, значимо влияющего на качество распознавания ПТСР у детей, выступил фактор внимания родителей к ментальной сфере ребенка и, соответственно, более высокий уровень

осведомленности в области психологии и психиатрии. Это означает, что недостаточная способность к распознаванию стрессовых расстройств у детей родителями в общей популяции, в основе которой лежит дефицит элементарных знаний о проявлениях психических заболеваний у детей, вносит свой вклад в гиподиагностику ПТСР у детей.

Сочетанное влияние двух исследованных субъективных факторов (выявленной низкой родительской компетентности и недостаточной компетентности специалистов) влечет за собой значительное снижение итогового распознавания и полноты выявляемости ПТСР - на 52,3% у младших детей и на 54,4% у подростков.

Таким образом, недостаточная способность родительской популяции к распознаванию ПТСР у детей и недостаточная способность к идентификации детского ПТСР специалистами, выступают в качестве субъективных факторов, участвующих в формировании так называемого «эффекта айсберга», когда выявленная часть заболеваемости значительно ниже реально существующей заболеваемости.

Выявленные факторы гиподиагностики ПТСР не позволяют объяснить всех причин тысячекратного расхождения в выявлении ПТСР у детей детской психиатрической службой, однако указывают на причины отсутствия профессиональной помощи детям с ПТСР более чем в половине случаев. Результаты исследования позволяют наметить основные пути решения проблемы гиподиагностики психогенных заболеваний у детей в виде создания специальных образовательных программ как для специалистов, так и для родительской аудитории, а также дальнейшего исследования причин гиподиагностики стрессовых расстройств у детей.

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 ЛИТЕРАТУРЫ

1. Александров, С. А. Алекситимия и поведение, ассоциированное с риском, в группе мужчин молодого возраста / С.А. Александров, О.В. Кремлева // Госпитальный вестник. – 2008. – № 3-4 (16). – С. 19–20.
2. Александровский, Ю. А. Пограничные психические расстройства : учебное пособие / Ю. А. Александровский. – Москва: Медицина, 2000. – 301 с.
3. Алекситимия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах : пособие для психологов и врачей / Д.Б. Ересько, Г.Л. Исурина, Е.В. Кайдановская [и др.]. – Санкт-Петербург : СПбНИПНИ им. В.М.Бехтерева, 2005. – 25 с.
4. Андриященко, А. В. Посттравматическое стрессовое расстройство при ситуациях утраты объекта экстраординарной значимости / А. В. Андриященко // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2000. – Т.2, №4. – С. 104-109.
5. Астахов, П. А. Преступления против детей становятся все более жестокими / П. А. Астахов // Российская газета. – 2013. – № 6221 (31 октября).
6. Берковская, М. И. Оценка краткосрочной терапии стрессовых расстройств в остром периоде эмоциональной травмы / М. И. Берковская, И. П. Брызгунов, А. И. Михайлов // Дети России: насилие и защита. – Москва: Новый отсчет, 1997. – С. 149–152.
7. Бобров, А. Е. О совершенствовании послевузовского обучения психиатрии / А.Е. Бобров // Материалы Российской конференции «Современные тенденции организации психиатрической помощи: клинические и социальные аспекты». – Москва, 2004. – С. 27–29.
8. Бройтигам, В. Психосоматическая медицина : краткий учебник / В. Бройтигам, П. Кристиан, М. Рад; пер. с нем. Г.А. Обухова, А.В. Бруенка. – Москва : Гэотар-медицина, 1999. – 376 с.

9. Брызгунов, И. П. Посттравматическое стрессовое расстройство. Конспект врача / И.П. Брызгунов // Наука. – 1999. – №58. – С. 85–97.
10. Вассерман, Л. И. Родители глазами подростка / Л. И. Вассерман, И. А. Горьковая, Е. Е. Ромицына. – Санкт-Петербург : Речь, 2004. – 256 с.
11. Венар, Ч. Психопатология развития детского и подросткового возраста / Ч. Венар, П. Кериг; под науч. ред. А. Алексеева. – Санкт-Петербург : Прайм-еврознак, 2004. – 384 с.
12. Войнова, Е. Ю. Психогенные факторы нарушения здоровья у старших дошкольников : автореф. дис. ... канд. юрид. наук : 19.00.04. / Войнова Елена Юрьевна. – Санкт-Петербург, 2009. – 24 с.
13. Волошин, В. М. Клиническая типология посттравматических стрессовых расстройств и вопросы дифференцированной психофармакотерапии / В.М. Волошин // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2001. – Т.3, №4. – С. 125–129.
14. Волошин, В. М. Посттравматическое стрессовое расстройство / В.М. Волошин. – Москва : Анахарсис, 2005. – 198 с.
15. Волошин, В. М. Феноменологические аспекты посттравматического стрессового расстройства / В.М. Волошин // Российский медицинский журн. – 2006. – №4. – С. 41–44.
16. Гельд, А. Л. Алекситимические проявления при тревожно-депрессивной симптоматике у психически больных / А. Л. Гельд, О. В. Кремлева, Л. С. Круглов // Вестник психотерапии. – 2013. – №46. – С. 60–68.
17. Грошева, Е. В. Отношение родителей к психическому расстройству у ребенка : в связи с задачами психологического сопровождения семьи : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.04 / Грошева Елена Владимировна. – Санкт-Петербург, 2009. – 235 с.
18. Данные единой межведомственной информационно-статистической системы [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://fedstat.ru/indicator/data.do> (дата обращения : 30.05.2017).

19. Девятко, И. Ф. Методы социологического исследования : учебное пособие для вузов / И. Ф. Девятко. – 6-е изд. – Москва : КДУ, 2010. – 295 с.
20. Делеви, В. С. Формирование социально-активного совладающего поведения у матерей наркозависимых подростков : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.05 / Делеви Виктор Семенович. – Москва, 2006. – 210 с.
21. Детская психиатрия : учебник / под ред. Э.Г. Эйдемиллера. – Санкт-Петербург : Питер, 2005. – 1120 с.
22. Добряков, И. В. Психология семьи и больной ребенок : учебное пособие / И.В. Добряков, О.В. Заширинская. – Санкт-Петербург : Речь, 2007. – 400 с.
23. Захаров, А. И. Неврозы у детей и психотерапия / А. И. Захаров. – Санкт-Петербург : Союз: Лениздат, 2000. – 336 с.
24. Зиновьева, М. В. Влияние стиля родительского воспитания на развитие предпосылок мировоззрения у детей дошкольного возраста / М. В. Зиновьева // Психологическая наука и образование. – 2001. – №1. – С. 37–46.
25. Кидрасова, Н. Ф. Клинические особенности и факторы риска формирования посттравматических стрессовых расстройств у несовершеннолетних осужденных : автореф дис. ... канд. мед. наук :14.00.18 / Кидрасова Нурия Фаукатовна. – Оренбург, 2007. – 22 с.
26. Ковалев, В. В. Психиатрия детского возраста : руководство для врачей / В. В. Ковалев. – изд. 2-е, перераб. и доп. – Москва : Медицина, 1995. – 560 с.
27. Колотильщикова, Е. А. Психологические механизмы невротических расстройств : автореф. дис. ... д-ра психол. наук 19.00.04 / Колотильщикова Екатерина Андреевна. – Санкт-Петербург, 2011. – 45 с.
28. Копинг-механизмы (механизмы Совладания) // Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б.Д. Карвасарского. – Санкт-Петербург : Питер, 2000. – С. 217-219.
29. Кремлева, О. В. Алекситимические проявления при тревожно-депрессивной симптоматике у психически больных / О. В. Кремлева, А. Л. Гельд, Л. С. Круглов // Вестник психотерапии. – 2013. – №46. – С. 60–68.

30. Кремлева, О. В. Алекситимия у больных ревматоидным артритом: контролируемые измерения алекситимического конструкта по экстраполированным факторным моделям / О.В. Кремлева, Т.В. Лозовая // Вестник психотерапии. – 2006. – №15 (20). – С. 71-78.
31. Кремлева, О. В. Ассоциации подросткового употребления алкоголя с самовоспринимаемыми стрессорами и копинг-стратегиями / О. В. Кремлева, В. В. Лозовой, Т. В. Лозовая // Уральский медицинский журнал – 2008. – №3. – С. 69–72.
32. Кремлева, О. В. Биопсихосоциальный подход как основной принцип организации медико-психологической помощи населению / О.В. Кремлева, В.В. Лозовой // Психотерапия : от теории к практике : материалы I съезда Российской Психотерапевтической Ассоциации / под ред. Б.Д. Карвасарского. – Санкт-Петербург : Издательство Психоневрологического института им. В.М. Бехтерева, 1995. – С. 42-52.
33. Кремлева, О. В. Особенности алекситимии у пациентов с анкилозирующим спондиллитом / О. В. Кремлева, Н. А. Кузнецова, Г. Б. Колотова // Обзорение психиатрии и медицинской психологии. – 2013. – №3. – С. 46–51.
34. Кулакова, Т. П. Сон детей и его психогигиеническое значение / Т. П. Кулакова // Психогигиена детей и подростков. — Москва : Медицина, 1985. — С. 138 — 149.
35. Лейн, Д. А. Школьная травля (буллинг) / Д. А. Лейн // Детская и подростковая психотерапия / под ред. Д. Лейна, Э. Миллера. – Санкт-Петербург : Питер, 2001. – С. 240–274.
36. Лидерс, А. Г. Связь стиля семейного воспитания с темпераментом ребенка / А.Г. Лидерс, Е.Н. Спирева // Семейная психология и семейная терапия. – 2002. – №2. – С. 51–71.
37. Лиманкин, О. В. Оценка пользователей – вневедомственный регулятор качества психиатрической помощи / О. В. Лиманкин // Обзорение психиатрии и медицинской психологии. – 2013. – №4. – С. 113–121.

38. Лютых, С. Мама, не убивай [Электронный ресурс] / С. Лютых. – Режим доступа: <http://lenta.ru/articles/2014/12/25/mamadontkillme/> (дата обращения : 30.05.2017).
39. Макаров, И. В. Клиническая психиатрия детского и подросткового возраста / И. В. Макаров. – Санкт-Петербург : Наука и Техника, 2013. – 416 с.
40. Макаров, И. В. Психотические расстройства у детей, эпидемиологические, клинические и социально-организационные аспекты : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.00.18 / И.В. Макаров. – Санкт-Петербург, 2005. – 42 с.
41. Мак-Вильямс, Н. Психоаналитическая диагностика: понимание структуры личности в клиническом процессе: пер. с англ. / Н. Мак-Вильямс. – Москва : Независимая фирма Класс, 2010. – 476 с.
42. Малкина-Пых, И. Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях / И.Г. Малкина-Пых. – Москва : Эксмо, 2008. – 928 с.
43. Малкина-Пых, И. Г. Психология поведения жертвы : справочник практического психолога / И.Г. Малкина-Пых. – Москва : Эксмо, 2006. – 1006 с.
44. Малкина-Пых, И. Г. Экстремальные ситуации / И. Г. Малкина-Пых. – Москва : Эксмо, 2005. – 958 с.
45. Марценковский, И. А. Посттравматическое стрессовое расстройство у детей: поиск нового смысла / И. А. Марценковский // Неврология, психиатрия, психотерапия. – 2007. – №6. – С. 69-71.
46. Методика исследования копинг-поведения у больных невротами (в связи с задачами оценки эффективности психотерапии) / авт.-сост.: Б. Д. Карвасарский, В. А. Абабков, Е. И. Чехлатый [и др.]. – Санкт-Петербург : НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2005. – 28 с.
47. МКБ-10: Классификация психических и поведенческих расстройств: исследовательские диагностические критерии. – Женева; Санкт-Петербург: ВОЗ, 1994. – 208 с.

48. Мостовская, Л. С. Влияние личностных особенностей родителей на течение постстрессовых расстройств у детей / Л. С. Мостовская // Материалы Всероссийской конференции «Проблемы диагностики, терапии и инструментальных исследований в детской психиатрии». – Волгоград : Изд-во ВолГМУ, 2007. – С. 108-109.
49. Набиуллина, Р. Р. Механизмы психологической защиты и совладания со стрессом : учебное пособие / Р. Р. Набиуллина, И. В. Тухтарова. – Казань : Изд-во КГМА, 2003. – 98 с.
50. Незнанов, Н. Г. Умственная отсталость / Н. Г. Незнанов, И. В. Макаров // Психиатрия: нац. рук. / под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанова [и др.]. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – Гл. 30. – С. 653-681.
51. Никольская, И. М. Психологическая защита у детей / И. М. Никольская, Р. М. Грановская. – Санкт-Петербург : Речь, 2000. – 507 с.
52. Никольская И.М. Роль психологической защиты в оказании кризисной психологической помощи детям [Электронный ресурс] / И. М. Никольская // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2012. – N 5 (16). – Режим доступа : <http://medpsy.ru> (дата обращения : 30.05.2017)
53. Общая эпидемиология с основами доказательной медицины : руководство к практическим занятиям : учебное пособие / под ред. В. И. Покровского, Н. И. Брико. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 400 с.
54. Показатели состояния безопасности [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.stat.gibdd.ru/> (дата обращения : 30.05.2017)
55. Попов, Ю. В. Аддиктивное суицидальное поведение подростков / Ю. В. Попов, А. В. Бруг // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2005. – №1. – С. 24-26.
56. Портнова, А. А. Типология посттравматического стрессового расстройства у детей и подростков / А.А. Портнова // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2005. – Вып.12. – С. 9–12.

57. Посттравматическое стрессовое расстройство: международная (Россия – Армения – Беларусь – Украина) коллективная монография / под ред. В. А. Солдаткина. – Ростов-на-Дону : Изд-во ГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава России, 2015. – 623 с.
58. Потемкина, Е. А. Психосоциальные факторы стресса, расстройства адаптации и копинг-стратегии у больных с хронической гинекологической патологией / Е. А. Потемкина, О. В. Кремлева // Уральский медицинский журнал. – 2013. – №7 (112). – С. 32–36.
59. Программа «VORTEX», версия 10 [Электронный ресурс].– Режим доступа : <https://sites.google.com/view/vortex10> (дата обращения : 30.05.2017).
60. Психические расстройства у детей и подростков – вторичных жертв чрезвычайных ситуаций : пособие для врачей / С. В. Голуб, З. И. Кекелидзе, А. А. Портнова [и др.]. – Москва, 2008. – 196 с.
61. Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б. Д. Карвасарского. – Санкт–Петербург : Питер, 2000. – 1024 с.
62. Пушина, В. В. Анализ семейных взаимоотношений у лиц мужского пола, страдающих алкоголизмом / В. В. Пушина, И. М. Никольская // Неврологический вестник им. В. М. Бехтерева. – 2007. – № 3 . – С. 70–73.
63. Пушкарев, А. Л. Посттравматическое стрессовое расстройство: диагностика, психофармакотерапия, психотерапия / А. Л. Пушкарев, В. А. Доморацкий, Е. Г. Гордеева. – Москва : Издательство Института психотерапии, 2000. – 128 с.
64. Румянцева, Т. В. Влияние особенностей семейного воспитания на личность проблемного ребенка / Т. В. Румянцева // Ярославский психологический вестник. – 2007. – Вып. 21. – С. 111–114.
65. Сапоровская, М. В. Детско-родительские отношения и совладающее (копинг) поведение родителей как фактор школьной адаптации первоклассников : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.05 / Сапоровская Мария Вячеславовна. – Ярославль, 2002. – 25 с.

66. Сапоровская, М. В. Исследование межпоколенных связей в семейном контексте [Электронный ресурс] / М. В. Сапоровская // Психологические исследования: электронный научный журнал – 2008. – №2(2). – Режим доступа : <http://psystudy.ru/num/2008n2-2/106-saporovskaya2> (дата обращения : 30.05.2017).
67. Семин, И. Р. Психически больной в обществе : (Отношение к душевнобольным в социуме, в семье, на производстве, оптимизация психиатрической помощи) / И. Р. Семин, А. П. Агарков. – Томск : Красное знамя, 1997. – 236 с.
68. Сидоренко, Е. В. Методы математической обработки в психологии / Е.В. Сидоренко. – Санкт-Петербург : Речь, 2000. – 350 с.
69. Сирота, Н. А. Копинг-поведение в подростковом возрасте : дис. ... д-ра мед. наук : 19.00.04 / Сирота Наталья Александровна. – Санкт-Петербург, 1994. – 283 с.
70. Сирота, Н. А. Копинг-поведение и профилактика психосоциальных расстройств у подростков / Н.А. Сирота, В.М. Ялтонский // Обзорение мед. психологии и психиатрии им. В.М. Бехтерева. – 1994. – Вып.1. – С. 63–74.
71. Сирота, Н. А. Преодоление эмоционального стресса подростками, воспитывающимися в семье и в детском доме / Н. А. Сирота, В. М. Ялтонский // Обзорение психиатрии и мед. психологии им. В. М. Бехтерева. – 1993. – №4. – С. 134–137.
72. Сироткин, Е. А. Прогностические тесты отбора детей в группу риска по развитию заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки / Е. А. Сироткин, А. В. Котовский // Материалы XIII Конгресса детских гастроэнтерологов России. – Москва, 2006. – С. 8-9.
73. Снедков, Е. В. Боевая психическая травма (клинико-патогенетическая динамика, диагностика, лечебно-реабилитационные аспекты) : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.01.27 / Снедков Евгений Владимирович. – Санкт-Петербург, 1997. – 48 с.

74. Соловьева, С. Л. Психологическое консультирование : справочник практического психолога / С.Л. Соловьева. – Москва: АСТ, 2010. – 640 с.
75. Сотрудники ГУВД по Свердловской области приняли участие в благотворительной акции «Вместе сможем все» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://66.mvd.ru/news/item/567326> (дата обращения : 30.05.2017)
76. Статистический отчет министерства образования и науки РФ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.usynovite.ru/statistics/2012/1/> (дата обращения : 30.05.2017)
77. Тарабрина, Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н. В. Тарабрина. – Санкт-Петербург : Питер, 2001. – 272 с.
78. Ташлыков, В. А. Личностные механизмы совладания (копинг-поведение) защиты у больных неврозами в процессе психотерапии / В.А. Ташлыков // Медико-психологические аспекты охраны психического здоровья. – Томск, 1990. – С. 60–61.
79. Федеральная служба государственной статистики [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.gks.ru/> (дата обращения : 30.05.2017).
80. Хорни, К. Самоанализ: переводное издание / К. Хорни. – Москва : Эксмо-Пресс, 2001. – 448 с.
81. Цапенко, А. И. Семья и психическая болезнь: психологические проблемы и пути их решения / А. И. Цапенко, Д. М. Шанаева; под ред. В. С. Ястребова. – 2-е изд., перераб. – Москва : МАКС Пресс, 2008. – 64 с.
82. Чехлатый, Е. И. Личностная и межличностная конфликтность и копинг-поведение у больных неврозами и их динамика под влиянием групповой психотерапии : автореф. дис. ... канд. мед. наук. : 19.00.04. / Чехлатый. Евгений Иванович– Санкт-Петербург, 1994. – 25 с.
83. Чехлатый, Е. И. Совладающее поведение у больных неврозами, лиц с преневротическими нарушениями и в социальных группах повышенного риска нервно-психических расстройств : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 19.00.04. /Чехлатый Евгений Иванович. – Санкт-Петербург, 2007. – 58 с.

84. Шипицына Л. М. Необучаемый ребенок в семье и обществе. Социализация детей с нарушением интеллекта. – Санкт-Петербург : Речь, 2005. — 477 с.
85. Шкурин, Д. В. Методическое руководство к программе обработки и анализа социологической и маркетинговой информации «VORTEX», версия 5.1 для Windows 95 / Д. В. Шкурин. – Екатеринбург : Изд-во Фонда «Социум», 1999. – 48 с.
86. Эльконин, Д. Б. Психическое развитие в детских возрастах : избранные психологические труды / Д. Б. Эльконин. – Москва : Институт практической психологии ; Воронеж : МОДЭК, 1995. – 416 с.
87. Эйдемиллер, Э. Г. Психология и психотерапия семьи / Э. Г. Эйдемиллер, В. Юстицкис. – 4-е изд., перераб. и доп. – Санкт-Петербург : Питер, 2009. – 672 с.
88. Эмоции и психическое здоровье в социальном и семейном контексте (на модели соматоформных расстройств) [Электронный ресурс] / А. Б. Холмогорова, Н. Г. Гаранян, P. Scheib [и др.] // Медицинская психология в России: электронный научный журнал. – 2011. – №1. – Режим доступа: http://www.medpsy.ru/mprij/archiv_global/2011_1_6/nomer/nomer13.php (дата обращения : 30.05.2017).
89. Эффективная терапия посттравматического стрессового расстройства / под ред. Э. Фoa, Т. М. Кина, М. Фридмана. – Москва : "Когито-Центр", 2005. – 467 с.
90. A diagnostic outcome study of children and adolescents with severe burns / F. J. Stoddard, D. K. Norman, M. Murphy [et al.] // Journal of Trauma. – 1989. – Vol.29, №4. – P. 471–477.
91. A prospective study on pediatric traffic injuries: Health-related quality of life and post-traumatic stress / L. Sturms, C. K. van der Sluis, R. E. Stewart [et al.] // Clinical Rehabilitation. – 2005. – Vol.19. – P. 312–322.

