



Изучение стрессогенного влияния возникновения болезни у близкого человека, его влияние на семью в целом и на отдельных её членов, ведется сравнительно недавно. Последствия переживания первого психотического эпизода у близкого человека является стрессором высокой интенсивности, имеют свои особенности, динамику.

Исследование проводилось с целью выявления уровня посттравматического стресса и психопатологической симптоматики у матерей в ситуации отстроченного влияния на них первого психотического эпизода у совершеннолетнего ребенка, а также изменения уровня посттравматического стресса и сопутствующей ему симптоматики после участия матерей в социально-психологической программе, получившей в мировой практике название «психообразование».

Методики и характеристика выборки

Для диагностики посттравматического стресса использовались методики, адаптированные Н. В. Тарабриной с коллегами: Миссисипская шкала (МШ), гражданский вариант; для оценки посттравматических реакций – Шкала оценки влияния травматического события (ШОВТС) и опросник выраженности психопатологической симптоматики – SCL-90-R (Тарабрина, 2001; Тарабрина и др., 2007).

База исследования филиал № 2 Психиатрической больницы № 14 (психоневрологического диспансера № 10 г. Москвы) и филиал № 2 Психиатрической больницы № 15 (психоневрологического диспансера № 16).

Исследование было проведено на выборке матерей пациентов с впервые возникшим психотическим эпизодом (давность стрессового воздействия от 2,5 до 6 мес.), посещающих социальную-психологическую программу «Психообразование» на базе ПКБ 14 и ПКБ 15. Объем выборки – 68 чел. Возраст матерей – от 39 до 70 лет, по уровню образования – от среднего специального и выше.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Стрессор – первый психотический эпизод совершеннолетнего ребенка изучался в контексте исследования проблемы посттравматического стресса. В связи с этим возникла необходимость сравнения результатов, полученных в настоящем исследовании, с имеющимися результатами изучения психологических последствий воздействия на человека других стрессоров (Рис.1). В группы риска, исследованные ранее, входили люди в разной степени подверженные воздействию тех или иных стрессоров – пожарные, спасатели, ликвидаторы, беженцы. Среди них присутствовали лица с диагностированным посттравматическим стрессовым расстройством.

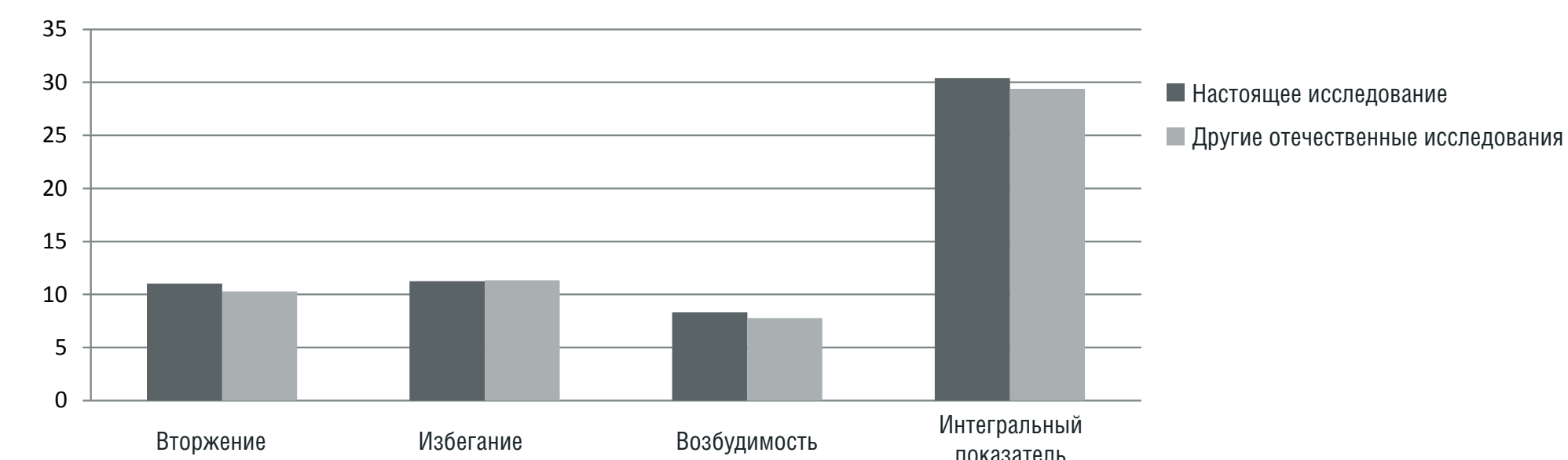


Рис. 1. Средние значения показателей методики ШОВТС, полученные на изучаемой выборке и на выборках других отечественных исследований

Примечание: *средние значения других отечественных исследований представлены в работе Тарабриной Н. В. (Практикум по психологии посттравматического стресса. — СПб: Питер, 2001. — С.131)

В таблице 1 приведены средние значения результатов ШОВТС матерей нашего исследования по шкалам вторжения, избегания, возбудимости и интегральной шкале, и средние значения данных той же методики, использованных в других группах. Как видно, результаты, полученные в настоящем исследовании, незначительно отличаются от данных выборки спасателей, ликвидаторов, беженцев, сотрудников МВД.

