

ВЛИЯНИЕ КЛИНИКО-БИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РАННЕГО РАЗВИТИЯ НА КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПТСР У ДЕТЕЙ

Есина О.Б.

Есина Ольга Борисовна

кандидат медицинских наук, ассистент кафедры психиатрии, психотерапии и наркологии ФПК и ПП; федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ул. Репина, 3, Екатеринбург, 620014, Россия. Тел.: 8 (343) 320-33-00.

E-mail: yesinao@mail.ru

Аннотация

Введение. Несмотря на высокую распространенность ПТСР (посттравматического стрессового расстройства), существует недостаток исследований, посвященных биологическим механизмам, связанным с его развитием. Предшествующие исследования указывали на то, что биологические факторы могут способствовать формированию стрессовых расстройств. Настоящая статья освещает недостаточно изученные аспекты детского посттравматического расстройства, ассоциированные с резидуально-органическим повреждением центральной нервной системы.

Материалы и методы исследования. Были обследованы 30 детей, имеющих диагноз ПТСР, и 30 их родителей; кроме этого 35 здоровых детей (без диагноза ПТСР) вместе с их родителями. Мы использовали полуструктурированное интервью, а также специфические интервью, направленные на выявление симптомов ПТСР, такие как: Clinician-Administered PTSD Scale — Child and Adolescent Version, Child PTSD Checklist, Child PTSD Symptom Scale.

Результаты. Резидуально-органическое повреждение центральной нервной системы у детей способствует развитию ПТСР. Мы обнаружили достоверные корреляционные связи между некоторыми симптомами ПТСР и резидуально-органическим повреждением центральной нервной системы у детей.

Выводы. Исследование убедительно доказывает наличие влияния резидуально-органического повреждения центральной нервной системы у детей как биологического фактора риска на развитие и клинические особенности детского ПТСР.

Ключевые слова: ПТСР; дети; клинические проявления; биологические факторы риска.

УДК 159.922.7:616.89-053.2

Библиографическая ссылка

Есина О.Б. Влияние клиничко-биологических факторов раннего развития на клинические особенности ПТСР у детей // Медицинская психология в России. – 2018. – Т. 10, № 5. – С. 3. doi: 10.24411/2219-8245-2018-15030

Поступила в редакцию: 15.06.2018 Прошла рецензирование: 30.06.2018 Опубликовано: 24.10.2018

Введение

Распространенность психической травмы у детей на сегодняшний день, к сожалению, весьма высока. В соответствии с результатами Национального обследования в США, более чем у 60% детей и подростков, ставших жертвами или свидетелями потенциально травматических событий [18], таких как насилие в семье, травмы, катастрофы и стихийные бедствия [17; 28], развиваются симптомы посттравматического стрессового расстройства [27]. В то время как симптомы стресса для большинства детей и подростков нивелируются в течение трех месяцев после травматического события, примерно у 15–25% детей и подростков отмечается переход расстройства в хроническую форму [14; 21; 26; 30], что, в свою очередь, способно оказывать негативное влияние на развитие детей, их психическое и соматическое здоровье [10; 16; 23; 24; 31].

Результаты исследований указывают на то, что стрессовые расстройства у детей и подростков чаще, чем у взрослых, остаются незамеченными, что может быть связано с особенностями проявлений ПТСР у детей, обусловленными возрастом. Дети нечасто делятся со взрослыми внутренними переживаниями, связанными со стрессом, нередко взрослые принимают внешние симптомы ПТСР за симптомы оппозиционного поведения [9; 15; 25; 29]. Таким образом, недостаточная изученность этиопатогенеза и клинической картины этого заболевания [11; 13; 20], а также увеличивающееся количество нарушений здоровья у детей, связанных с психологическими травмами [22], определяют актуальность исследований клинических проявлений детского ПТСР и влияния на них различных патопластических факторов [5].

Существенный дефицит отмечается в области комплексных исследований в области ПТСР у детей, которые позволяли бы связать различные (биологические, клинические, психологические, семейные) аспекты развития этого заболевания, что и определило целесообразность применения в методологии биопсихосоциального подхода [4], подразумевающего изучение различных аспектов развития ПТСР у детей в их взаимосвязи.