92. A systematic review of PTSD prevalence and trajectories in DSM-5 defined trauma exposed populations: intentional and non-intentional traumatic events / P. N. Santiago, R. J. Ursano, C. L. Gray [et al.] // PLoS One. – 2013. – Vol. 8, №4. – P. e59236.
93. Acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in victims of violent crime / C. R. Brewin, B. Andrews, S. Rose [et al.] // Am J Psychiatry. – 1996. – Vol. 156. – P. 360–366.
94. Adolescent subthreshold-depression and anxiety: psychopathology, functional impairment and increased suicide risk / J. Balázs, M. Miklósi, A. Keresztény [et al.] // J. Child. Psychol. Psychiatry. – 2013. – Vol.54. – P. 670–677.
95. Allport, G. W. Personality: A psychological interpretation / G. W. Allport. – New York : Holt, Rinehart & Winston, 1937. – 48 p.
96. Almqvist, K. Refugee children in Sweden: post-traumatic stress disorder in Iranian preschool children exposed to organized violence / K. Almqvist, M. Brandell-Forsberg // Child Abuse and Neglect. – 1997. – Vol. 4. – P. 351–366.
97. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder // Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. – 1998. – Vol. 37, Suppl. 10. – P. 4-26.
98. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, text revision (DSM-IV-TR). Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000. – 943 p.
99. Amygdala and ventrolateral prefrontal cortex function during anticipated peer evaluation in pediatric social anxiety / A. E. Guyer, J. Y. Lau, E. B. McClure-Tone [et al.] // Arch. Gen. Psychiatry. – 2008. – Vol. 65. – P. 1303–1315.
100. An investigation into the possible overlap between PTSD and unresolved responses following stillbirth: An absence of linkage with only unresolved status predicting infant disorganization / P. Turton, P. Hughes, P. Fonagy [et al.] // Attachment & Human Development. – 2004. – Vol.6. – P. 241–253.

101. Angold, A. Comorbidity / A. Angold, E. J. Costello, A. Erkanli // *J. Child. Psychology Psychiatry*. – 1999. – Vol. 40. – P. 57–87.
102. Anxiety and risk of incident coronary heart disease: a meta-analysis / A. M. Roest, E. J. Martens, P. de Jonge [et al.] // *J. Am. Coll. Cardiol.* – 2010. – Vol. 56. – P. 38–46.
103. Arroyo, W. Children traumatized by Central American warfare / W. Arroyo, S. Eth // *Post-traumatic stress disorder in children* / eds. S. Eth, R.S. Pynoos. – Washington, DC : American Psychiatric Press, 1985. – P. 103-120.
104. Attention biases, anxiety, and development: toward or away from threats or rewards? / T. Shechner, J.C. Britton, K. Pérez-Edgar [et al.] // *Depress Anxiety*. – 2012. – Vol. 29. – P. 282–294.
105. Atypical attachment in infancy and early childhood among children at developmental risk. IV. Maternal frightened, frightening, or atypical behavior and disorganized attachment patterns / K. Lyons-Ruth, E. Bronfman, E. Parsons [et al.] // *Monographs of the Society for Research in Child Development*. – 1999. – Vol. 64. – P. 67–96.
106. Auxéméry, Y. Posttraumatic stress disorder (PTSD) as a consequence of the interaction between an individual genetic susceptibility, a traumatogenic event and a social context / Y. Auxéméry // *Encephale*. – 2012. – Vol.38, №5. – P. 373-380.
107. Averill, J. R. Personal control over aversive stimuli and its relationship to stress / J. R. Averill // *Psychological Bulletin*. – 1973. – Vol. 80, №4. – P. 286–303.
108. Baldwin, D. S. Developing a European research network to address unmet needs in anxiety disorders / D. S. Baldwin, S. Pallanti, P. Zwanzger // *Neurosc. Biobehav. Rev.* – 2013. – Vol. 37, №10. – P. 2312–2319.
109. Beesdo, K. Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: developmental issues and implications for DSM-V / K. Beesdo, S. Knappe, D. S. Pine // *Psychiatr. Clin. North. Am.* – 2009. – Vol.32. – P. 483–524.

110. Beesdo-Baum, K. Developmental epidemiology of anxiety disorders / K. Beesdo-Baum, S. Knappe // *Child. Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am.* – 2012. – Vol.21. – P. 457–535.
111. Benedek, D. M. First responders: mental health consequences of natural and human-made disasters for public health and public safety workers / D. M. Benedek, C. Fullerton, R. J. Ursano // *Annu. Rev. Public. Health.* – 2007. – Vol.28. – P. 55–68.
112. Benedek, E. Children and psychic trauma: A brief review of contemporary thinking / E. Benedek // *Posttraumatic stress disorder in children* / eds. S. Eth, R.S. Pynoos. – Washington, DC: American Psychiatric Press, 1985. – P. 1–16.
113. Benoit, M. Emotion regulation strategies as mediators of the association between level of attachment security and PTSD symptoms following trauma in adulthood / M. Benoit, D. Bouthillier, E. Moss // *Anxiety, Stress, and Coping.* – 2010. – Vol.23. – P. 101–118.
114. Berkowitz, S. J. The child and family traumatic stress intervention: Secondary prevention for youth at risk of developing PTSD / S. J. Berkowitz, C. S. Stover, S. Marans // *Journal of Child Psychology and Psychiatry.* – 2011. – Vol.52, №6. – P. 676–685.
115. Blackford, J. U. Neural substrates of childhood anxiety disorders: a review of neuroimaging findings / J. U. Blackford, D. S. Pine // *Child. Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am.* – 2012. – Vol.21. – P. 501–525.
116. Blom, M. The validity of the DSM-IV PTSD criteria in children and adolescents: A review / M. Blom, R. Oberink // *Clin. Child. Psychol. Psychiatry.* – 2012. – Vol.17, №4. – P. 571–601.
117. Bockers, E. Revictimisation: a bio-psycho-social model of vulnerability / E. Bockers, C. Knaevelsrud // *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie.* – 2011. – Vol.61, №9-10. – P. 389–397.
118. Bonanno, G. A. Examining the delayed grief hypothesis across 5 years of bereavement / G. A. Bonanno, N.P. Field // *American Behavioral Scientist.* – 2001. – Vol. 44. – P. 798–816.

119. Bonanno, G. A. Facial expressions of emotion and the course of conjugal bereavement / G. A. Bonanno, D. Keltner // *Journal of Abnormal Psychology*. – 1997. – Vol. 106. – P. 126–137.
120. Bonanno, G. A. Prospective patterns of resilience and maladjustment during widowhood / G. A. Bonanno, C. B. Wortman, R. M. Nesse // *Psychology and Aging*. – 2004. – Vol. 19. – P. 260–271.
121. Bonanno, G. A. Repressor personality style : Theoretical and methodological implications for health and pathology / G. A. Bonanno, J. L. Singer // *Repression and dissociation* / ed. J. L. Singer. – Chicago: University of Chicago Press, 1990. – P. 435–470.
122. Bonanno, G. A. Resilience to loss and chronic grief: A prospective study from preloss to 18-months postloss / G. A. Bonanno, C. B. Wortman, D. R. Lehman // *Journal of Personality & Social Psychology*. – 2002. – Vol. 83. – P. 1150–1164.
123. Bonanno, G. A. Self-enhancement among high-exposure survivors of the September 11th terrorist attack: Resilience or social maladjustment? / G. A. Bonanno, C. Rennie, S. Dekel // *Journal of Personality and Social Psychology*. – 2005. – Vol. 88. – P. 984–998.
124. Bonanno, G. A. The human capacity to thrive in the face of potential trauma / G. A. Bonanno, A. D. Mancini // *Pediatrics*. – 2008. – Vol. 121. – P. 369-375.
125. Bowlby, J. Maternal care and mental health: a report prepared on behalf of the World Health Organization as a contribution to the United Nations programme for the welfare of homeless children / J. Bowlby. – Geneva : World Health Organization, 1951. – 179 p.
126. Bowlby, J. Loss: Sadness and depression. Attachment and loss / J. Bowlby. – New York : Basic Books, 1980. – 468 p.
127. Brent, D. A. Traumatic events and Posttraumatic stress disorder in peers of Adolescent suicide victims / D. A. Brent, J. A. Perper, G. Moritz // *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*. – 1995. – Vol. 34. – P. 209–215.

128. Breslau, N. The stressor criterion in DSM-IV posttraumatic stress disorder: An empirical investigation / N. Breslau, R. C. Kessler // *Biol. Psychiatry*. – 2001. – Vol. 50. – P. 699–704.
129. Browne, A. Impact of Child Abuse: A review of the research / A. Browne, D. Finkelhor // *Psychol. Bull.* – 1986. – Vol.99. – P.66–77.
130. Bryant, R. A. Processing threatening information in posttraumatic stress disorder / R. A. Bryant, A. G. Harvey // *Journal of Abnormal Psychology*. – 1995. – Vol. 104. – P. 537–541.
131. Bryant, R. Acute stress disorder: a handbook of theory, assessment, and treatment / R. Bryant, A. Harvey. – Washington : American Psychological Association, 1996. – 251 p.
132. Buchanan, T. W. Cortisol fluctuates with increases and decreases in negative affect / T. W. Buchanan, M. al’Absi, W. R. Lovallo // *Psychoneuroendocrinology*. – 1999. – Vol. 24. – P. 227–241.
133. Building child trauma theory from longitudinal studies: A meta-analysis / E. Alisic, M. J. Jongmans, F. van Wesel [et al.] // *Clinical Psychology Review*. – 2011. – Vol. 31, №5. – P. 736-747.
134. Cahill, C. Longterm effects of sexual abuse which occurred in childhood: A review / C. Cahill, S. P. Llewelyn, C. Pearson // *British Journal of Clinical Psychology*. – 1991. – Vol. 30. – P. 117–130.
135. Carlson, E. A. A prospective study of attachment disorganization/disorientation / E.A. Carlson // *Child Development*. – 1998. – Vol. 69. – P. 1107–1128.
136. Chavira, D. A. Child anxiety in primary care: prevalent but untreated / D. A. Chavira, M. B. Stein, K. Bailey // *Depress Anxiety*. – 2004. – Vol.20. – P. 155–164.
137. Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use: the adverse childhood experiences study / S. R. Dube, V. J. Felitti, M. Dong [et al.] // *Pediatrics*. – 2003. – Vol. 11, №3. – P. 64–72.

138. Chronic posttraumatic stress disorder and diagnostic comorbidity in a disaster sample / B. L. Green, J. D. Lindy, M. C. Grace [et al.] // *Journal of Nervous and Mental Disease*. – 1992. – Vol. 180. – P. 760–766.
139. Clauss, J. A. Behavioral inhibition and risk for developing social anxiety disorder: a meta-analytic study / J. A. Clauss, J. U. Blackford // *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*. – 2012. – Vol.51. – P. 1066–1075.
140. Cognitive and physiological antecedents of threat and challenge appraisal / J. Tomaka, J. Blascovich, J. Kibler [et.al] // *Journal of Personality and Social Psychology*. – 1997. – Vol.73. – P. 63–72.
141. Cognitive behavioral therapy, sertraline, or a combination in childhood anxiety / J. T. Walkup, A. M. Albano, J. Piacentini [et al.] // *N. Engl. J. Med.* – 2008. – Vol.359. – P. 2753–2766.
142. Cohen, J. A. A treatment model for sexually abused preschoolers / J. A. Cohen, A. P. Mannarino // *Journal of Interpersonal Violence*. – 1993. – Vol. 8. – P. 115–131.
143. Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder and posttraumatic stress disorder / S. P. Cuffe, E. L. McCullough, A. Pumariega [et al.] // *Journal of Child and Family Studies*. – 1994. – Vol. 3. – P. 327–336.
144. Concordances and discrepancies between ICD-10 and DSM-IV criteria for anxiety disorders in childhood and adolescence / C. Adornetto, A. Suppiger, T. In-Albon [et al.] // *Child Adolescent Psychiatry Mental Health*. – 2012. – Vol. 6. – P. 40.
145. Costello, E. J. The developmental epidemiology of anxiety disorders: phenomenology, prevalence, and comorbidity / E. J. Costello, H. L. Egger, A. Angold // *Child. Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am.* – 2005. – Vol. 14. – P. 631–679.
146. Cox, C. M. A randomized controlled trial of a web-based early intervention for children and their parents following unintentional injury / C. M. Cox, J. A. Kenardy, J. K. Hendrikz // *Journal of Pediatric Psychology*. – 2010. – Vol. 35, №6. – P. 581–592.

147. Cumulative effect of multiple trauma on symptoms of posttraumatic stress disorder, anxiety, and depression in adolescents / S. Suliman, S. Mkabile, D. Fincham [et al.] // *Compr. Psychiatry*. – 2009. – Vol.50, №2. – P. 121–128.
148. Deblinger, E. Sexually abused children suffering posttraumatic stress symptoms: Initial treatment outcome findings / E. Deblinger, J. Lippmann, R. Steer // *Child Maltreatment*. – 1996. – Vol.1, №4. – P. 1310–1321.
149. Declercq, F. Two subjective factors as moderators between critical incidents and the occurrence of posttraumatic stress disorders: ‘Adult attachment’ and ‘perception of social support’ / F. Declercq, V. Palmans // *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. – 2006. – Vol.79. – P. 323–337.
150. Degnan, K. A. Temperament and the environment in the etiology of childhood anxiety / K. A. Degnan, A. N. Almas, N. A. Fox // *J. Child. Psychol. Psychiatry*. – 2010. – Vol.51. – P. 497–517.
151. Delgado, L. E. Training young parents to identify and report their children's illnesses / L. E. Delgado, J. R. Lutzker // *Journal of Applied Behavior Analysis*. – 1988. – Vol. 21. – P. 311–319.
152. Demos, E. V. Resiliency in infancy / E. V. Demos // *The child of our times: Studies in the development of resiliency* / eds. T. F. Dugan, R. Cole. – Philadelphia : Brunner/Mazel, 1989. – P. 3–22.
153. Depressive symptomatology in childhood and adolescence / S. Duggal, E. A. Carlson, A. Sroufe [et. al.] // *Development and Psychopathology*. – 2001. – Vol. 3. – P. 143–164.
154. Development and the fragmented self: Longitudinal study of dissociative symptomatology in a nonclinical sample / J. R. Ogawa, L. A. Sroufe, N. S. Weinfield [et al.] // *Development and Psychopathology*. – 1997. – Vol. 9. – P. 855–879.
155. Development of anxiety: the role of threat appraisal and fear learning / J. C. Britton, S. Lissek, C. Grillon [et al.] // *Depress Anxiety*. – 2011. – Vol. 28. – P. 5–17.

156. Diagnostic criteria for complicated grief disorder / M. J. Horowitz, B. Siegel, A. Holen [et al.] // *American Journal of Psychiatry*. – 1997. – Vol. 154. – P. 904–910.
157. Distorted maternal mental representations and atypical behavior in a clinical sample of violence-exposed mothers and their toddlers / D. S. Schechter, S. W. Coates, T. Kaminer [et al.] // *Journal of Trauma & Dissociation*. – 2008. – Vol. 9. – P. 123–147.
158. Does Repressive Coping Promote Resilience? Affective–Autonomic Response Discrepancy During Bereavement / K. G. Coifman, G. A. Bonanno, R. D. Ray [et al.] // *Journal of Personality and Social Psychology*. – 2007. – Vol. 92, №4. – P. 745–758.
159. Epel, E. S. Embodying psychological thriving: Physical thriving in response to stress / E.S. Epel, B.S. McEwen, J.R. Ickovics // *Journal of Social Issues*. – 1998. – Vol. 54. – P. 301–322.
160. Epidemiological aspects of PTSD in children and adolescents / V. Gabbay, M. D. Oatis, R. R. Silva [et al.] // *Posttraumatic Stress Disorder in Children and Adolescents : handbook* / ed. R.R. Silva. – New York : Norton, 2004. – P. 1–17.
161. Epidemiology of psychiatric disability in childhood and adolescence / L. Ezpeleta, G. Keeler, A. Erkanli [et al.] // *J. Child. Psychol. Psychiatry*. – 2001. – Vol. 42. – P. 901–914.
162. Erdelyi, M. H. Repression, reconstruction and defense: history and integration of the psychoanalytic experimental frameworks / M. H. Erdelyi // *Repression and dissociation: implications for personality theory, psychopathology, and health* / ed. J. L. Singer. – Chicago: The University of Chicago Press, 1990. – P. 1-31.
163. Erikson, E. H. *Childhood and society* / E. H. Erikson. – New York : Norton, 1950. – 445 p.
164. Essau, C. A. Frequency, comorbidity, and psychosocial impairment of anxiety disorders in German adolescents / C. A. Essau, J. Conradt, F. Petermann // *J. Anxiety. Disord.* – 2000. – Vol. 14. – P. 263–279.

165. Exploring posttraumatic stress disorder symptom profile among pregnant women / J. S. Seng, S. A. M. Rauch, H. Resnick [et al.] // *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*. – 2010. – Vol. 31. – P. 176–187.
166. Fearon, R. Cognitive perspectives on unresolved loss: Insights from the study of PTSD / R. Fearon, W. Mansell // *Bulletin of the Menninger Clinic*. – 2001. – Vol. 65. – P. 380–396.
167. Fletcher, K. E. Childhood posttraumatic stress disorder / K.E. Fletcher // *Child Psychopathology* / eds. E. J. Mash, R. A. Barkley. – New York : The Guilford Press, 1996. – P. 242–276.
168. Fletcher, K. E. Psychometric review of the Parent Report of Child's Reaction to Stress / K. E. Fletcher // *Measurement of Stress, Trauma, and Adaptation* / ed. B. Stamm. – Lutherville, MD: Sidran Press, 1996. – P. 43–68.
169. Fletcher, K. E. Psychometric review of the When Bad Things Happen Scale (WBTH) / K. E. Fletcher // *Measurement of Stress, Trauma, and Adaptation* / ed. B. Stamm. – Lutherville, MD: Sidran Press, 1996. – P. 435–437.
170. Foa, E. B. *Treating the trauma of rape: Cognitive-behavioral therapy for PTSD* / E. B. Foa, B. O. Rothbaum. – New York : Guilford Press, 1998. – P. 286.
171. Folkman, S. Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms / S. Folkman, R. S. Lazarus, A. Delongis // *J. Personal and Soc. Psychol.* – 1986. – Vol. 50. – P. 571–579.
172. Folkman, S. Coping as a mediator of emotion / S. Folkman, R. S. Lazarus // *Journal of Personality and Social Psychology*. – 1984. – Vol. 54. – P. 466–475.
173. Folkman, S. If it changes, it must be a process: a study of emotion and coping during three stages of a college examination / S. Folkman, R. S. Lazarus // *Journal of Personality and Social Psychology*. – 1985. – Vol. 48. – P. 150–170.
174. Folkman, S. Personal control and stress and coping process: A theoretical analysis / S. Folkman // *Journal of Personality and Social Psychology*. – 1984. – Vol. 46. – P. 839–852.