Таблица 1. Средние значения и стандартное отклонение данных субшкал ШОВТС в сравнении с данными других исследований (Тарабрина, 2001)

	Вторжение	Избегание	Возбудимость	Интегральный показатель
Пожарные	5.76±3.71	7.26±6.73	3.63±3.99	16.64 ±14.75
Спасатели	5.95±3.93	5.09±5.47	3.35±3.63	14.40±11.05
Респонденты исследования	5.97±11.01	5.26±11.25	6.05±8.30	30.4±14.079
Сотрудники МВД	7.65±6.31	9.26±6.08	5.50±6.18	22.41±17.33
Военнослужащие	8.89±8.03	9.48±7.77	6.40±6.40	24.78 ±20.38
Студенты	10.20 ±8.22	12.17 ±8.79	723±7.46	29.61±2176
Беженцы, «норма»	14.58±10.83	14.94±9.90	11.27±9.87	40.79±28.19
Ликвидаторы, «норма»	14.68±8.96	14.38±9.30	13.33±8.81	42.39±24.94
Беженцы, ПТСР	27.43±6.00	27.43±5.91	22.57±8.06	77.43 ±14.25
Ликвидаторы, ПТСР	24.33±9.07	20.67±5.03	23.33±2.89	68.33±8.02

Поскольку ШОВТС исследует психологические последствия конкретного стрессора, а Миссисипская шкала – состояние в целом на момент исследования, сопоставление данных, полученных этими методиками, позволяет определить, что степень влияния всех возможных стрессоров на конкретного человека сопоставима с влиянием стрессора «первый психотический эпизод» у ребенка.

При расчёте коэффициента корреляции Пирсона для интегральных показателей по методике ШОВТС и показателей по МШ была выявлена умеренная положительная взаимосвязь на достаточно высоком уровне значимости – r=0,56 при p<0,001. Согласно полученным данным можно констатировать наличие прямой связи между оценкой матерями влияния конкретного травматического события и общей выраженностью симптомов посттравматического стресса, т.е. последствия воздействия изучаемого в работе травматического события на момент обследования не теряют своей актуальности, они отражаются и сохраняются в обнаруживаемой симптоматике.

Разброс показателей по Миссисипской шкале варьирует от 12 до 124 баллов, а значения по всей выборке соответствует нормальному распределению. Значительные различия в выраженности симптомов стресса свидетельствуют, по-видимому, об индивидуальной реакции матерей на произошедшее, что делает целесообразным деление выборки на подгруппы по уровню выраженности ПТС. Сопоставление данных по МШ, позволило разделить выборку на три группы по показателю нижнего (LQ = 28.5) и верхнего (UQ = 86) квартилей.

Для анализа различий между значениями показателей методики ШОВТС – «вторжение», «избегание» и «возбудимость» у подгрупп с разным уровнем ПТС, применялся U-критерий Манна-Уитни для сравнения подгрупп попарно (Таблица 2).

Таблица 2. Результаты сравнительного анализа значений интегрального показателя ПТС и шкал ШОВТС в подгруппах с разной выраженностью ПТС

	низкий ПТС / умеренный ПТС			умеренный ПТС / высокий ПТС			низкий ПТС / высокий ПТС		
	U	p	Me	U	p	Me	U	Me	p
Вторжение	125	0.833	6	152	0.332	13	63.5	15	0.412
Избегание	111.5	0.333	8	160.5	0.455	12	60.5	14	0.298
Возбудимость	89.5	0.005*	3	75.5	0.740	9	49.5	9	0.008*
Интегральный показатель	74.0	0.001*	18	147.5	0.267	35	51	43	0.01*

У матерей с высоким и умеренным уровнем ПТС — 75% выборки (n=51), на первый план выступили симптомы «физиологической возбудимости» или «гипервозбудимости». Реакция гипервозбудимости включает чувство злости, раздражительность, гипертрофированную реакцию испуга, трудности с концентрацией внимания, психофизиологическое возбуждение, обусловленное воспоминаниями, проблемы со сном. Преобладают у матерей физиологического возбуждения обусловлено, по-видимому, спецификой исследуемого стрессора, поскольку первый психотический эпизод ребенка, является событием, ранее не присутствующим в опыте матери, дезорганизуя привычный уклад жизни, угрожающим безопасности жизни.

Для изучения эмоционального состояния матерей и уточнения сопутствующей симптоматики применялась методика SCL-90-R. Симптоматический опросник SCL-90-R позволяет провести качественную оценку состояния человека, проследить, как и какие эмоциональные реакции сопутствуют и дополняют сложную картину, которую обнаруживают ШОВТС и МШ.

Целесообразно провести сравнение данных, полученных в настоящем исследовании, с нормативными данными. По результатам диагностики психопатологической симптоматики у матерей с помощью методики SCL-90-R, обнаруживается тенденция к тому, что по большинству показателей средние значения существенно превышают значения нормы и приближаются к показателям людей с клинически диагностированными заболеваниями невротического спектра (депрессии, панические атаки, тревожно-фобическое расстройство и др.).