Цель исследования

Изучить вклад в риск развития и клиническую картину ПТСР у детей таких клиничко-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.

Материалы и методы исследования

В течение 2009—2014 гг. участковыми врачами-психиатрами приемного отделения 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 [3; 6; 7]. 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 пары «ребенок — родитель/опекун» были включены в настоящее исследование.

База клиничко-психологического исследования включала смешанную семейную выборку «родитель—ребенок»; ребенок с ПТСР направлялся психиатром (основная группа). С целью сравнительного анализа факторов, ассоциированных с ПТСР ребенка, была создана контрольная выборка «родитель—ребенок», в которую входили психически здоровые дети. Таким образом, общую базу клиничко-психологического исследования представляли 130 субъектов: 65 родителей/опекунов (во всех случаях — один из родителей или опекунов ребенка) и 65 детей.

Критерии включения в исследование для основной группы:

- Для детей: возраст 3÷18 лет, наличие верифицированного диагноза «посттравматическое стрессовое расстройство», 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 «посттравматическое стрессовое расстройство»; 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 групп были сопоставимы по полу на основании вычисления стандартной ошибки для дихотомической переменной (S_{bin}) в процедурах интервального оценивания [1]: 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; $t = 0,026$; $p > 0,005$).

Результаты

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 клинко-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 ЦНС в анамнезе. Перинатальное поражение 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 корреляционного анализа приведены в таблице 1.

Таблица 1

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

В результате проведенного корреляционного анализа была выявлена единственная значимая позитивная связь ПТСР с наличием перинатального поражения ЦНС в анамнезе ($p = 0,01$). Найденная связь свидетельствует о том, что перинатальное поражение ЦНС служит биологическим фактором уязвимости ребенка в плане развития ПТСР в случае психотравмирующего воздействия. Значимых связей с другими клинико-биологическими факторами раннего развития обнаружено не было ($p > 0,05$).

С целью исследования связей перинатального поражения ЦНС с наличием тридцати трех исследуемых психопатологических симптомов был произведен корреляционный анализ, результаты которого приведены в таблице 2.

Таблица 2

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 $p < 0,05$.

Перинатальное поражение ЦНС в анамнезе усиливало развитие таких симптомов, как хроническое снижение настроения, повышение тревожности, резкое изменение рисунка поведения, трудности в обучении, неуверенность в поведении.

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 [8].

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?».

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».

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.

Неуверенность в поведении проявлялась в виде неспособности ребенка постоять за себя и адекватно отреагировать на ситуацию конфликта. При судебных разбирательствах, находясь в роли потерпевших, дети с такими поведенческими особенностями в ходе следствия меняли свои показания под незначительным давлением со стороны обвиняемых, затрудняясь выступить в роли обвинителей 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.

Выводы

Таким образом, «органическая почва» как фактор формирования психогенных эмоциональных нарушений у детей [2] может играть роль фактора уязвимости в патогенезе детского ПТСР и способна повышать риск развития этого заболевания.

Кроме того, найденные связи свидетельствует о патопластической способности перинатального поражения ЦНС влиять на динамические характеристики клиники развившегося ПТСР. Примечательным является тот факт, что все пять симптомов, развитие которых было ассоциировано с перинатальным поражением ЦНС: хроническое снижение настроения, повышение тревожности, резкое изменение рисунка поведения, трудности в обучении, неуверенность в поведении — относятся к группе неспецифических симптомов, не входящих в диагностические критерии МКБ-10. Эта находка может иметь значение при планировании диагностических и терапевтических мероприятий по оказанию помощи детям с ПТСР.

Возможно также, что наличие ПТСР и наличие перинатального поражения ЦНС в анамнезе — это те два фактора, каждый из которых способен негативно влиять на способность ребенка к обучению, усиливая действие друг друга по синергическому принципу. Влияние перинатального поражения ЦНС на снижение уверенности в себе в структуре проявлений ПТСР также интерпретируется в свете биопсихосоциальной модели стресс-уязвимости и может играть роль в процессе ревиктимизации [12].