175. Foy, D. Community violence / D. Foy, M. Guevara, A. Camilleri // Handbook of Post-traumatic Stress Disorders / ed. D.J. Miller. – New York : Basic Books, 1996. – P. 2–25.
176. From Neurons to Neighborhoods / eds. J. P. Shonkoff, D. A. Phillips; The Science of Early Childhood Development, National Research Council, Institute of Medicine Committee on Integrating the Science of Early Childhood Development. – Washington, DC.: National Academy Press, 2000. – 612 p.
177. Gandhi, B. Anxiety in the pediatric medical setting⁴⁵ / B. Gandhi, S. Cheek, J. V. Campo // Child. Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am. – 2012. – Vol. 21. – P. 643–653.
178. Garbarski, D. Direct and Indirect Pathways to the Long-Term Health, Mental Health, and Work-Related Outcomes for Mothers of Children With Chronic Illness / D. Garbarski, W. Whitney. – Detroit, MI: Population Association of America Meetings, 2009. – 254 p.
179. Gerull, F. C. Mother knows best: effects of maternal modelling on the acquisition of fear and avoidance behaviour in toddlers / F. C. Gerull, R. M. Rapee // Behav Res Ther. – 2002. – Vol. 40. – P. 279–287.
180. Ginsburg, G. S. Family-based treatment of childhood anxiety disorders / G. S. Ginsburg, M. C. Schlossberg // International Review of Psychiatry. – 2002. – Vol. 14, №2. – P. 143–154.
181. Ginzburg, K. Repressive Coping Style, Acute Stress Disorder, and Posttraumatic Stress Disorder After Myocardial Infarction / K. Ginzburg, Z. Solomon, A. Bleich // Psychosomatic Medicine. – 2002. – Vol. 64. – P. 748–757.
182. Global prevalence of anxiety disorders: a systematic review and meta-regression / A. J. Baxter, K. M. Scott, T. Vos [et al.] // Psychol. Med. – 2013. – Vol.43. – P. 897–910.
183. Glod, C. Relationship between early abuse, PTSD, an activity levels in prepubertal children / C. Glod, M. H. Teicher // Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. – 1996. – Vol. 5. – P. 1384–1393.

184. Goodwin, J. Post-traumatic stress symptoms in abused children / J. Goodwin // *Journal of Traumatic Stress*. – 1988. – Vol. 1. – P. 475–488.
185. Goorin, L. Sadness and grief / L. Goorin, G. A. Bonanno, K. G. Coifman // *Handbook of emotions* / eds. M. Lewis, J. M. Haviland-Jones, L. F. Barrett. – 3rd edition. – New York : Guilford, 2008. – P. 797–810.
186. Goorin, L. Would you buy a used car from a self-enhancer? Social benefits and illusions in trait self-enhancement / L. Goorin, G.A. Bonanno // *Identity*. – 2009. – №8. – P. 162–175.
187. Gradus, J. L. Trauma, comorbidity, and mortality following severe stress and adjustment disorder diagnoses: A nationwide cohort study / J.L. Gradus, S. Antonsen, E. Svensson // *American Journal of Epidemiology*. – 2015. – Vol. 182. – P. 451–458.
188. Green, A. H. Children traumatized by physical abuse / A. H. Green // *Posttraumatic stress disorder in children* / eds. S. Eth, R. S. Pynoos. – Washington, DC: American Psychiatric Press, 1985. – P. 133–154.
189. Gregory, A. M. Juvenile mental health histories of adults with anxiety disorders / A. M. Gregory, A. Caspi, T. E. Moffitt // *Am. J. Psychiatry*. – 2007. – Vol. 164. – P. 301–339.
190. Gross, J. J. Emotional suppression: Physiology, self-report, and expressive behavior / J. J. Gross, R. W. Levenson // *Journal of Personality & Social Psychology*. – 1993. – Vol. 64. – P. 970–986.
191. Gross, J. J. Hiding feelings: The acute effects of inhibiting negative and positive emotion / J. J. Gross, R. W. Levenson // *Journal of Abnormal Psychology*. – 1997. – Vol. 106. – P. 95–103.
192. Gross, J. J. Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being / J. J. Gross, O. P. John // *Journal of Personality & Social Psychology*. – 2003. – Vol. 85. – P. 348–362.
193. Halberstadt, A. G. A meta-analysis of family emotional expressiveness and children's emotion expressiveness and understanding / A. G. Halberstadt, K. L. Eaton // *Marriage & Family Review*. – 2002. – Vol.34. – P. 35–62.

194. Heim, E. Coping und Adaptivitat: Gibt es geeignetes oder ungeeignetes Coping / E. Heim // *Psychother., Psychosom., med. Psychol.* – 1988. – Vol.1. – P. 8–17.
195. Helgeson, V. S. Social comparisons and adjustment among cardiac patients1 / V. S. Helgeson, S. E. Taylor. // *Journal of Applied Social Psychology.* – 1993. – Vol. 23. – P. 1171–1195.
196. Herbert, M. Posttraumatic stress disorder in children / M. Herbert. – Leicester: British Psychological Society, 1996. – 38 p.
197. Hock, M. Coping with threat and memory for ambiguous information: Testing the repressive discontinuity hypothesis / M. Hock, H.W. Krohne // *Emotion.* – 2004. – Vol. 4. – P. 65–86.
198. Howell, K.H. Resilience and psychopathology in children exposed to family violence / K. H. Howell // *Aggression and Violent Behavior.* – 2011. – Vol. 16. – P. 562–569.
199. Hornstein, N. L. Complexities of psychiatric differential diagnosis in children with dissociative symptoms and disorders / N. L. Hornstein // *The dissociative child* / ed. J. Silberg. – Lutherville, MD: Sidran Press, 1996. – P. 27–46.
200. Infant temperament and anxious symptoms in school age children / J. Kagan, N. Snidman, M. Zentner [et al.] // *Dev Psychopathol.* – 1999. – Vol. 11. – P. 209–233.
201. Insel, T. R. Disruptive insights in psychiatry: transforming a clinical discipline / T. R. Insel // *J. Clin. Invest.* – 2009. – Vol. 119. – P. 700–705.
202. Intergenerational transmission of social anxiety: the role of social referencing processes in infancy / L. Murray, M. de Rosnay, J. Pearson [et al.] // *Child. Dev.* – 2008. – Vol. 79. – P. 1049-1110.
203. Jacobvitz, D. Disorganized mental processes in mothers, frightened/frightening caregiving, and disoriented/disorganized behavior in infancy. Caregiving correlates and longitudinal outcomes of disorganized attachment in infants : paper presented at the biennial meeting of the Society for Research in Child Development / D. Jacobvitz, N. L. Hazen, S. Riggs. – Washington, D.C, 1997. – 146 p.

204. Janoff-Bulman, R. Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma / R. Janoff-Bulman.– New York : Free Press, 1992.– 272 p.
205. Kaminer, D. Post-traumatic stress disorder in children / D. Kaminer, S. Seedat, D.J. Stein // *World Psychiatry*. – 2005. – Vol. 4, №2. – P. 121–125.
206. Kassam-Adams, N. Predicting child PTSD: the relationship between acute stress disorder and PTSD in injured children / N. Kassam-Adams, F. K. Winston // *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*. – 2004. – Vol. 43. – P. 403–411.
207. Keane, T. M. Posttraumatic stress disorder / T. M. Keane // Keane T. M. *Anxiety and its disorder: The nature and treatment of anxiety and panic* / T. M. Keane, D. H. Barlow. – New York: Guilford Press, 2002. – P. 418–452.
208. Keltner, D. A study of laughter and dissociation: Distinct correlates of laughter and smiling during bereavement / D. Keltner, G.A. Bonanno // *Journal of Personality & Social Psychology*. – 1997. – Vol. 73. – P. 687–702.
209. Keltner, D. Facial expressions of emotion and personality / D. Keltner // *Handbook of emotion, adult development, and aging* / eds. C. Magai, S. H. McFadden. – San Diego, CA : Academic Press, 1996. – P. 385–401.
210. Kenardy, J. A. Information-provision intervention for children and their parents following pediatric accidental injury / J. A. Kenardy, K. Thompson, Le Brocque // *European Child & Adolescent Psychiatry*. – 2008. – Vol. 17, №5. – P. 316–325.
211. Kendall-Tackett, K. A. Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies / K. A. Kendall-Tackett, L. M. Williams, D. Finkelhor // *Psychological Bulletin*. – 1993. – Vol. 113, №1. – P. 164–180.
212. Kessler, R. S. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey / R. S. Kessler, A. Sonnega, E. Brommet // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 1995. – Vol. 52. – P. 1048–1060.
213. Kheirbek, M. A. Neurogenesis and generalization: a new approach to stratify and treat anxiety disorders / M.A. Kheirbek, K.C. Klemenhagen, A. Sahay // *Nat. Neurosci*. – 2012. – Vol. 15. – P. 1613–1633.

214. Kilic, E. Z. Is anxiety sensitivity a predictor of PTSD in children and adolescents? / E. Z. Kilic, C. Kilic, S. Yilmaz // *Journal of Psychosomatic Research*. – 2008. – Vol. 65. – P. 81–86.
215. Kilpatrick, D. Rape in America: A report to the nation / D. Kilpatrick, C. N. Edmonds, A. K. Seymour. – Arlington, VA : National Victims Center, 1992. – 16 p.
216. Kousha, M. Normative Life Events and PTSD in Children: How Easy Stress Can Affect Children's Brain / M. Kousha, S.M. Tehrani // *Acta Medica Iranica*. – 2013. – Vol. 51, №1. – P. 7–51.
217. Kramer, D. N. Characteristics and efficacy of early psychological interventions in children and adolescents after single trauma:a meta-analysis / D. N. Kramer, A. M. Landolt // *European Journal of Psychotraumatology*. – 2011. – Vol. 21, №2. – P. 78–58.
218. Kumpfer, K. L. Factors and processes contributing to resilience / K. L. Kumpfer // *Resilience and development: Positive life adaptations*. Kluwer Academic / Plenum *The resilience framework* / eds. M.D. Glantz, J. L. Johnson. – New York : Plenum, 1999. – P. 179–224.
219. Langens, T. A. Repressive coping and the use of passive and active coping strategies / T. A. Langens, S. Moerth // *Personality and Individual Differences*. – 2003. – Vol. 35. – P. 461–473.
220. Last, C. G. Anxious children in adulthood: a prospective study of adjustment / C. G. Last, C. Hansen, N. Franco // *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*. – 1997. – Vol. 36. – P. 645–697.
221. Lazarus, R. S. Fifty years of research and theory of R. S. Lazarus (An analyses of historical and perennial issues) / R. S. Lazarus. – New York : Psychology Press, 1998. – 450 p.
222. Lazarus, R. S. Progress on a cognitive motivational-relational theory of emotions / R. S. Lazarus // *American Psychologist*. – 1991. – Vol. 46. – P. 819–837.

223. Lazarus, R. S. Psychological stress and the coping process / R. S. Lazarus // Me-Graw Hill. – 1996. – Vol. 4. – P. 29.
224. Lazarus, R. S. Stress, Appraisal and Coping / R. S. Lazarus, S. Folkman. – New York : Springer publishing company, 1984. – 456 p.
225. Lazarus, R. S. Stress-Related Transactions between Person and Environment / R. S. Lazarus, R. Launier // Perspective in International Psychology / eds. L. A. Pervin, M. Lewis. – New York : Plenum, 1978. – P. 287–327.
226. Lazarus, R. S. Transactional theory and research on emotions and coping / R. S. Lazarus, S. Folkman // European journal of personality. – 1987. – Vol.1. – P. 141–169.
227. Lepore, S. J. Talking facilitates cognitive-emotional processes of adaptation to an acute stressor / S. J. Lepore, J. D. Ragan, S. Jones // J. Pers. Soc. Psychol. – 2000. – Vol. 78, №3. – P. 499–508.
228. Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication-Adolescent Supplement (NCS-A) / K. R. Merikangas, J. P. He, M. Burstein [et al.] // J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry. – 2010. – Vol.49. – P. 980–989.
229. Life threat and posttraumatic stress in school-age children / R. S. Pynoos, C. Frederick, K. Nader [et al.] // Archives of General Psychiatry. – 1987. – Vol. 44. – P. 1057–1063.
230. Liotti, G. Disorganized/disoriented attachment in the etiology of the dissociative disorders / G. Liotti // Dissociation.– 1992. – Vol. 5. – P. 196–204.
231. Liotti, G. Trauma, dissociation, and disorganized attachment: Three strands of a single braid / G. Liotti // Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training.– 2004. – Vol. 41. – P. 472–486.
232. Lissek, S. Toward an account of clinical anxiety predicated on basic, neurally mapped mechanisms of Pavlovian fear-learning: the case for conditioned overgeneralization / S. Lissek // Depress Anxiety. – 2012. – Vol.29. – P. 257–263.

233. Looking beyond the physical injury: Posttraumatic stress disorder in children and parents after pediatric traffic injury / A. De Vries, N. Kassam-Adams, A. Cnaan [et al.] // *Pediatrics*. – 1999. – Vol.104. – P. 1293–1299.
234. Lyons-Ruth, K. Contributions of the mother-infant relationship to dissociative, borderline, and conduct symptoms in young adulthood / K. Lyons-Ruth // *Infant Mental Health Journal*. – 2008. – Vol. 29. – P. 203–218.
235. Lyons-Ruth, K. The disturbed caregiving system: Relations among childhood trauma, maternal caregiving, and infant affect and attachment / K. Lyons-Ruth, D. Block // *Infant Mental Health Journal*. – 1996. – Vol.17. – P. 257–275.
236. Main, M. Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened or frightening parental behavior the linking mechanism? / M. Main, E. Hesse // *Attachment in the preschool years* / eds. M. Greenberg, D. Cicchetti, E.M. Cummings. – Chicago : University of Chicago Press, 1990. – P. 161–182.
237. Malmquist, C. P. Children who witness parental murder: Posttraumatic aspects / C. P. Malmquist // *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*. – 1986. – Vol. 25, №3. – P. 320–325.
238. Mana, S. Brain imaging findings in children and adolescents with mental disorders: a cross-sectional review / S. Mana, M. L. Martinot, J. L. Martinot // *Eur Psychiatry*. – 2010. – Vol. 25. – P. 345–399.
239. Mancini, A.D. Predictors and parameters of resilience to loss: Toward an individual differences model / A.D. Mancini, G. A. Bonanno // *Journal of personality*. – 2009. – Vol.77, №6. – P. 1805–1832.
240. March, J. S. Acute stress disorder in youth: a multivariate prediction model / J.S. March // *Biol Psychiatry*. – 2003. – Vol. 53. – P. 809–816.
241. Marmar, C. R. Longitudinal course and predictors of continuing distress following critical incident exposure in emergency services personnel / C. R. Marmar, D. S. Weiss, T. J. Metzler // *J. Nerv. Ment. Dis.* – 1999. – Vol. 187. – P. 15–22.

242. Marx, B.P. Peritraumatic dissociation and experiential avoidance as predictors of posttraumatic stress symptomatology / B. P. Marx, D. M. Sloan // *Behav. Res. Ther.* – 2005. – Vol. 43, №5. – P. 569–583.
243. Maslow, A. H. Self-actualizing people / A. H. Maslow // *A study of psychological health. Personality: symposium.* – New York : Grun&Stratton, 1950. – Vol. 1. – P. 11–34.
244. Maternal mental representations of the child in an inner-city clinical sample: Violence-related posttraumatic stress and reflective functioning / D. S. Schechter, T. Coats, C. H. Zeanah [et al.] // *Attachment & Human Development.* – 2005. – Vol. 7. – P. 313–331.
245. McCullough, E. L. Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder and posttraumatic stress disorder / E. L. McCullough, A. J. Pumariega // *Journal of Child and Family Studies.* – 1994. – Vol. 3. – P. 327–336.
246. McFarlane, A. C. Family functioning and overprotection following a natural disaster: the longitudinal effects of post-traumatic morbidity / A.C. McFarlane // *Aust. N. Z. J. Psychiatry.* – 1987. – Vol.21. – P. 210–218.
247. McNally, R. Stressors that produce posttraumatic stress disorder in children / R. McNally // *Posttraumatic stress disorder: DSM-IV and beyond* / In J. Davidson, E. Foa (Eds.). – Washington, DC: American Psychiatric Press, 1993. – P. 57–74.
248. Meiser-Stedman, R. Towards a cognitive-behavioral model of PTSD in children and adolescents / R. Meiser-Stedman // *Clin Child Fam Psychol Rev.* – 2002. – Vol.5, №4. – P. 217-232.
249. Mental disorders, comorbidity and suicidal behavior: results from the National Comorbidity Survey Replication / M. K. Nock, I. Hwang, N. A. Sampson [et al] // *Mol Psychiatry.* – 2010. – Vol.15. – P. 868–934.
250. Merikangas, K.R. Prevalence and treatment of mental disorders among US children in the 2001-2004 / K.R. Merikangas, J.P. He, D. Brody // *Pediatrics.* – 2010. – Vol.125. – P. 75-81.

251. Milad, M. R. Obsessive-compulsive disorder: beyond segregated cortico-striatal pathways / M. R. Milad, S. L. Rauch // Trends. Cogn. Sci. – 2012. – Vol.16. – P. 43–51.
252. Mother-infant attachment and the intergenerational transmission of posttraumatic stress disorder / M.B. Enlow, B. Egeland, E. Carlson [et al.] // Dev Psychopathol. – 2014. – Vol. 26, №1. – P. 41-65.
253. Multigenerational perspectives on coping with the Holocaust experience: An attachment perspective for understanding the developmental sequelae of trauma across generations / D. Bar-On, J. Eland, R. J. Kleber [et al.] // International Journal of Behavioral Development.– 1998. – Vol.22. – P. 315–338.
254. Murphy, S. A. The effectiveness of coping resources and strategies used by bereaved parents 1 and 5 years after the violent deaths of their children / S. A. Murphy, C. Johnson, J. Lohan // Omega-Journal of Death and Dying. – 2003. – Vol. 47, №1. – P. 25–44.
255. Myers, L. B. Identifying repressors: A methodological issue for health psychology / L. B. Myers // Psychology and Health. – 2000. – Vol. 15. – P. 205–214.
256. Nauta, M. H. Preventing mood and anxiety disorders in youth: a multi-centre RCT in the high risk offspring of depressed and anxious patients / M. H. Nauta, H. Festen, C. G. Reichart // BMC Psychiatry. – 2012. – Vol.12. – P. 31.
257. Nolen-Hoeksema, S. Rumination and psychological distress among bereaved partners / S. Nolen-Hoeksema, A. McBride, J. Larson // Journal of Personality and Social Psychology. – 1997. – Vol.72. – P. 855–862.
258. Norris, F. Epidemiology of trauma: Frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups / F. Norris // Journal of Consulting and Clinical Psychology. – 1992. – Vol. 60. – P. 409–418.
259. Olf, M. Effects of appraisal and coping on the neuroendocrine response to extreme stress / M. Olf, W. Langeland, B. Gersons // Neuroscience & Biobehavioral Reviews. – 2005. – Vol.29. – P. 457–467.

260. Osterweis, M. Bereavement: Reactions, consequences, and care / M. Osterweis, F. Solomon, M. Green. – Washington, DC: National Academies Press, 1984. – 312 p.
261. Park, C. L. Meaning in the context of stress and coping / C. L. Park, S. Folkman // *Review of General Psychology*. – 1997. – Vol.1. – P. 115-144.
262. Parto, J. A. Symptoms of posttraumatic stress disorder among urban residents / J. A. Parto, M. K. Evans, A.B. Zonderman // *J. Nerv. Ment. Dis.* – 2011. – Vol.199, №7. – P. 436–457.
263. Paulhus, D. L. Interpersonal and intrapsychic adaptiveness of trait self-enhancement: A mixed blessing? / D.L. Paulhus // *Journal of Personality & Social Psychology*. – 1998. – Vol.74. – P. 1197–1208.
264. Pediatric anxiety disorders: from neuroscience to evidence-based clinical practice / G. A. Salum, D. A. Desousa, M. C. do Rosário [et al.] // *Rev. Bras. Psiquiatr.* – 2013. – Vol. 35. – P. 3–21.
265. Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress disorder following motor vehicle accidents / R. J. Ursano, C. S. Fullerton, R. S. Epstein [et al.] // *American Journal of Psychiatry*. – 1999. – Vol.156. – P. 1808–1810.
266. Phipps, S. Adaptive style and symptoms of posttraumatic stress in children with cancer and their parents / S. Phipps, S. Larson, A. Long // *J. Pediatr. Psychol.* – 2006. – Vol.31, №3. – P. 298–309.
267. Phipps, S. Adaptive Style in Children with Cancer: Implications for a Positive Psychology Approach / S. Phipps // *Journal of Pediatric Psychology*. – 2007. – Vol. 32, №9. – P. 1055–1066.
268. Phipps, S. Symptoms of post-traumatic stress in children with cancer and their parents: Effects of informant and time from diagnosis / S. Phipps, A. Long, M. Hudson // *Pediatric Blood and Cancer*. – 1995. – Vol. 45. – P. 952–959.
269. Pine, D. S. Research review: a neuroscience framework for pediatric anxiety disorders / D. S. Pine // *J. Child. Psychol. Psychiatry*. – 2007. – Vol.48. – P. 631–648.