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ПЕРЕЖИВАНИЯ МАТЕРЬЮ ВОЗДЕЙСТВИЯ СТРЕССОРА ВЫСОКОЙ ИНТЕНСИВНОСТИ, СВЯЗАННОГО С БОЛЕЗНЬЮ СОВЕРШЕННОЛЕТЕГО РЕБЕНКА.

АВТОР: ДАН МАРИНА ВЛАДИМИРОВНА

КЛИНИЧЕСКИЙ ПСИХОЛОГ, МЛАДШИЙ НАУЧНЫЙ СОТРУДНИК ЛАБОРАТОРИИ ПСИХОЛОГИИ РАЗВИТИЯ СУБЪЕКТА В НОРМАЛЬНЫХ И ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ ПОЧТА: MARINA@RAUSEPPE.RU, ТЕЛЕФОН: +7(926)186-00-33

Среднестатистические показатели испытуемых, относимых к «норме» и людей с неврозами, были взяты из работы И.Ф. Дьяконова, Б.В. Овчинникова «Психологическая диагностика в практике врача» (Дьяконов, Овчинников, 2008).

На рисунке 2 наглядно представлено соотношение среднестатистических показателей по симптоматическим шкалам SCL-90-R у матерей настоящего исследования, а также лиц, относимых к «норме» и пациентов с психическими заболеваниями невротического уровня.

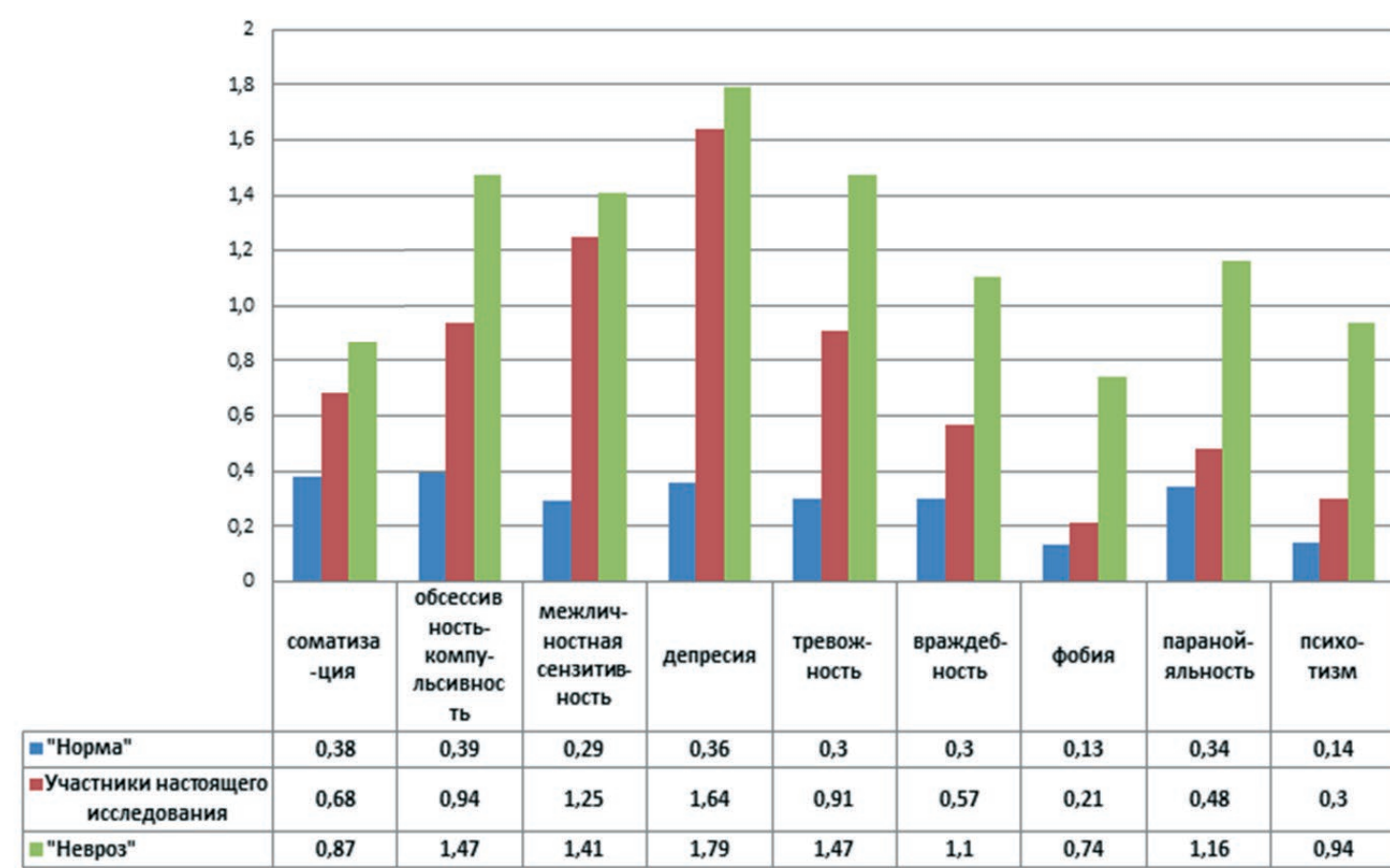


Рис. 2. Средние значения показателей по основным шкалам методики SCL-90-R в норме, у участников настоящего исследования и лиц с диагностированным невротическим расстройством