Таким образом, перинатальное поражение ЦНС способно повышать риск развития ПТСР у детей и играть роль фактора, влияющего на оформление его клинической картины.

Литература

1. Девятко И.Ф. Методы социологического исследования: учебное пособие для вузов. – 6-е изд. – М.: КДУ, 2010. – 295 с.
2. Захаров А.И. Неврозы у детей и психотерапия. – СПб.: Союз: Лениздат, 2000. – 323 с.
3. Классификация психических расстройств МКБ-10. Исследовательские диагностические критерии [Электронный ресурс]. – URL: <https://psychiatr.ru/news/181> (дата обращения: 20.06.2018).
4. Кремлева О.В., Лозовой В.В. Биопсихосоциальный подход как основной принцип организации медико-психологической помощи населению // Психотерапия: от теории к практике: материалы I съезда Российской Психотерапевтической Ассоциации / под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб.: Психоневрол. институт им. В.М. Бехтерева, 1995. – С. 42–52.
5. Макаров И.В. Клиническая психиатрия детского и подросткового возраста. – СПб.: Наука и Техника, 2013. – 416 с.
6. Портнова А.А. Типология посттравматического стрессового расстройства у детей и подростков // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2005. – Т. 105, № 12. – С. 9–12.
7. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. – СПб.: Питер, 2001. – 272 с.
8. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. – 4-е изд., перераб. и доп. – СПб.: Питер, 2008. – 672 с.
9. Acute stress disorder symptomatology during hospitalization for pediatric injury / W.B. Daviss, R. Racusin, A. Fleischer [et al.] // J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. – 2000. – Vol. 39, № 5. – P. 569–575.
10. Association between post-traumatic stress and depressive symptoms and functional outcomes in adolescents followed up longitudinally after injury hospitalization / D.F. Zatzick, G.J. Jurkovich, M.Y. Fan [et al.] // Arch Pediatr Adolesc Med. – 2008. – Vol. 162, № 7. – P. 642–648.
11. Baldwin D.S., Pallanti S., Zwanzger P. Developing a European research network to address unmet needs in anxiety disorders // Neurosci Biobehav Rev. – 2013. – Vol. 37, № 10 (Pt 1). – P. 2312–2317.
12. Bockers E., Knaevelsrud C. Revictimisation: a bio-psycho-social model of vulnerability // Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie. – 2011. – Vol. 61, № 9-10. – P. 389–397.
13. Child anxiety in primary care: prevalent but untreated / D.A. Chavira, M.B. Stein, K. Bailey [et al.] // Depress Anxiety. – 2004. – Vol. 20, № 4. – P. 155–164.
14. Children's postdisaster trajectories of PTS symptoms: predicting chronic distress / A.M. La Greca, B.S. Lai, M.M. Llabre [et al.] // Child Youth Care Forum. – 2013. – Vol. 42, № 4. – P. 351–369.
15. Davidson J.R. Recognition and treatment of posttraumatic stress disorder // JAMA. – 2001. – Vol. 286, № 5. – P. 584–588.
16. Disasters and youth: a meta-analytic examination of posttraumatic stress / J.M. Furr, J.S. Comer, J.M. Edmunds [et al.] // J Consult Clin Psychol. – 2010. – Vol. 78, № 6. – P. 765–780.
17. Estimating the number of American children living in partner-violent families / R. McDonald, E.N. Jouriles, S. Ramisetty-Mikler [et al.] // Journal of family psychology. – 2006. – Vol. 20, № 1. – P. 137–142.
18. Finkelhor D., Ormrod R.K., Turner H.A. Lifetime assessment of poly-victimization in a national sample of children and youth // Child Abuse Negl. – 2009. – Vol. 33, № 7. – P. 403–411.
19. Grossman D. The history of injury control and the epidemiology of child and adolescent injuries // Future Child. – 2000. – Vol. 10, № 1. – P. 23–52.
20. Kaminer D., Seedat S., Stein D.J. Post-traumatic stress disorder in children // World Psychiatry. – 2005. – Vol. 4, № 2. – P. 121–125.