270. Pine, D. S. Trauma in children and adolescents: risk and treatment of psychiatric sequelae / D. S. Pine, J. A. Cohen // *Biol. Psychiatry*. – 2002. – Vol.51, №7. – P. 519–531.
271. Posttraumatic stress disorder in incarcerated juvenile delinquents / H. Steiner, I. G. Garcia, Z. Matthews [et al.] // *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*. – 1997. – Vol.36, №3. – P. 357–365.
272. Posttraumatic stress disorder in pregnancy: Prevalence, risk factors, and treatment / C. A. Loveland, L. H. Flick, S. M. Homan [et al.] // *Obstetrics and Gynecology*. – 2004. – Vol.103. – P. 710–717.
273. Post-Traumatic Stress Disorder: The Management of PTSD in Adults and Children in Primary and Secondary Care / National Collaborating Centre for Mental Health, National Clinical Practice Guideline. – Leicester (UK): Gaskell, 2005. – №26. – 167 p.
274. Posttraumatic stress symptoms following childbirth and mothers' perceptions of their infants / J. Davies, P. Slade, I. Wright [et. al.] // *Infant Mental Health Journal*. – 2008. – Vol. 29. – P. 537–554.
275. Predicting posttraumatic stress after hospitalization for pediatric injury / W. B. Daviss, D. Mooney, R. Racusin [et. al.] // *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. – 2000. – Vol.39. – P. 576–583.
276. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis / E. J. Ozer, S. R. Best, T. L. Lipsey [et al.] // *Psychological Bulletin*. – 2003. – Vol.129. – P. 52–73.
277. Prematurity, maternal stress and mother-child interactions / C. Muller-Nix, M. Forcada-Guex, B. Pierrehumbert [et al.] // *Early Human Development*. – 2004. – Vol.79. – P. 145–158.
278. Prevalence and incidence studies of anxiety disorders: a systematic review of the literature / J. M. Somers, E. M. Goldner, P. Waraich [et al.] // *Can J Psychiatry*. – 2006. – Vol. 51. – P. 100–113.

279. Prevalence of PTSD in a community sample of older adolescents / S. P. Cuffe, C. L. Addy, C. Z. Garrison [et al.] // *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry.* – 1998. – Vol. 37. – P. 147–154.
280. Prevalence, trauma history, and risk for posttraumatic stress disorder among nulliparous women in maternity care / J. S. Seng, L. K. Low, M. Sperlich [et al.] // *Obstet. Gynecol.* – 2009. – Vol. 114, №4. – P. 839–847.
281. Psychiatric comorbidity in childhood posttraumatic stress disorder / R. Famularo, T. Fenton, R. Kinscherff [et al.] // *Child Abuse and Neglect.* – 1996. – Vol. 20, №10. – P. 953–961.
282. Psychiatric comorbidity in children of the 1988 earthquake in Armenia / A. K. Goenjian, R. S. Pynoos, A. M. Steinberg [et al.] // *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry.* – 1995. – Vol. 34. – P. 1174–1184.
283. Psychiatric disorders in rescue workers after the Oklahoma City bombing / C. S. North, L. Tivis, J. C. McMillen [et al.] // *Am. J. Psychiatry.* – 2002. – Vol. 159, №5. – P. 857–859.
284. Psychological sequelae of the September 11 terrorist attacks in New York City / S. Galea, J. Ahern, H. Resnick [et al.] // *N. Engl. J. Med.* – 2002. – Vol. 346, №13. – P. 982–987.
285. Putnam, F. W. Traumatic stress and pathological dissociation / F. W. Putnam // *Annals of the New York Academy of Sciences.* – 1995. – Vol.29. – P. 708–715.
286. Pynoos, R. Traumatic stress in childhood and adolescence: recent developments and current controversies / R. Pynoos, A. M. Steinberg, A. Goenjian // *Traumatic stress: the effects of overwhelming experience on mind, body and society* / eds. B. Van der Kolk, A. C. McFarlane, L. Weisaeth. – New York : Guilford, 1996. – P. 331–358.
287. 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 / A. L. Roberts, S. E. Gilman, J. Breslau [et al.] // *Psychological Medicine.* – 2011. – Vol. 41. – P. 71–83.

288. Rahe, R. H. Heritability of Type A Behavior / R. H. Rahe, L. Hervig, R. H. Rosenman // *Psychosomatic Medicine*. – 1978. – Vol.40. – P. 478–486.
289. Rahe, R. H. Stress tolerance and the rise and fall of bodily energy / R. H. Rahe // *Proceedings of Seminars 1970-76* / ed. D. K. Heymen. – Durham, NC: Duke Center for Study of Aging and Human Development, 1978. – P. 31–47.
290. Ranta, K. Social phobia in Finnish general adolescent population: prevalence, comorbidity, individual and family correlates, and service use / K. Ranta, R. Kaltiala-Heino, P. Rantanen // *Depress Anxiety*. – 2009. – Vol.26. – P. 528–564.
291. Rapee, R. M. Anxiety disorders during childhood and adolescence: origins and treatment / R. M. Rapee, C. A. Schniering, J. L. Hudson // *Annu. Rev. Clin. Psychol.* – 2009. – Vol.5. – P. 311–352.
292. Recurrence of anxiety disorders and its predictors / W. D. Scholten, N. M. Batelaan, A. J. van Balkom [et al.] // *J. Affect. Disord.* – 2013. – Vol. 147. – P. 180–185.
293. Resick, P. A. Cognitive processing therapy for rape victims / P. A. Resick, M. K. Schnicke // *A treatment manual*. – Newbury Park, CA: Sage, 1993. – P. 192.
294. Resnick, H. S. Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women / H. S. Resnick, D. G. Kilpatrick, B. S. Dansky // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 1993. – Vol.61. – P. 984–991.
295. Richardson, L. K. Prevalence Estimates of Combat-Related PTSD: A Critical Review / L. K. Richardson, B. C. Frueh, R. Acierno // *Aust. N. Z. J. Psychiatry*. – 2010. – Vol. 44, №1. – P. 4–19.
296. Roddenberry, A. Locus of Control and Self-Efficacy: Potential Mediators of Stress, Illness, and Utilization of Health Services in College Students. Child / A. Roddenberry, K. Renk // *Psychiatry & Human Development*. – 2010. – Vol. 41, №4. – P. 353–370.
297. Rotter, J. B. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement / J. B. Rotter // *Psychological Monographs: General & Applied*. – 1966. – Vol. 80, №1. – P. 1–28.

298. Rubin, Z. Who believes in a just world? / Z. Rubin, L. A Peplau // *Journal of Social Issues.*– 1975. – Vol. 31. – P. 65–89.
299. Schuengel, C. Frightening maternal behavior linking unresolved loss and disorganized infant attachment / C. Schuengel, M. J. Bakermans-Kranenburg, M. H. Van IZendoorn // *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* – 1999. – Vol. 67. – P. 54–63.
300. Schur, M. Comments on the metapsychology of somatization / M. Schur // *Psychoanal. Study Child.* – 1955. Vol. 101. P. 119–164.
301. Schwerdtfeger, K. L. Intergenerational transmission of trauma: Exploring mother-infant prenatal attachment / K. L. Schwerdtfeger, B. S. Nelson Goff // *Journal of Traumatic Stress.* – 2007. – Vol. 20. – P. 39–51.
302. Seedat, S. Post-traumatic stress disorder in women: Epidemiological and treatment issues / S. Seedat, D. J. Stein, P. D. Carey // *CNS Drugs.* – 2005. – Vol. 19. – P. 411–427.
303. Self-enhancement as a buffer against extreme adversity: Civil war in Bosnia and traumatic loss in the United States / G. A. Bonanno, N. P. Field, A. Kovacevic [et al.] // *Personality and Social Psychology Bulletin.* – 2002. – Vol. 28. – P. 184–196.
304. Shalev, A. Y. Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) and Stress Related Disorders / A. Y. Shalev // *Psychiatr. Clin. North. Am.* – 2009. – Vol. 32, №3. – P. 687–704.
305. Sharain, S. Cumulative effect of multiple trauma on symptoms of posttraumatic stress disorder, anxiety, and depression in adolescents / S. Sharain, G. S. Mkabileb, D. S. Finchama *Comprehensive Psychiatry.* – 2009. – Vol. 50. – P. 121–127.
306. Sheeringa, M. S. Posttraumatic stress disorder / M.S. Sheeringa // *Handbook of infant, toddler, and preschool mental health assessment.* – New York : Oxford University Press, 2004. – P. 377–397.
307. Sifneos, P. E. Alexithymia : Past and Present / P. E. Sifneos // *Am. J. Psychiatry.* – 1996. – Vol. 153, №7. – P. 137–142.

308. Simpson, D. Treatment and outcomes for anxiety disorders among children and adolescents: a review of coping strategies and parental behaviors / D. Simpson, L. Suarez, S. Connolly // *Curr. Psychiatry Rep.* – 2012. – Vol. 14(2). – P. 87–95.
309. Social constraints, intrusive thoughts, and depressive symptoms among bereaved mothers / S. J. Lepore, R. C. Silver, C. B. Wortman [et al.] // *Journal of Personality & Social Psychology.* – 1996. – Vol. 70. – P. 271–282.
310. Stoppelbein, L. Parental coping and posttraumatic stress symptoms among pediatric cancer populations: tests of competing models / L. Stoppelbein, L. Greening, H. Wells // *Psychooncology.* – 2013. – Vol. 22(12). – P.2815–2837.
311. Stovall-McClough, K. C. Unresolved attachment, PTSD, and dissociation in women with child abuse histories / K. C. Stovall-McClough, M. Cloitre // *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* – 2006. – Vol. 74. – P. 219–228.
312. Stress in America Findings. Stress in America 2010 report / The American Psychological Association's // *Mind/Body Health: For a Healthy Mind and Body, Talk to a Psychologist.* – Washington, 2010. – Vol. 9. – 64 p.
313. Striatal functional alteration during incentive anticipation in pediatric anxiety disorders / A. E. Guyer, V. R. Choate, A. Detloff [et al.] // *Am. J. Psychiatry.* – 2012. – Vol. 169. – P. 205–217.
314. Striatal functional alteration in adolescents characterized by early childhood behavioral inhibition / A. E. Guyer, E. E. Nelson, K. Perez-Edgar [et al.] // *J. Neurosci.* – 2006. – Vol. 26, №6. – P. 399–405.
315. Subjective and objective measures of parent-child relationship dysfunction, child separation distress, and joint attention / D. S. Schechter, E. Willheim, C. Hinojosa [et al.] // *Psychiatry.* – 2010. – Vol. 73. – P. 130–144.
316. Subjective, physiological, and behavioral effects of threat and challenge appraisal / J. Tomaka, J. Blascovich, R.M. Kelsey [et al.] // *Journal of Personality and Social Psychology.* – 1993. – Vol.65. – P. 248–260.
317. Szentagotai, A. Irrational beliefs, thought suppression and distress – A mediation analysis / A. Szentagotai // *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies.* – 2006. – Vol.6. – P. 119–127.

318. Taylor, G. J. Toronto Alexithymia Scale: Relationship with Personality and Psychopathology Measures / G. J. Taylor, R.M. Bagby, Ryan D. // *Psychother. Psychosom.* – 1986. – Vol. 45. – P. 207–215.
319. Taylor, S. E. Illusion and well-being: A social psychological perspective on mental health / S. E. Taylor, J. . Brown // *Psychological Bulletin.* – 1988. – Vol.103. – P. 193–210.
320. Taylor, S. E. Positive illusions and coping with adversity / S. E. Taylor, D. A. Armor // *Journal of Personality.* – 1996. – Vol.64. – P. 873–898.
321. Taylor, S. E. Positive illusions and well-being revisited: Separating fact from fiction / S. E. Taylor, J. D. Brown // *Psychological Bulletin.* – 1994. – Vol.116. – P. 21–27.
322. Terr, L. C. Chowchilla revisited: The effect of psychic trauma four years after a school bus kidnapping American / L. C. Terr // *Journal of Psychiatry.* – 1983. – Vol.140. – P. 1543–1550.
323. The development of the person / L. A. Sroufe, B. Egeland, E. A. Carlson [et al.] – New York : Guilford Press, 2005. – 384 p.
324. The effects of September 11 on traumatized refugees: reactivation of posttraumatic stress disorder / J. D. Kinzie, J. K. Boehnlein, C. Riley [et al.] // *J. Nerv. Ment. Dis.* – 2002. – Vol. 7190, №7. – P. 437–441.
325. The relationship between repressive and defensive coping styles and blood pressure responses in healthy, middle-aged men and women / A. C. King, C. Taylor, C. A. Albright [et al.] // *Journal of Psychosomatic Research.* – 1990. – Vol. 34. – P. 461–471.
326. The repressor personality and avoidant information processing: A dichotic listening study / G. A. Bonanno, P. J. Davis, J. L. Singer [et. al.] // *Journal of Research in Personality.* – 1991. – Vol.25. – P. 386–401.
327. Tomaka, J. Effects of self-deception, social desirability, and repressive coping on psychophysiological reactivity to stress / J. Tomaka, J. Blascovich, R.M. Kelsey // *Personality and Social Psychology Bulletin.* – 1992. – Vol.18. – P. 616–624.

328. Tomarken, A. J. Frontal brain activation in repressors and nonrepressors / A. J. Tomarken, R. J. Davidson // *Journal of Abnormal Psychology*. – 1994. – Vol.103. – P. 339–349.
329. Toward an empirical definition of pediatric PTSD: the phenomenology of PTSD symptoms in youth / V. G. Carrion, C. F. Weems, R. Ray [et al.] // *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*. – 2002. – Vol. 41. – P. 166–173.
330. Transmission of social anxiety from mother to infant: an experimental study using a social referencing paradigm / M. de Rosnay, P. J. Cooper, N. Tsigaras [et al.] // *Behav. Res. Ther.* – 2006. – Vol.44. – P. 1165–1175.
331. Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: The 1996 Detroit area survey of trauma / N. Breslau, R. S. Kessler, H. D. Chilcoat [et al.] // *Archives of General Psychiatry*. – 1998. – Vol. 55. – P. 626–632.
332. Trauma exposure and stress-related disorders in inner city primary care patient / C. F. Gillespie, B. Bradley, K. Mercer [et al.] // *General Hospital Psychiatry*. – 2009. – Vol. 31. – P. 505–514.
333. Traumas and posttraumatic stress disorder in a community population of older adolescents / R. M. Giaconia, H. Z. Reinherz, A. B. Silverman [et al.] // *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*. – 1995. – Vol. 34. – P. 1369–1380.
334. Traumatic events and post-traumatic stress disorder in an urban population of young adults / N. Breslau, G. C. Davis, P. Andreski [et al.] // *Archives of General Psychiatry*. – 1991. – Vol. 60. – P. 216–222.
335. Udwin, O. Risk factors for long-term psychological effects of a disaster experienced in adolescence: Predictors of posttraumatic stress disorder / O. Udwin, S. Boyle, W. Yule // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. – 2000. – Vol.1. – P. 969–979.
336. Vaillant, G. *Adaptation to life* / G. Vaillant. – Boston : Little Brown, 1977. – 396 p.

337. Weinberger, D. A. Low-anxious, high-anxious, and repressive coping styles: Psychometric patterns and behavioral and physiological responses to stress / D. A. Weinberger, G. E. Schwartz, R. J. Davidson // *Journal of Abnormal Psychology*. – 1979. – Vol.88. – P. 369–380.
338. Weinberger, D. A. The construct validity of repressive coping style / D. A. Weinberger // *Repression and dissociation: implications for personality theory, psychopathology, and health* / ed. J. L. Singer. – Chicago : The University of Chicago Press, 1990. – P. 337–386.
339. Werner, E. Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood / E. Werner, R. S. Smith. – Ithaca, NY : Cornell University Press, 1992. – 280 p.
340. When avoiding unpleasant emotions might not be such a bad thing: Verbal–autonomic response dissociation and midlife conjugal bereavement / G. A. Bonanno, D. Keltner, A. Holen [et al.] // *Journal of Personality & Social Psychology*. – 1995. – Vol. 69. – P. 975–989.
341. Widom, C. S. Posttraumatic stress disorder in abused and neglected children grown up / C.S. Widom // *Am J Psychiatry*. – 1999. – Vol. 156, №8. – P. 1223–1229.
342. Wiedl, K. H. Coping with symptoms related to schizophrenia / K. H. Wiedl, B. Schöttner / K. H. Wiedl // *Schizophrenia Bull.* – 1991. – Vol. 17, №3. – P. 525–538.
343. Woodward, L. J. Life course outcomes of young people with anxiety disorders in adolescence / L. J. Woodward, D. M. Fergusson // *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*. – 2001. – Vol. 40. – P. 1086–1093.
344. Wren, F. J. Pediatric mood and anxiety syndromes in primary care: who gets identified? / F. J. Wren, S. H. Scholle, J. Heo // *Int. J. Psychiatry Med.* – 2003. – Vol. 33. – P. 1–16.
345. Yule, W. Posttraumatic stress disorder in children and adolescents / W. Yule // *Int. Rev. Psychiatry*. – 2001. – Vol.13. – P. 194–200.

346. Yule, W. Posttraumatic stress disorders / W. Yule // Child and adolescent psychiatry: modern approaches / eds. M. Rutter, E. Taylor, L. Hersov. – 3rd ed. – Oxford : Blackwell, 1995. – P. 392–406.
347. Zehnder, D. Effectiveness of a single-session early psychological intervention for children after road traffic accidents: a randomised controlled trial / D. Zehnder, M. Meuli, M.A. Landolt // Child. Adolesc. Psychiatry Ment. Health. – 2010. – Vol.4. – P. 7.
348. Zohar, J. PTSD: The Concept and its Scope / J. Zohar // Posttraumatic Stress disorder: From Shell Shock to the end of the Millenium. – Austria : Center Hall/K, 1997. – P. 4–11.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1. Таблицы к главам 3,4,5.

Таблица 3.1. Рейтинг распространенности психопатологических симптомов у детей с ПТСР (n=30).

Место симптома в рейтинге	Психопатологический симптом	п детей с ПТСР	%
1	Стойкие непроизвольные воспоминания перенесенного, отражающиеся во снах, усиливающиеся при попадании в ситуацию, напоминающую стрессовую (flash-back)	30	100
1	Снижение сосредоточения	30	100
2	Избегание ситуаций, напоминающих стрессовую ситуацию	28	93,4
3	Повышение тревожности	27	90
4	Раздражительность, вспышки гнева	26	86,4
4	Снижение настроения при воспоминании о событии	26	86,4
5	Эмоциональная неустойчивость	25	83,4
6	Сниженный фон настроения	24	80
6	Нарушение засыпания, поверхностный сон	24	80
6	Повышенная боязливость	24	80
6	Страх повторения травматического события	24	80
7	Коммуникативные нарушения	23	76,7
7	Трудности в обучении	23	76,7
7	Резкое изменение рисунка поведения	23	76,7
7	Повышенный уровень бодрствования	23	76,7
8	Сновидения с негативным содержанием	21	70
9	Ощущение отчужденности	18	60

Продолжение таблицы 3.1.

Место симптома в рейтинге	Психопатологический симптом	п детей с ПТСР	%
10	Неуверенное поведение	17	56,7
10	Затруднение игровой или учебной деятельности из-за мыслей (воспоминаний) о травме	17	56,4
10	Чувство вины, связанное с травмой	17	56,4
11	Совместный сон с родителем / опекуном	15	50
11	Потеря интереса к любимым занятиям	15	50
12	Агрессивное поведение	14	46,7
13	Жалобы на плохое самочувствие	12	40
14	Возрастной психологический регресс	11	36,7
15	Жалобы на затруднение дыхания	10	33,2
16	Наличие единичных обманов восприятия	7	23,3
17	Аутоагрессивные действия	6	20
18	Энурез	4	13,4
18	Энкопрез	4	13,4
18	Амнезия важных аспектов перенесенного стресса	4	13,4
19	Заикание	2	6,7
Всего		610*	*

Примечание: * количество приведенных в таблице симптомов значительно превышает число пациентов; % подсчитывался от количества пациентов.

Таблица 3.2. Сравнение распространенности симптомов, подтверждаемых родителями/опекунами у детей основной и контрольной группы (n=65).