Значения по шкалам депрессивности и межличностной чувствительности приближаются к значениям, свойственным людям, страдающим тем или иным невротическим расстройством. Кроме того, достаточно высокий уровень общего индекса тяжести симптомов матерей, после воздействия стрессора первый психотический эпизод ребенка, указывает на наличие выраженного дистресса, глубоких эмоциональных переживаний, фрустрации.

Для оценки различий в выявленных подгруппах матерей с разным уровнем ПТС, можно провести статистический анализ выраженности сопутствующих симптомов, по методике SCL-90-R.

Как видно из таблицы 3, различия обнаруживаются между подгруппами с низким и высоким ПТС для симптомов обсессивность-компульсивность, межличностная чувствительность, враждебность и психотизм. У этих подгрупп различаются общий индекс тяжести симптомов (GSI), общее число утвердительных ответов и индекс наличного симптоматического дистресса (PDSI). Значимые различия, также, обнаруживаются между подгруппами с умеренным ПТС и высоким ПТС для симптомов обсессивность-компульсивность, враждебность, психотизм, паранойальность, общий индекс тяжести симптомов, общее число утвердительных ответов и индекс наличного симптоматического дистресса. Между подгруппами «низкий ПТС» и «умеренный ПТС» значимых различий не выявлено ни по одной из шкал SCL-90-R.

Таблица 3. Сравнение психопатологической симптоматики по SCL-90-R в подгруппах с разным уровнем выраженности ПТС

	низкий ПТС / умеренный ПТС			умеренный ПТС / высокий ПТС			низкий ПТС / высокий ПТС		
	U	Me	p	U	Me	p	U	Me	p
СОМАТИЗАЦИЯ	238.5	0.42	0.714	242.5	0.46	0.164	124	0.67	0.114
ОБСЕССИВНОСТЬ-КОМПУЛЬСИВНОСТЬ	251.0	0.6	0.929	187.5	0.7	0.014**	95.0	1.1	0.014**
МЕЖЛИЧНОСТНАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ	240.5	1	0.747	247.5	1.315	0.195	103.5	1.44	0.026*
ДЕПРЕССИВНОСТЬ	232.0	1.62	0.610	249.0	1.5	0.206	118.0	1.85	0.078
ТРЕВОЖНОСТЬ	216.5	0.8	0.392	268.0	0.75	0.367	118.5	1.1	0.078
ВРАЖДЕБНОСТЬ	246.5	0.5	0.849	158.0	0.33	0.002**	93.0	0.67	0.011*
ФОБИЯ	199.0	0.14	0.198	268.5	0.14	0.357	161.5	0.14	0.622
ПАРАНОЙАЛЬНОСТЬ	177.5	0.33	0.79	145.5	0.17	0.001**	121.5	0.5	0.095
ПСИХОТИЗМ	214.5	0	0.337	136.5	0.15	0.001**	59.0	0.3	0.001**
ОБЩИЙ ИНДЕКС ТЯЖЕСТИ СИМПТОМОВ	219.5	0.8	0.432	207.5	0.77	0.040*	71.5	1.01	0.001**
ОБЩЕЕ ЧИСЛО УТВЕРДИТЕЛЬНЫХ ОТВЕТОВ	197.0	31	0.198	203.5	40	0.032*	52.5	44	0.001**
ИНДЕКС НАЛИЧНОГО СИМПТОМАТИЧЕСКОГО ДИСТРЕССА	254.5	1.8	0.991	198.5	1.815	0.025*	114.0	2.06	0.050*

Таким образом, матерей с «высоким ПТС» (31%) отличает наличие навязчивых воспоминаний или действий, затруднения в общении и повышенная чувствительность к критике, оценкам со стороны окружающих, стремление ограничить круг контактов, негативные переживания недоброжелательности, негативизма окружающих, а так же относительно легкие, но ощутимые переживания собственной неадекватности или нереальности происходящего, дезорганизацию. Сочетание этих состояний соотносится с высокими показателями возбудимости по ШОВТС и представляет собой картину довольно дезадаптивного состояния.

После прохождения матерями программы «психообразование» была проведена повторная диагностика, выявляющая уровень посттравматического стресса и психопатологическую симптоматику. Для проверки гипотезы, согласно которой после проведения психообразовательной программы выраженность посттравматического стресса снижается, а также уменьшается количество и интенсивность психопатологических симптомов, произведем сравнение данных, полученных по методикам ШОВТС, Миссисипская шкала и SCL-90-R до и после участия матерей в программе «Психообразование».

Относительно признаков ПТС, выявляемых методикой ШОВТС при повторном замере было зафиксировано значимое снижение уровня симптомов физиологической возбудимости, симптомов избегания и вторжения, обусловленных стрессором.