21. Kassam-Adams N., Winston F.K. Predicting child PTSD: the relationship between acute stress disorder and PTSD in injured children // *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. – 2004. – Vol. 43, № 4. – P. 403–411.
22. Kramer D.N., Landolt M.A. Characteristics and efficacy of early psychological interventions in children and adolescents after single trauma: a meta-analysis // *European Journal of Psychotraumatology*. – 2011. – Vol. 2. – P. 7858.
23. La Greca A.M. Understanding the psychological impact of terrorism on youth: moving beyond posttraumatic stress disorder // *Clin Psychol Sci Pract*. – 2007. – Vol. 14, № 3. – P. 219–223.
24. La Greca A.M., Silverman W.K. Treatment and prevention of posttraumatic stress reactions in children and adolescents exposed to disasters and terrorism: What is the evidence? // *Child Development Perspectives*. – 2009. – Vol. 3, № 1. – P. 4–10.
25. Looking beyond the physical injury: posttraumatic stress disorder in children and parents after pediatric traffic injury / A.P. de Vries, N. Kassam-Adams, A. Cnaan [et al.] // *Pediatrics*. – 1999. – Vol. 104, № 6. – P. 1293–1299.
26. Miller-Graff L.E., Howell K.H. Posttraumatic stress symptom trajectories among children exposed to violence // *Journal of Traumatic Stress*. – 2015. – Vol. 28, № 1. – P. 17–24.
27. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey / R.C. Kessler, A. Sonnega, E. Bromet [et al.] // *Arch Gen Psychiatry*. – 1995. – Vol. 52, № 12. – P. 1048–1060.
28. Pronczuk J., Surdu S. Children's environmental health in the twenty-first century // *Ann NY Acad Sci*. – 2008. – Vol. 1140, № 1. – P. 143–154.
29. Scheeringa M.S., Zeanah C.H., Cohen J.A. PTSD in children and adolescents: toward an empirically based algorithm // *Depress Anxiety*. – 2011. – Vol. 28, № 9. – P. 770–782.
30. Screening for risk of persistent posttraumatic stress in injured children and their parents / F.K. Winston, N. Kassam-Adams, F. Garcia-España [et al.] // *JAMA*. – 2003. – Vol. 290, № 5. – P. 643–649.
31. Traumatic events and posttraumatic stress in childhood / W.E. Copeland, G. Keeler, A. Angold [et al.] // *Arch Gen Psychiatry*. – 2007. – Vol. 64, № 5. – P. 577–584.

Influence of clinical and biological risk factors on clinical specifics PTSD of children

Yesina O.B.¹

E-mail: yesinao@mail.ru

¹ *Ural State Medical University*
3 Repin str., Ekaterinburg, 620014, Russia
Phone: +7 (343) 320-33-00

Abstract

Introduction: Although PTSD disorder is common, there is a dearth of research on its biological mechanisms, associated with development of PTSD. Earlier studies suggest that biological factors may promote a potential stress disorder progression. This article elucidates little explored clinical aspects of children's posttraumatic stress disorders, associated with residual organic damage of central nervous system of children.

Methods: 30 children with diagnosis PTSD were examined along with their 30 parents and 35 children without diagnosis PTSD (sane children) along with their 35 parents. We used the semi-structured interview, PTSD-specific interviews, such as the Clinician-Administered PTSD Scale – Child and Adolescent Version, the Child PTSD Checklist, and the Child PTSD Symptom Scale. Correlation analysis was used to test the connections among the symptoms PTSD and biological risks factors.

Results: Residual organic damage of central nervous system of children contributes to the PTSD. We did reveal significant correlation between some PTSD symptom and residual organic damage of central nervous system of children.

Conclusions: This study provides persuasive evidence of influence of residual organic damage of central nervous system of children, as biological risk factor, on development and clinical specifics PTSD of children.

Key words: PTSD; children; clinical manifestations; biological risk factors.

For citation

Yesina O.B. Influence of clinical and biological risk factors on clinical specifics PTSD of children. *Med. psihol. Ross.*, 2018, vol. 10, no. 5, p. 3. doi: 10.24411/2219-8245-2018-15030 [in Russian, abstract in English].