Психопатологический симптом	Группы сравнения				Разница	t
	Основная (n=30)		Контрольная (n=35)			
	n	%	n	%		
Стойкие непроизвольные воспоминания перенесенного, отражающиеся во снах, усиливающиеся при попадании в ситуацию, напоминающую стрессовую (flash-back) (МКБ-10)	30	100	2	5,7	94,3	5,701 ***
Снижение сосредоточения (МКБ-10)	30	100	8	22,9	77,1	4,242 ***
Избегание ситуаций, напоминающих стрессовую (МКБ-10)	28	93,3	0	0	93,3	5,974 ***
Раздражительность, вспышки гнева (МКБ-10)	26	86,7	3	8,6	78,1	4,856 ***
Нарушение засыпания, поверхностный сон (МКБ-10)	24	80	6	17,1	62,9	3,747 **
Повышенная боязливость (МКБ-10)	24	80	5	14,3	65,7	4,000 **
Повышенный уровень бодрствования (МКБ-10)	23	76,7	0	0	76,7	5,286 ***
Амнезия важных аспектов перенесенного стресса (МКБ-10)	4	13,3	0	0	13,3	2,031 *

Продолжение таблицы 3.2.

Психопатологический симптом	Группы сравнения				Разница	t
	Основная (n=30)		Контрольная (n=35)			
	n	%	n	%		
Снижение настроения при воспоминании о событии	26	86,7	0	0	86,7	5,712 ***
Повышение тревожности / тревожность	27	90	0	0	90,0	5,838 ***
Эмоциональная неустойчивость	25	83,3	16	45,7	37,6	1,699
Сниженный фон настроения	24	80	1	2,9	77,1	5,118 ***
Страх повторения травматического события	24	80	0	0	80	5,435 ***
Коммуникативные нарушения	23	76,7	5	14,3	62,4	3,840 **
Трудности в обучении	23	76,7	10	28,6	48,1	2,620 *
Резкое изменение рисунка поведения	23	76,7	0	0	76,7	5,286 ***
Сновидения с негативным содержанием	21	70	0	0	70	5,012 ***
Ощущение отчужденности	18	60	0	0	60	4,577 ***
Неуверенное поведение	17	56,7	0	0	56,7	4,428 **

Продолжение таблицы 3.2.

Психопатологический симптом	Группы сравнения				Разница	t
	Основная (n=30)		Контрольная (n=35)			
	n	%	n	%		
Поведенческие нарушения (нарушения дисциплины)	17	56,7	13	37,1	19,5	0,833
Затруднение игровой или учебной деятельности из-за мыслей (воспоминаний) о травме	17	56,7	0	0	56,7	4,428 **
Чувство вины, связанное с травмой	17	56,7	0	0	56,7	4,428 ***
Совместный сон с родителем / опекуном	15	50	6	17,1	32,9	2,145 *
Потеря интереса к любимым занятиям	15	50	0	0	50	4,122 **
Агрессивное поведение	14	46,7	4	11,4	35,2	2,539 *
Жалобы на плохое самочувствие	12	40	0	0	40,0	3,636 **
Возрастной психологический регресс	11	36,7	0	0	36,7	3,467 **
Жалобы на затруднение дыхания	10	33,3	0	0	33,3	3,294 *
Наличие единичных обманов восприятия	7	23,3	0	0	23,3	2,720 *
Аутоагрессивные действия	6	20	0	0	20	2,508 *
Энурез	4	13,3	0	0	13,3	2,031 *

Продолжение таблицы 3.2.

Психопатологический симптом	Группы сравнения				Разница	t
	Основная (n=30)		Контрольная (n=35)			
	n	%	n	%		
Энкопрез	4	13,3	0	0	13,3	2,031 *
Заикание	2	6,7	0	0	6,7	1,425

Пояснения к таблице: t - критерий Стьюдента ; *** - $p \leq 0,001$; ** - $p \leq 0,01$; * - $p \leq 0,05$; % считался от общего числа больных с симптомом в каждой строке; (МКБ-10) - симптом отражен в диагностических критериях МКБ-10 для ПТСР.

Таблица 3.3. Корреляционные связи психопатологических симптомов с наличием диагноза ПТСР (n=65).

Психопатологический симптом	Наличие диагноза ПТСР	
	F	p
Стойкие непроизвольные воспоминания перенесенного, отражающиеся во снах, усиливающиеся при попадании в ситуацию, напоминающую стрессовую (flash-back) (МКБ-10)	+0,940	0,001
Избегание ситуаций, напоминающих стрессовую ситуацию (МКБ-10)	+0,940	0,001
Повышение тревожности	+0,910	0,001
Снижение настроения при воспоминании о событии	+0,909	0,001
Страх повторения травматического события	+0,853	0,001
Резкое изменение рисунка поведения	+0,799	0,001
Повышенный уровень бодрствования (МКБ-10)	+0,799	0,001
Сниженный фон настроения	+0,790	0,001
Раздражительность, вспышки гнева (МКБ-10)	+0,783	0,001
Снижение сосредоточения (МКБ-10)	+0,780	0,001
Сновидения с негативным содержанием	+0,768	0,001
Ощущение отчужденности	+0,687	0,001
Затруднение игровой или учебной деятельности из-за мыслей (воспоминаний) о травме	+0,661	0,001
Чувство вины, связанное с травмой	+0,661	0,001
Повышенная боязливость (МКБ-10)	+0,659	0,001
Нарушение засыпания, поверхностный сон (МКБ-10)	+0,629	0,001
Коммуникативные нарушения	+0,628	0,001
Диссомнические и парасомнические нарушения	+0,614	0,001

Продолжение таблицы 3.3.

Психопатологический симптом	Наличие диагноза ПТСР	
	F	p
Потеря интереса к любимым занятиям	+0,608	0,001
Соматические жалобы	+0,514	0,001
Возрастной психологический регресс	+0,487	0,001
Трудности в обучении	+0,480	0,001
Жалобы на затруднение дыхания	+0,473	0,001
Агрессивное поведение	+0,393	0,01
Эмоциональная лабильность	+0,389	0,01
Наличие единичных обманов восприятия	+0,375	0,01
Совместный сон с родителем /опекуном	+0,350	0,01
Аутоагрессивные действия	+0,344	0,01
Энурез	+0,277	0,05
Энкопрез	+0,277	0,05
Амнезия важных аспектов перенесенного стресса (МКБ-10)	+0,277	0,05
Поведенческие нарушения (нарушения дисциплины)	+0,195	0,2
Заикание	+0,192	0,20
Неуверенное поведение	Нерассч.	-

Пояснения к таблице: (МКБ-10) - симптом отражен в диагностических критериях МКБ-10 для ПТСР.

Таблица 3.4. Значимые корреляционные связи психопатологических симптомов со степенью тяжести ПТСР (n=30).

Психопатологический симптом	Тяжелая степень		Средняя степень		Легкая степень	
	F	p	F	p	F	p
Хроническое снижение настроения	+0,520	0,001	+0,318	0,02	-	-
Коммуникативные нарушения	-	-	+0,353	0,01	-	-
Трудности в обучении	+0,310	0,01	-	-	-	-
Затруднения дыхания	+0,345	0,01	-	-	-	-

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

Таблица 3.5. 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	-

Продолжение таблицы 3.5.

Пожар	–	–	+F=0,334 p=0,01
Отказ родителей от ребенка	–	–	–

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

Таблица 3.6. 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 $p < 0,05$.

Таблица 3.7. Корреляционные связи клинико-биологических факторов раннего развития с наличием ПТСР (n=65).

Клинико-биологические факторы раннего развития	Наличие ПТСР	
	Коэффициент корреляции	p
Наличие перинатального поражения ЦНС в анамнезе	+F=0,396	0,01
Порядок беременности по счету	+Eta=0,135	0,7
Порядок родов по счету	+Eta=0,196	0,4
Наличие стрессогенных событий у матери во время беременности	+F=0,249	0,05
Рождение от незапланированной беременности	+F=0,018	0,9

Таблица 3.8. Значимые корреляционные связи психопатологических симптомов с наличием перинатального поражения ЦНС в анамнезе (n=65).

Психопатологические симптомы	Наличие перинатального поражения ЦНС в анамнезе	
	F	p
Повышенная тревожность	+0,374	0,01
Хроническое снижение настроения	+0,353	0,01
Резкое изменение рисунка поведения	+0,333	0,01
Трудности в обучении	+0,352	0,01
Неуверенность в поведении	+0,589	0,01

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

Таблица 4.1. Социо-демографические и психосоциальные характеристики семьи детей с ПТСР / без ПТСР и психосоциальные факторы, связанные с родительской семьей (n=65).

Социально-демографические и психосоциальные характеристики	Основная группа (n=30)	Контрольная группа (n=35)	Значимость разницы
Средний возраст родителей и опекунов	41,5±10,71 г. 28÷65 лет	39,48±7,37 г. 28÷65 лет	t=0,86, p=0,005
Средний возраст детей	9,866±3,586 г. 3÷17 лет	9,885±3,333 г. 4÷17 лет	t=0,026, p=0,005
Женский пол родителей и опекунов	29 (96,6%)	30 (85,5%)	S _{bin} =3,25/5,95 p>0,005
Мужской пол родителей и опекунов	1 (13,4%)	5 (14,5%)	
Женский пол детей	13 (43,4%)	15 (42,85%)	S _{bin} =9,044/8,364 p>0,005

Продолжение таблицы 4.1.

Мужской пол детей	17 (56,6%)	20 (57,1%)	
Социально-демографические и психосоциальные характеристики	Основная группа (n=30)	Контрольная группа (n=35)	Значимость разницы
Наличие полной семьи	16 (53,3%)	23 (65,71%)	Sbin=9,200/7,110 p>0,005
Родитель в качестве воспитателя ребенка	19 (63,3%)	34 (97,1%)	Sbin=8,763/3,287 p<0,005
Опекун в качестве воспитателя ребенка	11(36,7%)	1 (2,9%)	Sbin=8,806/2,836 p<0,005
Бабушка в качестве воспитателя ребенка	7 (23,3%)	1 (2,9%)	Sbin=7,703/2,836 p<0,005
Наличие конфликтов между взрослыми членами семьи в первые три года жизни ребенка	24 (80%)	11 (31,42%)	Sbin=7,302/7,846 p<0,005
Наличие конфликтов между взрослыми членами семьи в последующие после 3-х-летнего возраста ребенка годы	23 (76,7%)	9 (25,71%)	Sbin=7,718/7,392 p<0,005

Примечания к таблице: Sbin — стандартная ошибка для дихотомической переменной.

Таблица 4.2 Корреляционные связи социально-демографических и психосоциальных характеристик семьи с наличием ПТСР у ребенка (n=65).

Социально-демографические и психосоциальные характеристики семьи ребенка	Наличие ПТСР у ребенка	
	Коэффициент корреляции	p
Средний возраст родителей и опекунов	E-та=+0,028	0,8
Средний возраст детей	E-та=+0,040	0,8
Женский пол детей	F=+0,042	0,8
Женский пол родителей и опекунов	F=+0,189	0,2
Наличие неполной семьи	F=+0,146	0,3
Родитель в качестве воспитателя ребенка	F=-0,434	0,01
Бабушка в качестве воспитателя ребенка	F=+0,311	0,02
Наличие конфликтов между взрослыми членами семьи в первые 3 года жизни ребенка	F=+0,513	0,001
Наличие конфликтов между взрослыми членами семьи после 3-х-летнего возраста ребенка	F=+0,534	0,001

Таблица 4.7. Сравнения долевого распределения копингов, используемых родителями / опекунами основной и контрольной группы (n=63).

№ п/п	Копинг	ОГ (%) (n=27)	КГ (%) (n=36)	Значимость разницы
1	диссимуляция	7,4	11,1	Sbin=10,076/10,471 p>0,005
2	сохранение самообладания	0,0	11,1	Sbin=0,0/10,471 p<0,005
3	проблемный анализ	37,0	30,6	Sbin=18,583/15,361 p>0,005
4	относительность	14,8	8,3	Sbin=13,668/9,196 p>0,005
5	религиозность	3,7	2,8	Sbin=7,265/5,499 p>0,005
6	растерянность	7,4	2,8	Sbin=10,076/5,499 p>0,005
7	придание смысла	18,5	22,2	Sbin=14,946/13,853 p>0,005

Продолжение таблицы 4.7.

№ п/п	Копинг	ОГ (%) (n=27)	КГ (%) (n=36)	Значимость разницы
8	установка собственной ценности	18,5	5,6	Sbin=14,946/7,664 p>0,005
9	протест	0,0	5,6	Sbin=0,0/7,664 p>0,005
10	эмоциональная разрядка	14,8	2,8	Sbin=13,668/5,499 p>0,005
11	подавление эмоций	25,9	2,8	Sbin=16,862/5,499 p<0,005
12	оптимизм	25,9	75,0	Sbin=16,862/14,434 p<0,005
13	пассивная кооперация	14,8	5,6	Sbin=13,668/7,664 p>0,005
14	самообвинение	14,8	8,3	Sbin=13,668/9,196 p>0,005
15	отвлечение	18,5	16,7	Sbin=14,946/12,433 p>0,005
16	активное избегание	7,4	16,7	Sbin=10,076/12,433 p>0,005
17	компенсация	3,7	2,8	Sbin=7,265/5,499 p>0,005
18	конструктивная активность	7,4	8,3	Sbin=10,076/9,196 p>0,005
19	отступление	7,4	8,3	Sbin=10,076/9,196 p>0,005
20	сотрудничество	7,4	25,0	Sbin=10,076/14,434 p>0,005
21	обращение за помощью	48,1	13,9	Sbin=19,231/11,532 p<0,005
Итого:		*	*	

Примечания: ОГ - основная группа; КГ - контрольная группа; * суммарные % значения превышают 100%, поскольку респонденты выбирали по 3 типа копинга (когнитивный, эмоциональный, поведенческий); Sbin — стандартная ошибка для дихотомической переменной; копинги игнорирование, смирение, покорность, агрессивность, альтруизм не представлены в таблице, поскольку не выбирались респондентами обеих групп.

Таблица 4.8. Сравнения долевого распределения групп копинг-стратегий, используемых родителями / опекунами основной и контрольной группы (n=63).

№ п/п	Группы копинг-стратегий	ОГ (%) (n=27)	КГ (%) (n=36)	Значимость разницы
1	Когнитивные адаптивные	53,8	43,8	Sbin=19,189/16,538 p>0,005
2	Когнитивные относительно адаптивные	33,3	33,3	Sbin=18,140/15,710 p>0,005
3	Когнитивные неадаптивны	14,8	13,9	Sbin=13,668/11,532 p>0,005
4	Эмоциональные адаптивные	25,9	80,6	Sbin=16,862/13,181 p<0,005
5	Эмоциональные относительно адаптивные	33,3	8,3	Sbin=18,140/9,196 p>0,005
6	Эмоциональные неадаптивные	37,0	11,1	Sbin=18,583/10,471 p>0,005
7	Поведенческие адаптивные	63,0	44,4	Sbin=18,583/16,561 p>0,005
8	Поведенческие относительно адаптивные	22,2	19,4	Sbin=15,996/13,181 p>0,005
9	Поведенческие неадаптивные	14,8	25,0	Sbin=13,668/14,434 p>0,005
Итого:		*	*	

Примечания: ОГ - основная группа; КГ - контрольная группа; * суммарные % значения превышают 100%, поскольку копинг-стратегии специфицировались по 3-м типам адаптивности и 3-м группам копингов (когнитивный,

эмоциональный, поведенческий); S_{bin} — стандартная ошибка для дихотомической переменной.

Таблица 4.10. Корреляции родительских копингов с наличием ПТСР у ребенка (n=116).

Копинги родителей и опекунов	Основная группа (n=26)		Контрольная группа (n=32)		Коэффициент корреляции с наличием ПТСР у ребенка
	n	%	n	%	
игнорирование	0	0	0	0	Нерассч.
смирение	0	0	0	0	Нерассч.
диссимуляция	2	7,7	4	12,5	$F=-0,079, p=0,7$
сохранение самообладания	0	0	4	12,5	$F=-0,245, p=0,1$
проблемный анализ	9	34,6	9	28,1	$F=+0,070, p=0,7$
относительность	4	15,4	3	9,4	$F=+0,092, p=0,5$
религиозность	1	3,8	1	3,1	$F=+0,020, p=0,9$
растерянность	2	7,7	1	3,1	$F=+0,103, p=0,5$
придание смысла	3	11,5	8	25,0	$F=-0,171, p=0,2$
установка собственной ценности	5	19,2	2	6,3	$F=+0,198, p=0,2$
протест	1	3,8	2	6,3	$F=-0,054, p=0,7$
эмоциональная разрядка	4	15,4	1	3,1	$F=+0,217, p=0,1$
подавление эмоций	7	26,9	1	3,1	$F=+0,343, p=0,01$
оптимизм	6	23,1	23	71,9	$F=-0,485, p=0,001$
пассивная кооперация	4	15,4	2	6,3	$F=+0,149, p=0,3$
покорность	0	0	0	0	Нерассч.
самообвинение	4	15,4	3	9,4	$F=+0,092, p=0,5$
агрессивность	0	0	0	0	Нерассч.
отвлечение	5	19,2	7	21,9	$F=-0,032, p=0,9$

Продолжение таблицы 4.10 А.

Копинги родителей и опекунов	Основная группа (n=26)		Контрольная группа (n=32)		Коэффициент корреляции с наличием ПТСР у ребенка
	n	%	n	%	
альтруизм	0	0	0	0	Нерассч.
активное избегание	2	7,7	6	18,8	F=-0,159, p=0,3
компенсация	1	3,8	1	3,1	F=+0,020, p=0,9
конструктивная активность	2	7,7	3	9,4	F=-0,030, p=0,9
отступление	2	7,7	3	9,4	F=-0,030, p=0,9
сотрудничество	2	7,7	7	21,9	F=-0,195, p=0,2
обращение за помощью	12	46,2	5	15,6	F=+0,334, p=0,02
Копинг-стратегии					
Копинг-стратегии родителей и опекунов	Основная группа (n=26)		Контрольная группа (n=32)		Коэффициент корреляции с наличием ПТСР у ребенка
	n	%	n	%	
Относительно адаптивные	17	65,4	20	62,5	F=+0,030, p=0,9
Когнитивные неадаптивные	4	15,4	5	15,6	F=-0,003, p=0,98
Когнитивные адаптивные	14	53,8	14	43,8	F=+0,100, p=0,5
Когнитивные относительно адаптивные	8	30,8	13	40,6	F=-0,070, p=0,7
Эмоциональные неадаптивные	11	42,3	4	12,5	F=+0,339, p=0,01
Эмоциональные адаптивные	7	26,9	25	78,1	F=-0,512, p=0,001
Эмоциональные относительно адаптивные	8	30,8	3	9,4	F=+0,271, p=0,05

Продолжение таблицы 4.10 А.

Копинг-стратегии родителей и опекунов	Основная группа (n=26)		Контрольная группа (n=32)		Коэффициент корреляции с наличием ПТСР у ребенка
	n	%	n	%	
Поведенческие неадаптивные	4	15,4	9	28,1	F=-0,152, p=0,3
Поведенческие адаптивные	16	61,5	15	46,9	F=+0,146, p=0,3
Поведенческие относительно адаптивные	6	23,1	8	25,0	F=-0,022, p=0,9
Адаптивные	23	88,5	30	93,8	F=-0,094, p=0,5
Относительно адаптивные	17	65,4	20	62,5	F=+0,030, p=0,9
Неадаптивные	17	65,4	13	40,6	F=+0,246, p=0,1

Таблица 4.10. Б. Корреляции средних баллов родительских копинг-стратегий с наличием ПТСР у ребенка (n=116).

Копинг-стратегии	M±m *		Коэффициент корреляции
	Основная группа (n=26)	Контрольная группа (n=32)	
Адаптивные	1,423±0,312	1,688±0,312	Eta=+0,162, p=0,3
Относительно адаптивные	0,846±0,302	0,719±0,230	Eta=+0,094, p=0,5
Неадаптивные	0,708±0,249	0,563±0,276	Eta=+0,122, p=0,4

Примечание: * средние баллы вычислялись от общей для группы суммы баллов неадаптивного, адаптивного или относительно адаптивного копинга у каждого респондента (1 выбор = один балл; от 0 до 3 возможных).