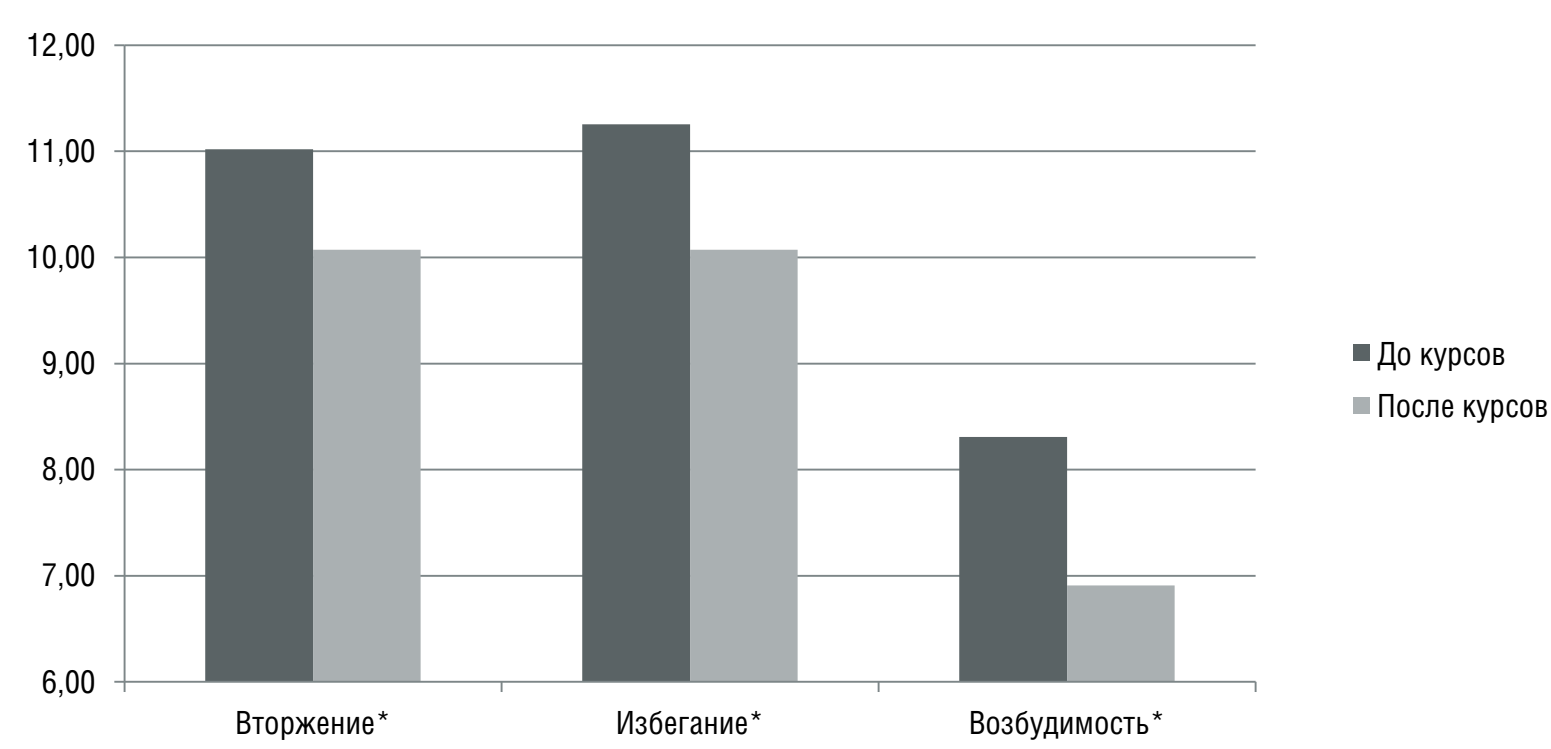


Рис. 3. Сопоставление выраженности шкал ШОВТС (кроме интегрального показателя) до и после психообразовательных курсов

Обратимся теперь к анализу динамики изменений в ранее выделенных подгруппах по уровню посттравматического стресса (Рис. 4).

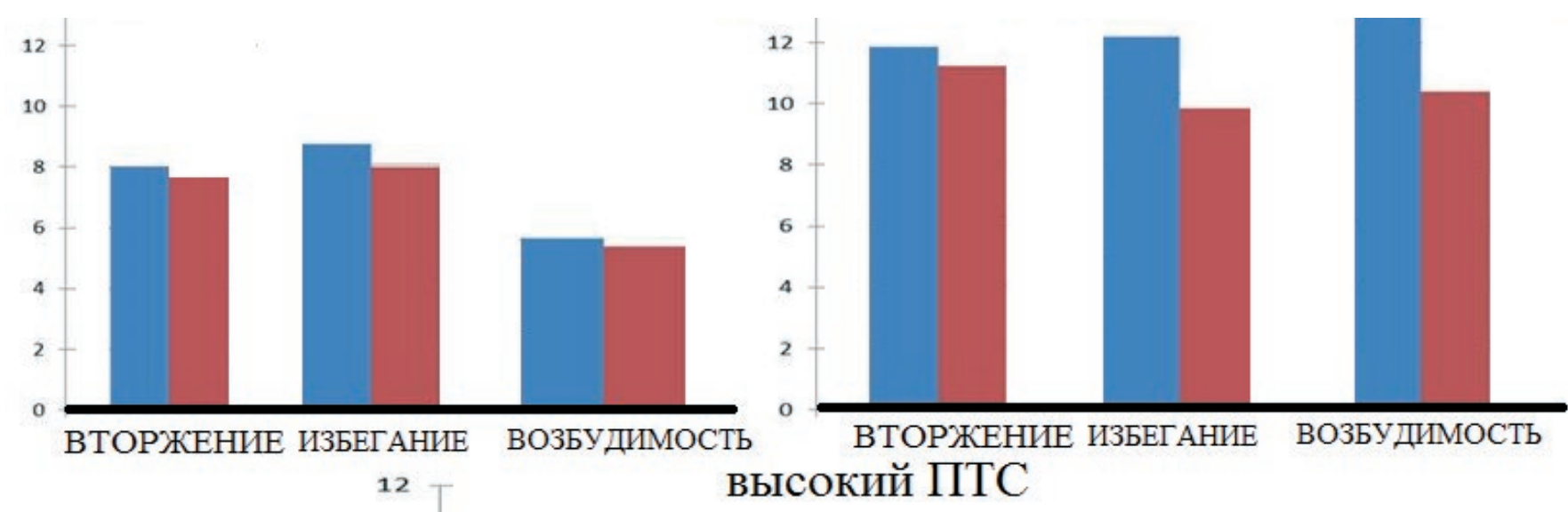


Рис. 4. Сопоставление выраженности шкал ШОВТС (кроме интегрального показателя) до и после психообразовательных курсов

Значимое снижение уровня посттравматического стресса, измеряемого методиками ШОВТС, обнаруживается в подгруппах с высоким и умеренным ПТС, а анализ изменений в подгруппе с низким ПТС не обнаруживает значимых различий. На наш взгляд эти результаты обусловлены тем, что в подгруппе «Низкий ПТС» снижение уровня ПТС не предполагается, поскольку его уровень у матерей данной подгруппы в начале исследования и так находится на минимальных отметках. Значимое снижение в подгруппах «Умеренный ПТС» и «Высокий ПТС» подтверждает выдвинутую гипотезу об уменьшении проявлений посттравматического стресса, при этом динамика проявления ПТС различна в этих подгруппах. Так, в случае с «умеренным ПТС» более выражено снижение показателей по шкале «возбудимость», а при «высоком ПТС»

снижение пошкалам «вторжение» и «возбудимость» равномерное. Это, по-видимому, отражает специфику состояния матерей с «умеренным ПТС». На наш взгляд, данная подгруппа наиболее продуктивна в качестве потребителя социальной-психологической поддержки, т.к. состояние, с одной стороны, требует коррекции, а с другой стороны не доходит до степени, могущей затруднить продуктивность усвоения навыков и проработки переживаний. В этом случае снижение симптомов «возбудимости» отражает большую степень способности к вовлечению в работу, тенденцию к спокойному, рациональному подходу к проблеме.

Для всех подгрупп, разделенных по уровню ПТС, характерно уменьшение межличностной чувствительности, депрессивности, тревожности, и общего индекса тяжести симптомов и индекса наличного симптоматического дистресса (Рис. 5).