Таблица 4.11.А Корреляции копингов и копинг-стратегий родителей / опекунов с клиническими типами ПТСР у детей (n=28)

Копинги и копинг-стратегии родителей / опекунов	Типы ПТСР у детей			
	Астено-депрессивный (n=9)	Фобический (n=6)	Диссомнический (n=3)	Психопатоподобный (n=10)
Копинги				
диссимуляция	F=+0,397 p=0,05	F=+0,184 p=0,5	F=+0,348 p=0,1	F=-0,228 p=0,3
проблемный анализ	F=-0,359 p=0,1	F=+0,369 p=0,1	F=-0,263 p=0,2	F=+0,089 p=0,7
относительность	F=+0,330 p=0,01	F=-0,107 p=0,5	F=-0,074 p=0,7	F=-0,009 p=0,95
религиозность	F=-0,146 p=0,5	F=-0,11 p=0,7	F=-0,072 p=0,8	F=+0,253 p=0,2
растерянность	F=-0,210 p=0,3	F=-0,158 p=0,5	F=+0,348 p=0,1	F=+0,068 p=0,8
придание смысла	F=-0,010 p=0,98	F=-0,198 p=0,5	F=+0,246 p=0,3	F=-0,038 p=0,9
установка собственной ценности	F=+0,055 p=0,8	F=-0,036 p=0,9	F=-0,176 p=0,5	F=+0,015 p=0,95
протест	F=-0,146 p=0,5	F=-0,11 p=0,7	F=-0,072 p=0,8	F=+0,253 p=0,2
эмоциональная разрядка	F=-0,310 p=0,2	F=-0,234 p=0,3	F=+0,18 p=0,5	F=+0,320 p=0,2
подавление эмоций	F=-0,077 p=0,7	F=+0,285 p=0,2	F=-0,219 p=0,3	F=-0,123 p=0,7

Продолжение таблицы 4.11 А.

Копинги родителей / опекунов	Типы ПТСР у детей			
	Астено-депрессивный (n=9)	Фобический (n=6)	Диссомнический (n=3)	Психопатопоподобный (n=10)
оптимизм	F=-0,078 p=0,7	F=-0,351 p=0,01	F=-0,151 p=0,3	F=-0,246 p=0,1
пассивная кооперация	F=+0,138 p=0,5	F=+0,272 p=0,2	F=+0,18 p=0,5	F=+-0,118 p=0,7
самообвинение	F=-0,086 p=0,7	F=+0,019 p=0,95	F=+0,18 p=0,5	F=-0,118 p=0,7
отвлечение	F=+0,055 p=0,8	F=-0,036 p=0,9	F=+0,435 p=0,05	F=+0,015 p=0,095
активное избегание	F=+0,093 p=0,7	F=+0,184 p=0,5	F=-0,104 p=0,7	F=-0,228 p=0,3
компенсация	F=+0,275 p=0,2	F=-0,110 p=0,7	F=-0,072 p=0,8	F=-0,158 p=0,5
конструктивная активность	F=+0,093 p=0,7	F=-0,158 p=0,5	F=+0,348 p=0,1	F=-0,228 p=0,3
отступление	F=+0,093 p=0,7	F=-0,158 p=0,5	F=-0,104 p=0,7	F=+0,068 p=0,8
сотрудничество	F=-0,210 p=0,3	F=+0,184 p=0,5	F=-0,104 p=0,7	F=+0,068 p=0,8
обращение за помощью	F=+0,043 p=0,8	F=+0,154 p=0,3	F=-0,165 p=0,2	F=+0,357 p=0,01
Копинг-стратегии				
Адаптивные	F=-0,243 p=0,3	F=-0,088 p=0,7	F=-0,623 p=0,01	F=+0,286 p=0,2

Продолжение таблицы 4.11 А.

Копинг-стратегии родителей / опекунов	Типы ПТСР у детей			
	Астено-деп- рессивный (n=9)	Фобичес- кий (n=6)	Диссомни- ческий (n=3)	Психопа- топодобный (n=10)
Относительно адаптивные	F=+0,190 p=0,5	F=-0,369 p=0,1	F=+0,263 p=0,2	F=+0,077 p=0,7
Неадаптивные	F=+0,20 p=0,05	F=+0,399 p=0,05	F=+0,263 p=0,2	F=-0,422 p=0,05
Когнитивные адаптивные	F=-0,299 p=0,2	F=+0,324 p=0,1	F=-0,39 p=0,05	F=+0,098 p=0,7
Когнитивные относительно адаптивные	F=+0,216 p=0,3	F=-0,365 p=0,1	F=+0,02 p=0,95	F=+0,013 p=0,95
Когнитивные неадаптивные	F=+0,138 p=0,5	F=+0,019 p=0,95	F=+0,513 p=0,01	F=-0,118 p=0,7
Эмоциональные адаптивные	F=+0,287 p=0,2	F=-0,332 p=0,1	F=-0,219 p=0,3	F=+0,055 p=0,8
Эмоциональные относительно адаптивные	F=-0,135 p=0,5	F=+0,03 p=0,9	F=+0,281 p=0,2	F=+0,158 p=0,5
Эмоциональные неадаптивные	F=-0,132 p=0,7	F=+0,270 p=0,2	F=-0,066 p=0,8	F=-0,197 p=0,5
Поведенческие неадаптивные	F=-0,138 p=0,5	F=+0,019 p=0,95	F=+0,374 p=0,1	F=-0,118 p=0,7

Примечание: в таблицу не включены копинги игнорирование, смирение, сохранение самообладания, покорность, агрессивность, альтруизм - нерасчетны для всех типов.

Таблица 4.11. Б. Корреляции средних баллов родительских копинг-стратегий с клиническими типами ПТСР у детей (n=28)

Копинг-стратегии родителей / опекунов	Типы ПТСР у детей			
	Астено-депрессивный (n=9)	Фобический (n=6)	Диссомнический (n=3)	Психопатоподобный (n=10)
Средний балл относительно адаптивного копинга	$\eta^2=+0,156$ $p=0,5$	$\eta^2=+0,264$ $p=0,2$	$\eta^2=+0,413$ $p=0,05$	$\eta^2=+0,059$ $p=0,8$
Средний балл неадаптивного копинга	$\eta^2=+0,058$ $p=0,8$	$\eta^2=+0,249$ $p=0,3$	$\eta^2=+0,164$ $p=0,5$	$\eta^2=+0,308$ $p=0,2$

Примечание: * средние баллы вычислялись от общей для группы суммы баллов неадаптивного, адаптивного или относительно адаптивного копинга у каждого респондента (1 выбор = один балл; от 0 до 3 возможных).

Таблица 4.12. Корреляции копингов и копинг-стратегий родителей / опекунов со степенью тяжести ПТСР у детей (n=27).

Копинги и копинг-стратегии родителей / опекунов	Степень тяжести ПТСР у детей		
	Легкая (n=6)	Средняя (n=10)	Тяжелая (n=11)
Копинги			
диссимуляция	$F=+0,189$ $p=0,5$	$F=+0,076$ $p=0,7$	$F=+0,053$ $p=0,8$
проблемный анализ	$F=+0,328$ $p=0,1$	$F=-0,112$ $p=0,7$	$F=-0,168$ $p=0,5$
относительность	$F=+0,028$ $p=0,9$	$F=+0,112$ $p=0,7$	$F=-0,134$ $p=0,5$

Продолжение таблицы 4.12

Копинги родителей / опекунов	Степень тяжести ПТСР у детей		
	Легкая (n=6)	Средняя (n=10)	Тяжелая (n=11)
религиозность	F=-0,105 p=0,7	F=-0,150 p=0,5	F=+0,237 p=0,3
растерянность	F=-0,151 p=0,5	F=+0,076 p=0,7	F=+0,053 p=0,8
придание смысла	F=-0,204 p=0,3	F=+0,029 p=0,9	F=-0,201 p=0,3
подавление эмоций	F=-0,113 p=0,7	F=+0,071 p=0,8	F=+0,025 p=0,9
оптимизм	F=-0,113 p=0,7	F=+0,246 p=0,3	F=-0,319 p=0,1
пассивная кооперация	F=-0,028 p=0,9	F=+0,112 p=0,7	F=+0,079 p=0,7
самообвинение	F=-0,223 p=0,3	F=-0,104 p=0,7	F=+0,291 p=0,2
отвлечение	F=-0,204 p=0,3	F=+0,227 p=0,3	F=-0,201 p=0,3
активное избегание	F=-0,151 p=0,5	F=-0,217 p=0,3	F=+0,053 p=0,8
компенсация	F=-0,105 p=0,7	F=-0,150 p=0,5	F=+0,237 p=0,3
конструктивная активность	F=-0,113 p=0,7	F=+0,076 p=0,7	F=+0,053 p=0,8
отступление	F=-0,151 p=0,5	F=+0,076 p=0,7	F=+0,053 p=0,8
сотрудничество	F=+0,189 p=0,5	F=-0,217 p=0,3	F=+0,053 p=0,8

Продолжение таблицы 4.12

Копинги и копинг-стратегии родителей / опекунов	Степень тяжести ПТСР у детей		
	Легкая (n=6)	Средняя (n=10)	Тяжелая (n=11)
обращение за помощью	F=+0,020 p=0,95	F=+0,028 p=0,9	F=-0,045 p=0,9
Копинг-стратегии			
Адаптивные	F=-0,094 p=0,7	F=+0,027 p=0,9	F=-0,187 p=0,5
Средний балл адаптивного копинга	Ета=+0,013 p=1,0	Ета=+0,018 p=1,0	Ета=+0,220 p=0,3
Относительно адаптивный копинг	F=+0,152 p=0,5	F=-0,006 p=0,98	F=+0,086 p=0,7
Средний балл относительно адаптивного копинга	Ета=+0,217 p=0,3	Ета=+0,124 p=0,6	Ета=+0,004 p=1,0
Неадаптивный копинг	F=-0,282 p=0,2	F=-0,145 p=0,5	F=+0,381 p=0,05
Средний балл неадаптивного копинга	Ета=+0,302 p=0,2	Ета=+0,004 p=1,0	Ета=+0,259 p=2,0
Когнитивный адаптивный копинг	F=+0,120 p=0,7	F=-0,240 p=0,3	F=-0,017 p=0,95
Когнитивный относительно адаптивный копинг	F=+0,189 p=0,5	F=-0,054 p=0,8	F=-0,107 p=0,7
Когнитивный неадаптивный копинг	F=+0,028 p=0,9	F=+0,112 p=0,7	F=+0,079 p=0,7
Эмоциональный адаптивный копинг	F=-0,113 p=0,7	F=+0,246 p=0,3	F=-0,319 p=0,1

Продолжение таблицы 4.12

Копинги и копинг-стратегии родителей / опекунов	Степень тяжести ПТСР у детей		
	Легкая (n=6)	Средняя (n=10)	Тяжелая (n=11)
Эмоциональный относительно адаптивный копинг	F=+0,189 p=0,5	F=-0,054 p=0,8	F=+0,053 p=0,8
Эмоциональный неадаптивный копинг	F=-0,225 p=0,3	F=-0,112 p=0,7	F=+0,301 p=0,2
Поведенческий адаптивный копинг	F=+0,041 p=0,9	F=-0,047 p=0,9	F=+0,012 p=0,98
Поведенческий относительно адаптивный копинг	F=+0,143 p=0,5	F=+0,143 p=0,5	F=-0,081 p=0,7
Поведенческий неадаптивный копинг	F=-0,223 p=0,3	F=-0,104 p=0,7	F=+0,079 p=0,7

Примечание: в таблицу не включены копинги игнорирование, смирение, сохранение самообладания, протест, покорность, агрессивность, альтруизм - нерасчетны для всех типов тяжести ПТСР.

Таблица 4.13. Сравнение распространенности стилей воспитания по АСВ у родителей детей основной и контрольной группы (n=65)

Шкала АСВ	Группы сравнения	Статистика линейного распределения							Значимость разницы	
		min	max	M	SD	Коэффициент вариации (%)	χ^2 для нормального распределения	Отличается от нормального распределения"	Критерий	p
Г+	ОГ	0,0	8,00	2,90	2,55	87,96	26,85	2,00	U=476,5	0,05
	КГ	0,0	7,00	2,34	2,00	85,33	8,68	20,00		
Г-	ОГ	0,0	8,00	3,27	2,68	81,96	19,94	1,00	U=529	0,05
	КГ	0,0	8,00	3,11	2,08	66,89	5,37	50,00		
У+	ОГ	0,0	8,00	3,00	2,12	70,58	12,82	5,00	t=0,876	0,4
	КГ	0,0	5,00	2,60	1,44	55,34	9,53	10,00		
У-	ОГ	0,0	4,00	1,87	1,36	72,74	36,27	0,10	U=160	0,05
	КГ	0,0	2,00	0,17	0,45	264,14	28,30	0,10		
Т+	ОГ	0,0	4,00	1,33	1,15	86,60	33,74	0,10	U=506,5	0,05
	КГ	0,0	3,00	1,23	1,11	90,65	55,12	0,10		

Продолжение таблицы 4.13

Шкала АСВ	Группы сравнения	Статистика линейного распределения							Значимость разницы	
		min	max	M	SD	Коэффициент вариации (%)	χ^2 для нормального распределения	"Отличается от нормального распределения"	Критерий	p
Т-	ОГ	0,00	4,00	1,63	1,10	67,23	35,27	0,10	U=435,5	0,05
	КГ	0,0	3,00	1,31	0,76	57,69	34,87	0,10		
3+	ОГ	0,0	4,00	0,87	1,14	131,15	49,55	0,10	U=517	0,05
	КГ	0,0	4,00	0,83	1,10	132,49	53,48	0,10		
3-	ОГ	0,0	3,00	1,33	0,92	69,17	31,59	0,10	U=444,5	0,05
	КГ	0,0	4,00	1,57	1,12	71,21	41,50	0,10		
С+	ОГ	0,0	3,00	0,82	0,82	0,82	58,68	0,10	U=448,5	0,05
	КГ	0,0	3,00	0,69	0,76	110,56	51,92	0,10		
С-	ОГ	2,00	5,00	3,83	0,95	24,78	30,26	0,10	U=329	0,01
	КГ	0,0	5,00	2,91	1,34	45,86	28,30	0,10		
Н	ОГ	0,0	5,00	2,23	1,59	71,22	39,04	0,10	U=315,5	0,01
	КГ	0,0	4,00	1,11	1,16	103,87	32,12	0,10		

Продолжение таблицы 4.13

Шкала АСВ	Группы сравнения	Статистика линейного распределения							Значимость разницы	
		min	max	M	SD	Коэффициент вариации (%)	χ^2 для нормального распределения	"Отличается от нормального распределения"	Критерий	p
РРЧ	ОГ	0,0	6,00	1,10	1,90	172,74	56,37	0,10	U=414	0,05
	КГ	0,0	4,00	1,00	1,06	105,72	7,09	10,00		
ПДК	ОГ	0,0	4,00	1,17	1,23	105,78	48,75	0,10	U=443,5	0,05
	КГ	0,0	2,00	0,74	0,74	99,80	40,64	0,10		
ВН	ОГ	0,0	5,00	2,67	1,49	56,00	36,76	0,10	U=436,5	0,05
	КГ	0,0	5,00	2,46	1,12	45,60	37,59	0,10		
ФУ	ОГ	0,0	6,00	1,43	1,79	125,18	25,09	0,10	U=526,5	0,05
	КГ	0,0	3,00	0,97	0,86	88,22	4,18	30,0		
НРЧ	ОГ	0,0	7,00	2,27	2,36	104,23	26,06	0,10	U=334	0,01
	КГ	0,0	3,00	0,60	0,77	129,10	9,17	10,0		

Продолжение таблицы 4.13

Шкала АСВ	Группы сравнения	Статистика линейного распределения							Значимость разницы	
		min	max	M	SD	Коэффициент вариации (%)	χ^2 для нормального распределения	"Отличается от нормального распределения"	Критерий	p
ПНК	ОГ	0,0	4,00	0,90	1,16	128,36	48,07	0,10	U=449	0,05
	КГ	0,0	3,00	1,20	1,21	100,65	67,59	0,10		
ВК	ОГ	0,0	5,00	1,70	1,73	101,47	57,30	0,10	U=249	0,01
	КГ	0,0	2,00	0,17	0,51	299,65	24,06	0,10		
ПЖК	ОГ	0,0	2,00	1,30	0,79	61,11	33,10	0,10	U=451,5	0,05
	КГ	0,0	5,00	1,97	1,76	89,13	56,57	0,10		
ПМК	ОГ	0,0	1,00	0,33	0,48	143,84	67,26	0,10	U=450	0,05
	КГ	0,0	2,00	0,23	0,55	239,29	84,25	0,10		

Примечания и пояснения к таблице: ОГ - основная группа (n=35); КГ - контрольная группа (n=30); гиперпротекция (Г+), гипопротекция (Г-), потворствование (У+), игнорирование потребностей ребенка (У-), чрезмерность требований (Т+), недостаточность требований (Т-), чрезмерность запретов (З+), недостаточность запретов (З-), неустойчивость стиля воспитания (Н), строгость санкций (С+), расширение сферы родительских чувств (РРЧ), предпочтение в ребенке и подростке детских

качеств (ПДК), воспитательная неуверенность родителя (ВН), фобия утраты ребенка (ФУ), неразвитость родительских чувств (НРЧ), вынесение конфликта между супругами в сферу воспитания (ВК), проекция на ребенка собственных негативных качеств (ПНК), предпочтение мужских качеств (ПМК), предпочтение женских качеств (ПЖК); U - критерий Манна-Уитни; t - критерий Стьюдента.

Таблица 4.14. Корреляционные связи стилей воспитания по АСВ с наличием у ребенка диагноза ПТСР (n=65).

Шкала АСВ	M±m баллов в группах сравнения		Коэффициент корреляции Eta	p
	ОГ (n=30)	КГ(n=35)		
Г+	2,90±0,97	2,34±0,69	+0,123	0,4
Г-	3,27±1,02	3,11±0,72	+0,032,	0,9
У+	3,00±0,80	2,60±0,50	+0,113	0,4
У-	1,87±0,52	0,17±0,16	+0,659	0,001
Т+	1,33±0,44	1,23±0,39	+0,047	0,08
Т-	1,63±0,42	1,31±0,26	+0,171	0,2
З+	0,87±0,43	0,83±0,38	+0,017	0,9
З-	1,33±0,35	1,57±0,39	+0,116	0,4
С+	0,53±0,31	0,69±0,26	+0,098	0,5
С-	3,83±0,36	2,91±0,46	+0,368	0,005
Н	2,23±0,60	1,11±0,40	+0,381	0,002
РРЧ	1,10±0,72	1,00±0,37	+0,034	0,8
ПДК	1,17±0,47	0,74±0,26	+0,210	0,1

Продолжение таблицы 4.14

Шкала АСВ	M±m баллов в группах сравнения		Коэффициент корреляции Eta	p
	ОГ (n=30)	КГ(n=35)		
ВН	2,67±0,57	2,46±0,39	+0,081	0,6
ФУ	1,43±0,68	0,97±0,30	+0,168	0,2
НРЧ	2,27±0,90	0,60±0,27	+0,444	0,001
ПНК	0,90±0,44	1,20±0,42	+0,127	0,4
ВК	1,70±0,66	0,17±0,18	+0,533	0,001
ПЖК	1,30±0,30	1,97±0,61	+0,236	0,1
ПМК	0,33±0,18	0,23±0,19	+0,102	0,5

Примечания и пояснения к таблице: ОГ - основная группа; КГ - контрольная группа; гиперпротекция (Г+), гипопротекция (Г-), потворствование (У+), игнорирование потребностей ребенка (У-), чрезмерность требований (Т+), недостаточность требований (Т-), чрезмерность запретов (З+), недостаточность запретов (З-), неустойчивость стиля воспитания (Н), строгость санкций (С+), расширение сферы родительских чувств (РРЧ), предпочтение в ребенке и подростке детских качеств (ПДК), воспитательная неуверенность родителя (ВН), фобия утраты ребенка (ФУ), неразвитость родительских чувств (НРЧ), вынесение конфликта между супругами в сферу воспитания (ВК), проекция на ребенка собственных негативных качеств (ПНК), предпочтение женских качеств (ПЖК), предпочтение мужских качеств (ПМК).

Таблица 4.15. Влияние стилей родительского воспитания (АСВ) на формирование клинических проявлений ПТСР у детей (n=65).