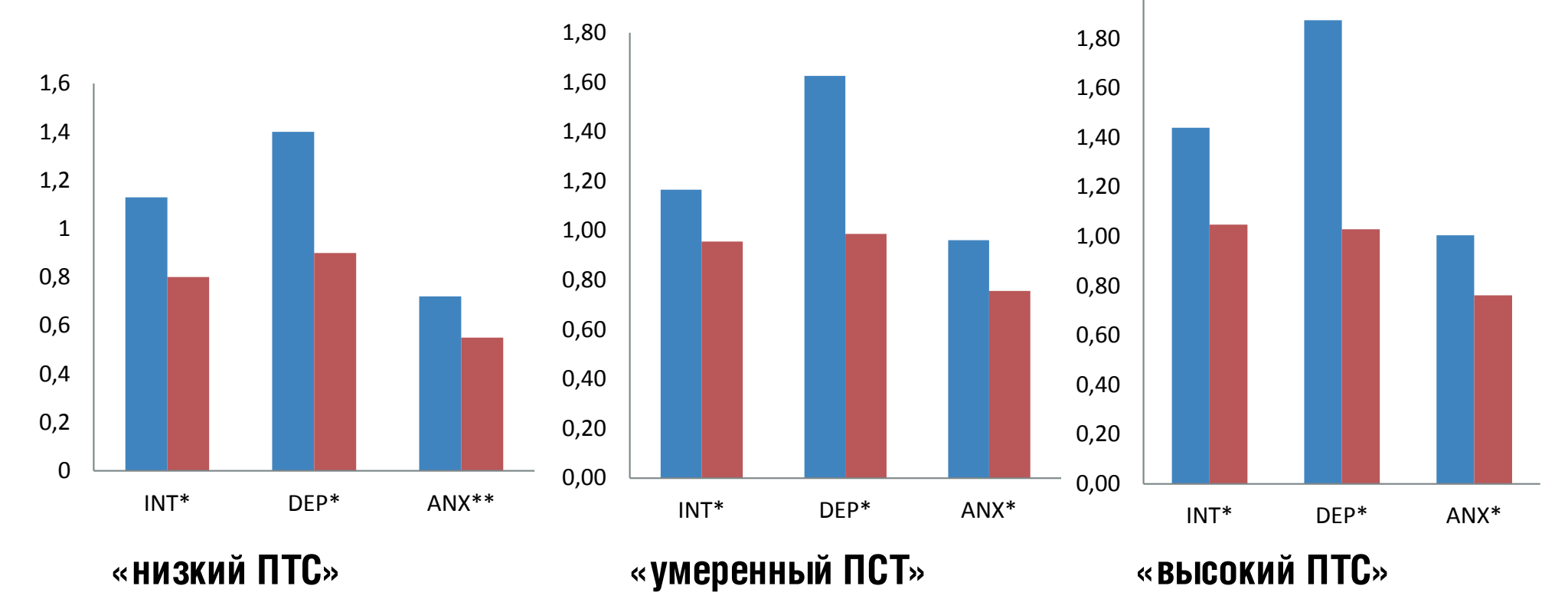


Рис. 5. Динамика значений психопатологических симптомов по методике SCL-90-R, значимо снижающихся во всех подгруппах «низкий ПТС», «умеренный ПТС», «высокий ПТС»

По-видимому, данное сочетание отражает наиболее уязвимые психологические изменения, мишени, на которые влияет переживание стрессора «первый психотический эпизод совершеннолетнего ребенка». Переживание апатии, грусти, тревога, чувствительность в межличностном общении свидетельствует о невротической реакции, а в подгруппах «умеренный ПТС» и «высокий ПТС» в сочетании с симптомами социализации образует классическую невротическую триаду. Невротические реакции – это срыв адаптационных механизмов, возникающий под влиянием интенсивного переживания значимой ситуации или проблемы. Это наиболее распространенная реакция человека на психотравмирующие состояния, в отличие от психических симптомов. Напомним, что речь идет не о заболеваниях – неврозе как таковом, а о эмоциональных состояниях не достигающих клинической выраженности, индивидуальных эмоционально-психологических реакциях, и, как было сказано раньше, «симптом» является не отражением болезни, а характеристикой нормативного эмоционального реагирования по аналогии с «акцентуацией».

Кроме общих показателей динамики ПТС и выраженных эмоциональных реакций матерей, напомним, межличностной чувствительности, депрессивности, тревожности, были обнаружены особенности динамики, характерные для каждой подгруппы. Нам представляется этот результат очень значимым (Рис. 6).

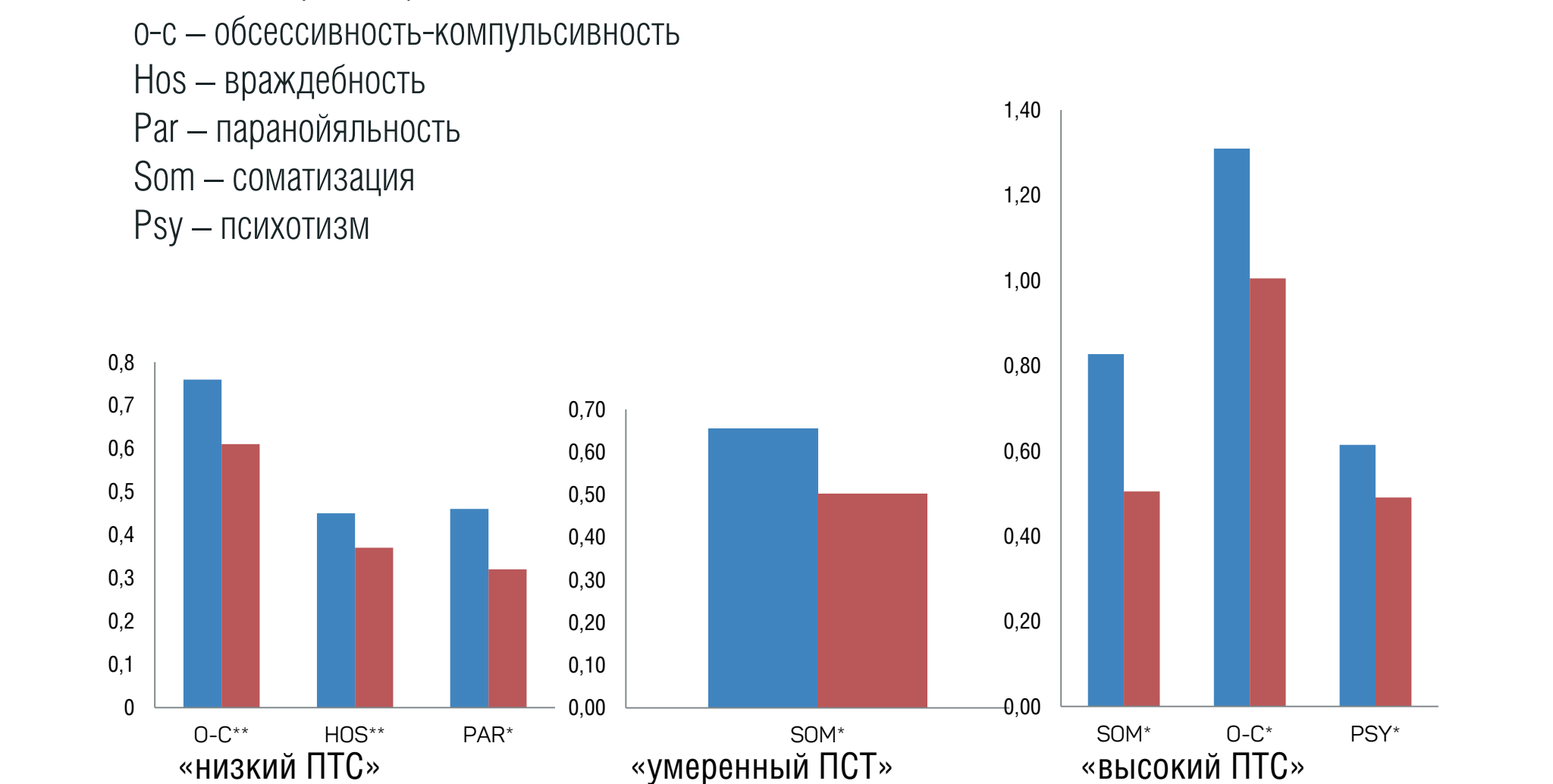


Рис. 6. Динамика значений уникальных психопатологических симптомов по методике SCL-90-R для каждой из подгрупп «низкий ПТС», «умеренный ПТС», «высокий ПТС»

В подгруппе с высоким ПТС кроме динамики уровня самого стресса наблюдается характерные только для этой подгруппы изменения соматизации, обсессивности-компульсивности и психотизма. На наш взгляд, группа этих симптомов позволяет говорить о наличии у матери неспособности перерабатывать травматический опыт психологическими средствами. В подгруппе с «умеренным ПТС» кроме общей динамики выявлена значимая динамика в сторону уменьшения соматизации, это так же свидетельствует о появлении психологической проработки стресса, но, в отличие от подгруппы с «высоким ПТС» этим матерям была более доступна рациональная и эмоциональная переработка переживаний. Неожиданным для нас оказались результаты в подгруппе с «низким ПТС» тоже были обнаружены различия по ряду симптомов, а именно: враждебности, паранойальности и обсессивности-компульсивности. В отличие от других подгрупп препятствием осознанию травмы здесь могла послужить выраженная проекция негативных мыслей и чувств, которая в результате участия в программе, редуцируется.

Таким образом, по результатам анализа эмпирических данных было выделено три группы матерей с разной степенью посттравматического стресса. Матери с «высоким ПТС» отличались сопутствующими эмоционально-психологическими реакциями, включавшими навязчивые мысли или действия, повышенное психоэмоциональное напряжение, состояние растерянности и страха, беспокойство, тревогу и переживание дезорганизации. Степень этих эмоциональных проявлений и их общее количество у них оказались сильнее, чем у других респондентов. Матери с «умеренным ПТС» имели меньше проявлений указанных признаков, их состояние, хотя и включало наличие переживания апатии, грусти, раздражения, чувствительности в межличностном взаимодействии, страха, негативизма, было не настолько акцентированным. Матери с «низким ПТС» обнаруживали меньшее, по сравнению с двумя другими подгруппами, количество и выраженность эмоциональных изменений. Каждая из подгрупп имеет свой специфический профиль признаков ПТС и эмоциональных реакций, которые отражают специфичность травматизации и её переработки.

Выводы:

- «Первый психотический эпизод» совершеннолетнего ребенка является для матери источником стресса высокой интенсивности и приводит к появлению признаков посттравматического стресса и психопатологической симптоматики.
- Относительно уровня посттравматического стресса в подгруппах «Высокий ПТС» и «Умеренный ПТС» выявлены высокие значения по показателю «возбудимость», это отличает их от подгруппы «Низкий ПТС».
- Относительно психопатологической симптоматики при высоком уровне ПТС, по сравнению с группами умеренной выраженности ПТС и низкой выраженности ПТС, интенсивнее проявляются симптомы обсессивности-компульсивности, межличностной чувствительности, враждебности и психотизма. Для подгруппы «Умеренный ПТС» характерно наличие симптомов обсессивности-компульсивности, враждебности, психотизма и паранойальности. Матери со «Низким ПТС» отличаются наиболее низкими значениями психопатологических симптомов.
- Относительно уровня посттравматического стресса после похождения программы «Психообразование» уровень посттравматического стресса уменьшился в подгруппах «Умеренный