Стили воспитания (АСВ)	Типы ПТСР			
	Астено-депрессивный	Фобический	Диссомнический	Психопатопоподобный
У-	Ета=+0,327 p=0,01	Ета=+0,129 p=0,4	Ета=+0,509 p=0,01	Ета=+0,326 p=0,01
Г+	Ета=+0,110 p=0,4	Ета=+0,071 p=0,6	Ета=+0,296 p=0,02	Ета=+0,208 p=0,1
Г-	Ета=+0,102 p=0,5	Ета=+0,015 p=1,0	Ета= +0,308 p=0,02	Ета=+0,088 p=0,5
НРЧ	Ета=+0,278 p=0,05	Ета=+0,170 p=0,2	Ета= +0,360 p=0,005	Ета=+0,203 p=0,2
ВК	Ета=+0,190 p=0,2	Ета=+0,273 p=0,05	Ета= +0,291 p=0,02	Ета=+0,235 p=0,1
ПДК	Ета=+0,020 p=0,9	Ета=+0,176 p=0,2	Ета=+0,112 p=0,4	Ета=+0,423 p=0,001
У+	Ета=+0,175 p=0,2	Ета=+0,154 p=0,3	Ета=+0,259 p=0,05	Ета=+0,148 p=0,3
Т+	Ета=+0,180, p=0,2	Ета=+0,220 p=0,1	Ета=+0,178 p=0,2	Ета=+0,166 p=0,2
Т-	Ета= +0,232 p=0,1	Ета=+0,066 p=0,7	Ета=+0,011 p=1,0	Ета=+0,020 p=0,9
З+	Ета=+0,065, p=0,7	Ета=+0,003 p=1,0	Ета=+0,022 p=0,9	Ета=+0,247 p=0,05
З-	Ета=+0,050 p=0,7	Ета=+0,254 p=0,05	Ета=+0,010 p=1,0	Ета=+0,021 p=0,9
С+	Ета=+0,026 p=0,9	Ета=+0,211 p=0,1	Ета=+0,044 p=0,8	Ета=+0,031 p=0,9

Продолжение таблицы 4.15

Стили воспитания (АСВ)	Типы ПТСР			
	Астено-депрессивный	Фобический	Диссомнический	Психопатоподобный
С-	Ета=+0,034 p=0,8	Ета=+0,145 p=0,3	Ета= +0,136 p=0,3	Ета=+0,285 p=0,05
Н	Ета=+0,162 p=0,2	Ета=+0,088 p=0,5	Ета=+0,108 p=0,4	Ета=+0,283 p=0,05
РРЧ	Ета=+0,168, p=0,2	Ета=+0,023 p=0,9	Ета=+0,181 p=0,2	Ета=+0,068 p=0,6
ВН	Ета=+0,138 p=0,3	Ета=+0,188 p=0,2	Ета=+0,060 p=0,7	Ета=+0,257 p=0,05
ФУ	Ета=+0,054 p=0,7	Ета=+0,098 p=0,5	Ета=+0,222 p=0,1	Ета=+0,254 p=0,05
ПНК	Ета= +0,021 p=0,9	Ета=+0,187 p=0,2	Ета=+0,177 p=0,2	Ета=+0,110 p=0,4
ПЖК	Ета=+0,064 p=0,7	Ета=+0,092 p=0,5	Ета=+0,120 p=0,4	Ета=+0,194 p=0,2
ПМК	Ета=+0,218 p=0,1	Ета=+0,006 p=1,0	Ета=+0,139 p=0,3	Ета=+0,025 p=0,9

Примечания и пояснения к таблице: гиперпротекция (Г+), гипопротекция (Г-), потворствование (У+), игнорирование потребностей ребенка (У-), чрезмерность требований (Т+), недостаточность требований (Т-), чрезмерность запретов (З+), недостаточность запретов (З-), неустойчивость стиля воспитания (Н), строгость санкций (С+), расширение сферы родительских чувств (РРЧ), предпочтение в ребенке и подростке детских качеств (ПДК), воспитательная неуверенность родителя (ВН), фобия утраты ребенка (ФУ), неразвитость родительских чувств (НРЧ), вынесение конфликта между супругами в сферу воспитания (ВК), проекция на ребенка собственных негативных качеств (ПНК), предпочтение женских качеств

(ПЖК), предпочтение мужских качеств (ПМК). Eta – коэффициенты корреляции, p – значимость коэффициента корреляции.

Таблица 5.2. 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		
	Психи- атр	Психотера- певт	Медицинс- кий психолог
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.
ПТСР у подростков - верно - неверно	0,223	0,114	0,155
Эндогенная депрессия у взрослых - верно - неверно	0,155	0,230	0,052
Алкоголизм у взрослых - верно - неверно	0,120	0,076	0,068

Продолжение таблицы 5.2

Точность идентификации симптомов психических расстройств и состояний	Профессиональный статус специалистов		
	Психи- атр	Психотера- певт	Медицинс- кий психолог
ПТСР у детей младшего возраста - верно - неверно	0,485*	0,224	0,363*

Примечание: в ячейках таблицы указаны значения коэффициента корреляции V Крамера; * - $p < 0,05$; Нерасч. - коэффициент корреляции рассчитать невозможно, поскольку точность идентификации расстройства - 100%.

Приложение 2. Клинические иллюстрации.

Клиническая иллюстрация 1.

Надя П., 10 лет. Диагноз: ПТСР, психопатоподобный вариант, тяжелая степень.

Второй ребенок из полной семьи, росла и развивалась по возрасту, в школе с программой справлялась на «хорошо» и «отлично». Родители с высшим образованием работают по специальности. На протяжении последнего года в семье отмечались конфликты между старшей дочерью и родителями, после одного из которых старшая сестра пациентки выбросилась из окна в присутствии пациентки. Семья первоначально отреагировала растерянностью, отчаянием и подавленностью, в случившейся трагедии родители винили себя, но при младшей дочери ситуацию старались не обсуждать. В течение нескольких недель после суицида старшей сестры мама девочки отметила появление у ребенка следующих симптомов: нарушений сна (плохо засыпает и часто просыпается во сне), тревожности, повышенной боязливости, страхов (боялась оставаться в квартире одна), странностей в поведении в виде внешней беспричинной веселости, поведения, соответствующего более младшему возрасту, снижения успеваемости в школе. Мама обратила внимание на то, что девочка много рисует, рисунки были яркие, похожие на поздравительные открытки, изображали цветы и бабочек. Девочка объясняла маме что рисует «для сестры», потому что верит в то, что старшая сестра «видит эти рисунки». Спустя три недели родители обратились по поводу состояния дочери к врачу психиатру филиала «Детство», и после получения первичной помощи (в течение двух недель) были перенаправлены к врачу психотерапевту. На приеме во время беседы у девочки на лице - гиперсоциальная маска («голливудская улыбка»), на вопросы отвечает по-существу, очень обстоятельно, логика ответов не нарушена. Рассказывая о своем состоянии, сообщает, что боится смерти родителей, боится оставаться одна в квартире, потому что может случиться «что-то страшное». Об обстоятельствах произошедшей трагедии,

рассказывает неохотно, очень кратко отвечает на вопросы, более охотно рассказывает о том, что сожалеет о ссорах с сестрой, чувствует свою вину перед ней и думает об этом практически постоянно. Порой во время ночного сна просыпается раньше обычного; во снах часто видит в своей комнате старшую сестру, ведет с ней разговоры.

Клиническая иллюстрация 2

Лиза С., 5 лет. Диагноз: ПТСР легкой степени тяжести, психопатоподобный вариант.

Мама девочки обратилась с жалобами на агрессивное поведение, вспышки гнева у ребенка, связывая это с психотравмирующей ситуацией в детском саду.

Из анамнеза: ребенок из полной семьи, от желанной запланированной беременности, росла и развивалась без особенностей. Интеллектуальное и психомоторное развитие девочки соответствовало возрасту. Посещала детский сад, а также несколько кружков и спортивных секций, с программой которых справлялась. По характеру была стеничной, настойчивой, требовательной. В возрасте 3-х лет – скоропостижная смерть отца девочки, в течение года после этого воспитывалась в условиях гипопротекции из-за тяжелого психологического состояния матери. За два месяца до обращения к специалисту в детском саду подвергалась унижениям со стороны персонала (в частности, помощник воспитателя перед группой детей засунула девочке в рот половую тряпку «за то, что громко разговаривала»). После этого эпизода девочка стала отказываться от посещения детского сада, демонстрировала вспышки гнева, агрессивного поведения по отношению к сверстникам, бурные эмоциональные реакции, отказ от выполнения требований старших, нарушение ночного сна. Симптомы нарастали в течение двух месяцев с тенденцией к расширению. На приеме в контакт со специалистом вступает не сразу, первоначально демонстрирует «тестирующее поведение», рассказывает что «в детском саду все злые, плохие» и сама она «теперь тоже злая». В

песочнице проигрывает сцены отмщения, агрессивные, разрушительные сюжеты

Клиническая иллюстрация 3.

Аня, 3 года. Диагноз: ПТСР, психопатоподобный вариант, тяжелая степень.

Ребенок от запланированной беременности, протекавшей без осложнений. Росла и развивалась по возрасту, посещала детский сад, адаптировалась хорошо, была веселой, общительной, активно участвовала в утренниках. Родители развелись, когда ребенку был год, но спустя два года по инициативе отца решили провести отпуск на море совместно «ради ребенка». В момент, когда мать была на экскурсии, оставив дочь с отцом, отец совершил по отношению к ребенку действия сексуального характера. По возвращении мать обнаружила ребенка в состоянии двигательного возбуждения. Девочка кричала, называла отца «плохим», пыталась портить его вещи. Мать с ребенком экстренно вернулись домой, обратились к гинекологу, в правоохранительные органы. В течение нескольких последующих дней у ребенка появился энурез, нарушения сна, повышенная боязливость и поведенческие нарушения (отказывалась выполнять требования дома и в детском саду, ни с кем не играла, била и таскала домашнего кота). В течение последующего месяца мамой отмечались следующие симптомы: резкое изменения рисунка поведения, капризность, раздражительность, снижение аппетита, слезливость, непослушание, энурез, неожиданно жестокое обращение с домашним котом, полный отказ от общения с лицами мужского пола, замкнутость, подозрительность в общении со всеми, кроме членов семьи, нарушения сна (трудности засыпания, ночные пробуждения). Мама связывала появление этих нарушений с сексуальными действиями отца, совершенными в отношении девочки. К врачу обратились спустя две недели с момента травмы, первоначально ребенок наблюдался психиатром, через две недели был перенаправлен к психотерапевту.

На первом приеме в кабинете психотерапевта девочка стоит насупившись, опустив голову. Отвечает односложно. Соглашается

порисовать, выбирая для рисунков только синий и черный цвета. При появлении в кабинете врача-мужчины, бросает свои занятия, втягивает голову в плечи и отворачивается. В ходе последующей игровой терапии проигрывает сказку «Красная шапочка», поясняет - «на Красную шапочку напал волк, потому что она была плохая». В песочнице многократно проигрывает сюжеты, связанные с наказанием мужской фигуры и ее изолированием от остальных персонажей («выставляет охрану»), с постепенной редукцией этих сюжетов в ходе психотерапии.

Клиническая иллюстрация 4.

Надя, 7 лет. Диагноз: ПТСР, психопатоподобный тип, тяжелая степень.

Родилась в полной семье от незапланированной неосложненной беременности. Роды срочные, без осложнений. Росла и развивалась по возрасту, посещала массовый детский сад, с программой справлялась. С семи лет, подготовленной пошла в массовую школу, по настоящее время с программой справляется успешно, много занимается изобразительным творчеством, поделками, рисованием, посещает художественную школу. По характеру всегда была стеничной, упрямой, самостоятельной. Между родителями на протяжении всего времени существования семьи отмечались конфликты с руганью и рукоприкладством со стороны отца. Год назад родители развелись, но продолжали проживать вместе по причине нерешенного жилищного вопроса. За полтора месяца до обращения к врачу между родителями в присутствии ребенка произошла очередная ссора, которая завершилась убийством матери и самоубийством отца. Девочку взяли под опеку бабушка и дедушка со стороны матери, которые сами пребывали в состоянии стресса, подавленности и растерянности после случившегося. Спустя полтора месяца после трагедии бабушка обратилась к психиатру по поводу нарушений поведения у девочки: отказ от выполнения требований, бурные аффективные реакции в ответ на просьбы или замечания, раздражительность, вспыльчивость, язвительность, мелочные придирки,

капризы и непослушание в отношениях с бабушкой, демонстрация недоверия в отношении дедушки, отказ от общения с ним. Нарушения поведения ограничивались рамками семьи, в школе девочка характеризовалась по-прежнему с положительной стороны. Бабушка жаловалась также на каломазание у девочки. Бабушка изменения в поведении девочки связывала не с произошедшей трагедией, а с переездом к ней внучки. Во время сбора анамнеза психиатром были выявлены также другие симптомы сформировавшиеся в течение последних недель: стойкое снижение настроения у ребенка, замкнутость, отгороженность и недоверчивость в общении с окружающими людьми, навязчивости (обкусывает ногти и кожу пальцев рук). Отмечается нарушение засыпания, засыпает только с бабушкой.

Сама девочка в беседу с психиатром вступать отказалась, разговор велся только с бабушкой, при этом девочка запрещала бабушке плакать.

Во время первой психотерапевтической встречи с девочкой обращает на себя внимание полное отсутствие у ребенка живости и непосредственности в манере себя вести, черт присущих детскому поведению, девочка субъективно воспринимается как ребенок более старшего возраста. В продуктивный вербальный контакт с врачом вступает только на втором приеме после того как находит в кабинете врача вещь, похожую на вещь ее матери: «Как у моей мамы!» - восклицает девочка (до этого момента отвечала лишь кивками головы и жестами). В ходе дальнейшей психотерапевтической работы было отмечено, что девочке легче раскрывать свои переживания в процессе совместной с психотерапевтом творческой изобразительной деятельности. В процессе совместной лепки впервые девочке удалось рассказать об обстоятельствах произошедшего и поделиться своими переживаниями. С ее слов, в течение полутора месяцев с момента гибели родителей произошедшее она не обсуждала ни с кем: «никто об этом не говорил». Девочка рассказала также о том, что непосредственно в момент убийства пряталась в квартире, и теперь винит себя в смерти матери

за то, что пряталась, поэтому не смогла помочь ей спастись. Подтверждает, что эти мысли и воспоминания преследуют ее постоянно, и когда вспоминает случившуюся трагедию, ей становится «плохо и страшно», но в школе и во время дополнительных занятий «становится легче», «а дома хуже, потому что бабушка все время плачет». Жалуется на кошмары, содержание которых не может вспомнить. Говорит о том, что ей не хочется никого видеть. Плачет, рассказывает о своей злости и обиде на мир, ощущении несправедливости жизни.

Клиническая иллюстрация 5.

Аня М., 14 лет. Диагноз: ПТСР, астенодепрессивный тип, тяжелая степень.

Из анамнеза, собранного со слов матери: В раннем возрасте - перинатальное поражение центральной нервной системы ребенка (ПП ЦНС), гипертензионный синдром, получала в связи с этим лечение. В целом развивалась в соответствии с возрастом. В 6 лет пошла в 1-й класс массовой школы неподготовленной, преобладали игровые интересы, с программой справлялась плохо, занималась с репетитором. Дублировала 1-й класс, затем успеваемость улучшилась: с 3-го класса до сентября этого года училась на «4» и «5», дополнительно занималась английским языком. В школе педагогами характеризовалась как исполнительная, аккуратная, вежливая, ответственная, доброжелательная. Имела широкий круг общения в школе, близкая подруга была одна. Накануне нового учебного года была изнасилована одноклассником в подъезде, родителям решилась рассказать об этом только через несколько дней, когда насильник начал шантажировать ее оглаской в интернете, вымогать деньги. По инициативе родителей было подано заявление в полицию.

Мама девочки отметила в течение первой недели у дочери состояние "оглушенности", которое затем сменилось стабильно сниженным настроением, отсутствием аппетита (потеряла в весе примерно два килограмма), нарушением сна (трудности засыпания, стала меньше спать,

периодически – ночные пробуждения по несколько раз за ночь). Девочка стала апатичной, перестала выходить гулять. Из дома выходила только в школу. Больше времени стала затрачивать на выполнение домашних заданий, при этом девочка могла «часами смотреть в одну точку». Снизилась успеваемость, появилась первая тройка в четверти. Внутрисемейные отношения, которые до психической травмы были хорошими и доверительными, со слов самой мамы разладились, правда, мама отмечает, что она сама стала вспыльчивой, раздражительной, «срывалась на детях», иногда начинала плакать по незначительному поводу. В классе девочка подвергалась насмешкам (ставился под сомнение факт изнасилования), угрозам со стороны друзей насильника, требованиям забрать заявление из полиции. На этом фоне описанные выше симптомы нарастали в течение месяца, затем девочка сама попросила маму «найти ей психолога». Первоначально обратились к психиатру по поводу «состояния после изнасилования», и психиатром были направлены к психотерапевту.

Девочка во время беседы с психотерапевтом малоподвижна, сидит в закрытой напряженной позе, мимические реакции бедные, эмоционально невыразительна, изредка сдержанно улыбается, старается «сохранить лицо», произвести благоприятное впечатление. Речь негромкая, слабо интонированная. Со слов девочки после изнасилования она испытывала состояние "оглушенности", подавленности, сниженного настроения. Периодически возникали и сменяли друг друга чувства отчаяния, вины за случившееся (за то что оказалась в подъезде вместе с насильником), стыда и обиды, злости на себя и на насильника. Рассказывает о том, что чувствует себя неполноценной, переживает из-за того, что стала такой раздражительной, не понимает, что с ней происходит. Жалуется на сниженное настроение, головные боли, постоянное ощущение комка в горле, ощущение усиленного сердцебиения, слабость и разбитость: «ничего не хочется», навязчивые воспоминания по многу раз в день, на чувство, как будто «ситуация не завершилась, а постоянно продолжается в голове».

Жалуется также на плохой сон, трудности засыпания. Отмечает, что ей стало тяжелее учиться, труднее сосредотачиваться. Перестала общаться с прежними знакомыми, «никого не хочется видеть, не хочется ходить в школу, выходить из дома».

Клиническая иллюстрация 6.

Артем Н., 7 лет. Диагноз: ПТСР тяжелой степени, фобический вариант.

Из анамнеза: в возрасте 5 лет пережил тяжелую психотравмирующую ситуацию: отец покончил жизнь самоубийством на глазах у ребенка (застрелился), ребенок какое-то время находился один в квартире с телом отца. Мать отмечает, что непосредственно в день трагедии ребенок испытывал ужас, отвращение, отмечалась рвота, мальчик выглядел оцепеневшим, отмечалась частичная амнезия на события. Мать на момент обращения предъявляет жалобы на страхи у ребенка (боится «зомби», темноты), пугливость, тревожность (ребенок отказывается оставаться один дома). Симптомы отмечаются последние два года, к психиатру или психологу в течение этих двух лет не обращались, мать надеялась что все «забудется» и «пройдет само». На момент обращения у ребенка отмечаются flash-back- симптомы и симптомы избегания, усиливающиеся при попадании в ситуацию, ассоциативно связанную с психотравмирующей; до настоящего времени не может оставаться один в той квартире, где произошла трагедия; периодически «видит» на улице в толпе людей, похожих на отца, считает, что на отца «похож» один из педагогов. Отмечается персистирующий страх повторения психотравмирующей ситуации: постоянно боится, что мать может умереть, испытывает неприятные, приходящие помимо воли, навязчивые мысли по поводу гибели отца; жалуется на наличие повторяющихся устрашающих сновидений, тема кошмаров – «мертвецы, зомби». Отмечается постоянное проигрывание темы агрессии и оружия, рассказывает о том, что любит стрелять из автомата в коридор; в кабинете специалиста, указывая на неаккуратно раскрашенную игрушку, спрашивает:

«это у вас на игрушках красная краска или кровь?»; дома ночью засыпает с игрушечным автоматом. В беседе у мальчика выявляются повышенная возбудимость, тревожность, импульсивность, раздражительность, компенсаторные агрессивные тенденции, боязливость (спрашивает, не оставят ли его одного в кабинете). В ходе наблюдения и терапии отмечаются попытки переработки и интеграции травматического материала: рассказывает историю о «добром зомби», который после смерти помогал маленькому мальчику и его маме. Вне контакта с травматическим материалом в структурированной ситуации игровой терапии проявляет себя как добрый и отзывчивый ребенок: сам вызывается заботиться о куклах, кормит их и купает, наводит порядок, чинит кукольную мебель.

Клиническая иллюстрация 7.

Тоня, 7 лет. Диагноз: ПТСР, диссомнический тип, тяжелая степень.

Единственный ребенок из полной благополучной семьи, от первой запланированной беременности, акушерский анамнез не отягощен. Родители с высшим образованием, работают по специальности. Росла и развивалась по возрасту, на учете у невропатолога, психиатра не состояла, по характеру была очень спокойной, несколько медлительной. С семи лет пошла в школу (престижную гимназию) подготовленной. В течение первых четырех месяцев в школе регулярно подвергалась издевательствам со стороны группы одноклассников (в столовой, на переменах, в группе продленного дня: дети заталкивали ей в рот еду, щипали, толкали, во время одного из эпизодов травли - раздели). Примерно через месяц после начала издевательства попыталась пожаловаться матери, но та ответила, что «наверное, дети просто так играют, не обращай внимания». Реакция родителей последовала через четыре месяца, после того как девочка вернулась из школы с кровоподтеками на лице. Выяснилось, что в этот день одноклассники повалили девочку на пол, сняли с нее колготки и трусики. После этого родители забрали ребенка из школы и обратились в правоохранительные

органы. Причиной обращения к психиатру родители назвали «психологические нарушения из-за ситуации в школе». На момент обращения мама занимает обвинительную позицию по отношению к педагогам, говорит, что не понимает «как такое могло произойти в престижной платной гимназии». Мать отмечает, что в течение последних месяцев у ее дочери изменилось поведение: девочка стала озлобленной, появились не свойственные ей ранее раздражительность, неожиданные агрессивные выходки в адрес родителей (например, могла за завтраком подойти к отцу и попытаться насильно затолкать ему в рот кусок хлеба, со словами: «а у нас делают так»), агрессивные игры, которых раньше никогда не было (раздевала и бросала кукол, ломала их), девочка стала хуже спать (подолгу не могла уснуть, часто просыпалась от любого шороха, жаловалась на кошмары, могла проснуться рано без необходимости). По поводу нарушений сна по инициативе родителей был проведен ЭЭГ-мониторинг ночного сна, показавший изменение качества сна по сравнению с нормальным за счет сокращения фаз глубокого сна. Мама также отмечала у девочки необычную утомляемость, невнимательность, появление в речи заикания, усиливающегося при волнении. Девочка стала пугаться неожиданных и сильных звуков, дома старается избегать разговоров о школе и одноклассниках.

На приеме в беседу с психотерапевтом девочка вступает не сразу. Сидит сгорбившись, опустив голову, смотрит исподлобья, движения скованные, выражение лица застывшее. Производит впечатление оцепеневшего, заторможенного, пугливого ребенка. Отвечает односложно, после пауз, при ответах - респираторные судороги, заикание. Мышление последовательное, в несколько замедленном темпе. В момент рассказа о школьной ситуации отмечается усиление заикания, говорит о том, что «в эту школу больше ходить не хочется», «боюсь, что все повторится снова», что часто представляет, как с ее одноклассниками «произойдет то же самое». На вопрос о том, беспокоят ли ее какие-то неприятные мысли, отвечает что

«думается об этом часто, хотя думать эти мысли и не хочется», «про плохие мысли и страшные сны никому не рассказываю». В игре отмечается дефицит спонтанности, уверенности в себе, крайне скована и зажата. Эффективным методом психотерапевтического взаимодействия в данном случае оказалась игровая психогимнастика с перевоплощениями, направленная на общее телесное раскрепощение.

Приложение 3. Интервью и опросники, разработанные для целей настоящего исследования

(1) Полуструктурированное интервью с родителем ребенка

(разработано на основе родительской анкеты для оценки травматических переживаний детей Н.В. Тарабриной)

Уважаемый участник опроса!

Вашему вниманию предлагаются вопросы, связанные с историей развития Вашего ребенка. Вы можете отвечать на них, подчеркивая правильный ответ или вписывая свой вариант. Спасибо за сотрудничество.

Возраст ребенка _____ лет; пол ребенка: м ж _____

По отношению к ребенку Вы являетесь: родителем, опекуном, усыновителем, прочее. _____

По отношению к ребенку Вы являетесь: матерью, отцом, бабушкой, дедушкой, другой вариант _____

Пол родителя: М Ж _____ возраст родителя _____ лет

Образование родителя: среднее, средне-специальное, высшее.

Семья является: полной/неполной

Ребенок от 1,2,3,4,5,6,8, _____ запланированной/незапланированной беременности

Во время беременности отмечались события, вызывавшие интенсивные неприятные переживания:

Роды 1,2,3,4,5,6,8, _____ по счету.

На первом году жизни ребенок наблюдался с диагнозом: Перинатальное поражение ЦНС: да/нет

В семье отмечались частые и выраженные конфликты в течение первых трех лет жизни ребенка: да/нет

В семье отмечались частые и выраженные конфликты в последующие годы: да/нет

Возможно, что Ваш ребенок пережил какое-либо событие, которое могло травмировать его психику. Пожалуйста, отметьте галочкой каждое из событий (и возраст вашего ребенка во время каждого из случаев) в списке, приведенном ниже:

Событие	Возраст (лет)
Автомобильная катастрофа	
Другая катастрофа (несчастный случай)	
Пожар	
Стихийное бедствие	
Серьезное физическое заболевание	
Длительная или повторные госпитализации	
Физическое насилие	

Сексуальное насилие	
Пребывание в зоне военных действий	
Пребывание в качестве заложника	
Смерть одного из родителей	
Смерть обоих родителей	
Смерть другого близкого человека	
Присутствие при насилии	
Присутствие при насилии, совершенном в отношении родителей	
Буллинг	
Другое травмирующее событие (уточните)	

Отметьте, пожалуйста, характер травмирующего события:

- Воздействие события было кратковременным (продолжалось менее года)
- Воздействие события было хроническим и длительным (продолжалось более года)

Пожалуйста, опишите это событие (например, где это произошло, кто был с вашим ребенком во время происшествия, насколько часто это происходило, как долго это продолжалось, насколько тяжелыми были последствия для ребенка, обращались ли Вы за медицинской или психологической помощью по этому поводу и т. д.)

Независимо от того, были ли в жизни вашего ребенка травматические случаи, перейдите к заполнению следующей части анкеты,

Вашему вниманию предлагается ряд утверждений, описывающих поведение ребенка. На каждое утверждение выберите один из двух вариантов ответов. Если вы считаете, что утверждение не отражает поведение Вашего ребенка, то поставьте галочку напротив этого утверждения в колонке «Нет». Если Вы считаете, что утверждение точно описывает поведение вашего ребенка, то поставьте галочку напротив этого утверждения в колонке «Да». Если ребенок пережил несколько травмирующих случаев, то отвечайте о наиболее тяжелом из них. *

В течение последнего месяца:

N	Утверждение	Нет	Да
1.	Ребенок рассказывает о неприятных воспоминаниях, связанных с событием. Ребенок говорит, что у него возникают такие же чувства, как если бы событие произошло снова. Бывает, что ребенок ведет себя так, как если бы событие произошло снова. Ребенок играет в случившееся (он проигрывает событие, рисует или придумывает).		
2.	У ребенка возникли проблемы с концентрацией внимания. Ребенок суетлив и не может сидеть спокойно, либо напротив кажется заторможенным. Ему требуется больше времени, чем раньше, на обычные действия Иногда кажется, что ребенок ошеломлен или одурманен		

N	Утверждение	Нет	Да
3.	Ребенок избегает действий и мест, которые напоминают ему о событии. Ребенок избегает разговоров о случившемся. Ребенок избегает людей, которые напоминают ему о событии.		
4.	Ребенок кажется злым или раздражительным. Кажется, что ребенок находится на грани нервного срыва.		
5.	У ребенка появились проблемы со сном или засыпанием		
6.	Ребенок легко пугается. Например, сильно вздрагивает, когда слышит неожиданный или громкий звук.		
7.	У ребенка отмечается сокращение общей продолжительности сна в течение суток		
8.	Ребенку трудно вспомнить детали случившегося.		
9.	Ребенок расстраивается, когда вспоминает о событии.		
10.	Ребенок эмоционально напряжен, беспокоится в обычных повседневных ситуациях, часто высказывает необоснованные опасения.		
11.	Нередко настроение ребенка меняется без всякого повода.		
12.	Ребенок выглядит подавленным, удрученным. В поведении ребенка нет живости, непосредственности и жизнерадостности.		
13.	Слова или действия ребенка, указывают на то, что он опасается повторения травматического события.		
14.	Ребенку трудно оставаться наедине с друзьями, одноклассниками, учителями Ребенку трудно оставаться наедине с членами семьи. Ребенку трудно заводить и поддерживать приятельские отношения		
15.	Ребенку стало трудно справляться с обычной школьной нагрузкой		
16.	Поведение ребенка стало резко отличаться от обычного.		
17.	Ребенку снятся плохие сны.		
18.	Ребенок кажется «оцепеневшим» (его эмоции не видны). Кажется, что ребенок старается держаться на расстоянии от других людей.		
19.	Ребенок выглядит неуверенным, в коллективе не претендует на роль лидера, редко проявляет инициативу.		
20.	Ребенок часто нарушает принятые правила поведения в семье. Ребенок часто нарушает дисциплину в школе или детском коллективе.		
21.	Ребенку стало трудно справляться с обычной деятельностью (школьные занятия, работа по дому), он постоянно отвлекается на неприятные воспоминания.		

N	Утверждение	Нет	Да
22.	Ребенок говорит о том, что он виноват в том, что случилось это событие. Ребенок говорит о том, что он мог предотвратить событие.		
23.	Ребенок засыпает только в одной постели с родителем.		
24.	Ребенок потерял интерес к любимым занятиям.		
25.	Ребенок ведет себя агрессивно по отношению к родственникам, домашним животным или сверстникам.		
26.	Ребенок жалуется на плохое физическое самочувствие, когда что-то напоминает ему о событии Например, у него возникает головная или зубная боль, и т. д.		
27.	Ребенок делает вещи, которые были свойственны ему в младшем возрасте например, сосет большой палец, просится спать с родителями, появился энурез и т. д.		
28.	Дыхание ребенка отличается от обычного: отмечается учащение или урежение дыхания, поверхностное дыхание с периодическими вздохами. Ребенок жалуется на то, что тяжело дышится.		
29.	Один или два раза ребенок говорил о том, что видел что-то пугающее (в темноте или перед засыпанием)		
30.	Ребенок вырывает у себя ресницы, волосы, обкусывает ногти, расчесывает кожу, наносит себе другие повреждения. Ребенок провоцирует агрессивные действия по отношению к себе со стороны окружающих.		
31.	У ребенка отмечается недержание мочи.		
32.	У ребенка отмечается недержание кала.		
33.	У ребенка отмечаются запинки или заикание в речи.		

**(2) Полуструктурированный опросник
(вариант для родителей и опекунов ребенка)**

Уважаемый участник опроса!

Вашему вниманию предлагаются короткие рассказы о людях с выраженными особенностями поведения. Прочтите их и укажите, нужна ли в каждом случае помощь психиатра. Для этого подчеркните слово "ДА" (т.е. нужна) или "НЕТ" (т.е. не нужна) после каждого из рассказов.

1. Юноша 16 лет стал плохо учиться, прогуливает занятия. С ним беседовали учителя, родители, он обещал исправиться, но все остается по-прежнему. Свободное время проводит в компании сверстников или со знакомой девушкой. В ответ на требование родителей больше не встречаться с ней стал кричать, что "любит ее", оскорбил отца и мать.

ДА НЕТ

2. Юноша-десятиклассник, отличник в учебе, с трудом находит общий язык со сверстниками, грубит, конфликтует с родителями. Много читает, особенно научную литературу по астрономии, философии. Потерял интерес к тому, чем раньше занимался с увлечением - забросил занятия музыкой, спортом, перестал собирать марки.

ДА НЕТ

3. Женщина 48 лет считает, что "на нее действуют гипнозом соседи, заставляют выкрикивать бранные слова". Плохо спит ночами, слышит как за стеной соседи "говорят о ней, готовятся убить". Пишет заявления "о вредительстве соседей" в газету, милицию.

ДА НЕТ

4. У мужчины 27 лет периодически возникают судороги всего тела с потерей сознания. К своему состоянию "привык". Предчувствуя приступ, уходит "куда-нибудь от людей", после приступа чувствует себя неплохо, продолжает работать.

ДА НЕТ

5. Подросток 14 лет, был жестоко избит группой сверстников, после чего длительно лечился в стационаре. Спустя несколько месяцев родители юноши отметили, что он изменился: стал замкнутым, угрюмым, раздражительным, плохо спит и часто просыпается по ночам, предпочитает не выходить из дома в одиночку, хуже учится.

ДА НЕТ

6. Женщина 35 лет говорит, что у нее "плохое настроение". Она считает, что ее семейная жизнь не удалась, плачет, хотя продолжает "автоматически" работать, выполнять семейные обязанности. Особенно плохо чувствует себя по утрам, к вечеру настроение улучшается. Заботливое внимание к ней мужа, сослуживцев не меняет ситуации. Считает себя "виноватой", "никудышной матерью".

ДА НЕТ

7. Мужчина 45 лет работает на стройке, вместе с бригадой выпивает в конце недели. Считает обязательным выпить после бани, по праздникам, при встрече гостей, при "неудачах" в жизни или по любому другому поводу. Если накануне выпивал, то с утра "лечится" пивом или вином, потом "нормально" работает.

ДА НЕТ

8. Девочка 4х лет стала плаксивой, пугливой, особенно по ночам; отказывается расставаться с мамой, наотрез отказывается посещать детский сад, стала избегать общения с другими детьми и со страхом реагирует на любых незнакомых ей взрослых. Начала "сюсюкать" и вести себя так, как будто ей намного меньше лет; иногда неожиданно становится агрессивной. Часто играет в похищение, рисует "черные комнаты", жалуется на кошмары, в которых ее "похищает злой колдун". Ее мама рассказала, что полгода назад ее бывший муж - отец девочки выкрал ребенка с игровой площадки детского сада и около месяца девочка жила у его дальних родственников.

ДА

НЕТ

Просим сообщить о себе следующие сведения:

Пол _____ Возраст _____ Образование _____ Профессия _____

**(3) Полуструктурированный опросник
(вариант для специалистов)**

Уважаемый участник опроса!

Вашему вниманию предлагаются короткие рассказы о людях с выраженными особенностями поведения. Прочтите их и укажите, какому состоянию соответствует каждое из описаний.

1. Юноша 16 лет стал плохо учиться, прогуливает занятия. С ним беседовали учителя, родители, он обещал исправиться, но все остается по-прежнему. Свободное время проводит в компании сверстников или со знакомой девушкой. В ответ на требование родителей больше не встречаться с ней стал кричать, что «любит ее», оскорбил отца и мать.

- | | |
|---|--|
| 1. Деменция | 7. Реакция на тяжелый стресс |
| 2. Психическое расстройство, связанное с употреблением психоактивных веществ. | 8. Нарушение адаптации |
| 3. Шизофрения | 9. Расстройство личности в зрелом возрасте |
| 4. Аффективное расстройство. | 10. Умственная отсталость |
| 5. Невротическое расстройство. | 11. Психоорганический синдром. |
| 6. Эпилепсия | 12. Здоров. |

2. Юноша-десятиклассник, отличник в учебе, с трудом находит общий язык со сверстниками, грубит, конфликтует с родителями. Много читает, особенно научную литературу по астрономии, философии. Потерял интерес к тому, чем раньше занимался с увлечением – забросил занятия музыкой, спортом, перестал собирать марки.

- | | |
|---|--|
| 1. Деменция | 7. Реакция на тяжелый стресс |
| 2. Психическое расстройство, связанное с употреблением психоактивных веществ. | 8. Нарушение адаптации |
| 3. Шизофрения | 9. Расстройство личности в зрелом возрасте |
| 4. Аффективное расстройство. | 10. Умственная отсталость |
| 5. Невротическое расстройство. | 11. Психоорганический синдром. |
| 6. Эпилепсия | 12. Здоров. |

3.Женщина 48 лет считает, что «на нее действуют гипнозом соседи, заставляют выкрикивать бранные слова». Плохо спит ночами, слышит как за стеной соседи «говорят о ней, готовятся убить». Пишет заявления «о вредительстве соседей» в газету, милицию.

- | | |
|--|---|
| 1.Деменция | 7.Реакция на тяжелый стресс |
| 2.Психическое расстройство, связанное с употреблением психоактивных веществ. | 8.Нарушение адаптации |
| 3.Шизофрения | 9.Расстройство личности в зрелом возрасте |
| 4.Аффективное расстройство. | 10.Умственная отсталость |
| 5.Невротическое расстройство. | 11.Психоорганический синдром. |
| 6.Эпилепсия | 12.Здорова. |

4.У мужчины 27 лет периодически возникают судороги всего тела с потерей сознания. К своему состоянию «привык». Предчувствуя приступ, уходит «куда-нибудь от людей», после приступа чувствует себя неплохо, продолжает работать.

- | | |
|--|---|
| 1.Деменция | 7.Реакция на тяжелый стресс |
| 2.Психическое расстройство, связанное с употреблением психоактивных веществ. | 8.Нарушение адаптации |
| 3.Шизофрения | 9.Расстройство личности в зрелом возрасте |
| 4.Аффективное расстройство. | 10.Умственная отсталость |
| 5.Невротическое расстройство. | 11.Психоорганический синдром. |
| 6.Эпилепсия | 12.Здоров. |

5.Подросток 14 лет, был жестоко избит группой сверстников. Спустя несколько месяцев родители юноши отметили, что он изменился: стал замкнутым, угрюмым, раздражительным, с трудом засыпает и часто просыпается по ночам, предпочитает не выходить из дома в одиночку, хуже учится.

- | | |
|--|---|
| 1.Деменция | 7.Реакция на тяжелый стресс |
| 2.Психическое расстройство, связанное с употреблением психоактивных веществ. | 8.Нарушение адаптации |
| 3.Шизофрения | 9.Расстройство личности в зрелом возрасте |
| 4.Аффективное расстройство. | 10.Умственная отсталость |
| 5.Невротическое расстройство. | 11.Психоорганический синдром. |
| 6.Эпилепсия | 12.Здоров. |

6.Женщина 35 лет говорит, что у нее «плохое настроение». Она считает, что ее семейная жизнь не удалась, плачет, хотя продолжает «автоматически»

работать, выполнять семейные обязанности. Особенно плохо чувствует себя по утрам, к вечеру настроение улучшается. Заботливое внимание к ней мужа, сослуживцев не меняет ситуации. Считает себя «виноватой», «никудышной матерью».

- | | |
|---|--|
| 1. Деменция | 7. Реакция на тяжелый стресс |
| 2. Психическое расстройство, связанное с употреблением психоактивных веществ. | 8. Нарушение адаптации |
| 3. Шизофрения | 9. Расстройство личности в зрелом возрасте |
| 4. Аффективное расстройство. | 10. Умственная отсталость |
| 5. Невротическое расстройство. | 11. Психоорганический синдром. |
| 6. Эпилепсия | 12. Здоров. |

7. Мужчина 45 лет работает на стройке, вместе с бригадой выпивает в конце недели. Считает обязательным выпить после бани, по праздникам, при встрече гостей, при «неудачах» в жизни или по любому другому поводу. Если накануне выпивал, то с утра «лечится» пивом или вином, потом «нормально» работает.

- | | |
|---|--|
| 1. Деменция | 7. Реакция на тяжелый стресс |
| 2. Психическое расстройство, связанное с употреблением психоактивных веществ. | 8. Нарушение адаптации |
| 3. Шизофрения | 9. Расстройство личности в зрелом возрасте |
| 4. Аффективное расстройство. | 10. Умственная отсталость |
| 5. Невротическое расстройство. | 11. Психоорганический синдром. |
| 6. Эпилепсия | 12. Здоров. |

8. Девочка 4-х лет стала плаксивой, пугливой, особенно по ночам; отказывается расставаться с мамой, наотрез отказывается посещать детский сад, стала избегать общения с другими детьми и со страхом реагирует на любых незнакомых ей взрослых. Начала «сюсюкать» и вести себя так, как будто ей намного меньше лет; иногда неожиданно становится агрессивной. Часто играет в похищение, рисует «черные комнаты», жалуется на кошмары, в которых ее «похищает злой колдун». Ее мама рассказала, что полгода назад ее бывший муж – отец девочки выкрал ребенка с игровой площадки детского сада и около месяца девочка жила у его дальних родственников.

- | | |
|---|--|
| 1. Деменция | 7. Реакция на тяжелый стресс |
| 2. Психическое расстройство, связанное с употреблением психоактивных веществ. | 8. Нарушение адаптации |
| 3. Шизофрения | 9. Расстройство личности в зрелом возрасте |

- 4.Аффективное расстройство.
- 5.Невротическое расстройство.
- 6.Эпилепсия

- 10.Умственная отсталость
- 11.Психоорганический синдром.
- 12.Здоров.

Просим сообщить о себе следующие сведения:

Пол _____ Возраст _____ Образование _____ Профессия _____