ЭНЦИКЛОПЕДИЯ
раннего детского
развития

ТРЕВОЖНОСТЬ И ДЕПРЕССИЯ

Посттравматическое стрессовое расстройство у детей младшего возраста

Александра Де Янг, PhD, Джастин Кенарди, PhD

Национально-исследовательский центр нарушений здоровья и реабилитации, медицинский факультет, Университет Квинсленда, Австралия

марта 2013 г.

Введение

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) – одно из самых серьезных и ослабляющих здоровье расстройств, сопровождающих пережитую травму. Согласно исследованиям, у детей младшего возраста, как и у детей постарше и подростков, обычно проявляются три традиционных симптома ПТСР: повторное переживание события (через ночные кошмары или посредством отыгрывания травматических событий), стремление избежать напоминаний о пережитом событии, а также психологическое перевозбуждение (например, раздражительность, расстройство сна, немотивированное вздрагивание).[1] Однако результаты исследований говорят о том, что признаки ПТСР, указанные в The Diagnostic and statistical Manual of mental Disorders (Руководстве по диагностике и статистике психических расстройств, 4-ое издание, переработанное),[2] неадекватно отражают специфику появления симптомов у младенцев и детей дошкольного возраста. В Руководстве также дана заниженная статистика относительно количества детей,

©2013-2025 ABILIO | ТРЕВОЖНОСТЬ И ДЕПРЕССИЯ

переживающих посттравматический стресс и последующее ухудшение состояния здоровья.[3] Соответственно, проведение новых исследований стимулирует включение подтипа ПТСР, встречающегося у детей дошкольного возраста, в Руководство по диагностике и статистике в 5-ом издании.[4,5]

Частота, течение и последствия реакций на травму

Результаты исследований маленьких детей, авторы которых приняли адекватные возрасту критерии ПТСР, показали, что в 6.5–29% случаев дети испытывают острую реакцию на стресс в течение первого месяца после дорожно-транспортного происшествия (ДТП)[6] или случаев получения ожоговых травм[7]; в 14.3–25% случаев – в течение двух месяцев после получения различных видов травм (например, ожоги, пулевые ранения, ДТП, травмы во время занятий спортом или во время игры),[8,9] в 10 % случаев – в течение шести месяцев после ДТП или получения ожоговых травм[6,8] и в 13.2% случаев – в среднем в течение 15 месяцев после получения ожоговых травм.10 Признаки возрастно-специфического ПТСР проявляются в 26-60%[1,3,11] случаев как следствие физического или сексуального насилия. Наше исследование показало, что у детей младшего возраста развивается депрессия, тревожное расстройство, связанное с разлукой, оппозиционно-вызывающее расстройство (ОВР) и специфические фобии вследствие получения ожоговых травм,[8] и что данные расстройства в высокой степени являются сопутствующими симптомами ПТСР.

Исследования, проведенные с участием детей всех возрастных категорий, показали, что в отсутствии лечения ПТСР может развиться в хроническую форму, подрывающую здоровье.[8,12,13] Результаты данного исследования вызывают опасения, принимая во внимание тот факт, что нейрофизиологические системы у детей младшего возраста, включая системы модуляции стресса и регуляции эмоций, все еще находятся в процессе стремительного развития.[14] Кроме того, травмы, полученные в детстве, ассоциируются с перманентным структурным[15] и функциональным[16] повреждением мозга, так же, как и с появлением психиатрических расстройств,[17] поведением, связанным с риском для здоровья, и соответствующим состоянием физического здоровья у взрослых.[18] Таким образом, травма, полученная в раннем детстве, может иметь гораздо более серьезные последствия в отношении траектории развития, чем травмы, полученные на более поздних этапах развития.

Роль родителей

Во время работы с детьми очень важно осознавать, что сама травма и реакция ребенка на нее – серьезное испытание для родителей, которое может также стать источником хронического стресса. Результаты исследований показали, что примерно 25% родителей переживают клинически повышенный уровень острого стресса, ПТСР, тревожность, депрессию и стресс в течение первых шести месяцев после случая травмы у ребенка.[19-21] Хотя большинство родителей остаются относительно устойчивыми, и уровень их стресса со временем приходит в клиническую норму, страдания родителей в течение стадии острого стресса способствуют развитию и сохранению травматической симптоматики у пострадавших детей.[19,20,22]

Общепризнано, что качество привязанности детей и родителей друг к другу, душевное здоровье родителей и их действия по воспитанию являются ключевыми факторами, влияющими на восстановление ребенка после пережитой травмы.[14,23,24] Для детей младшего возраста отношения с родителями особенно важны, поскольку дети не обладают достаточными приспособительными возможностями, чтобы регулировать сильные эмоции самостоятельно. Таким образом, они зависят от чувствительного и эмоционально открытого воспитателя, который мог бы помочь им регулировать эмоциональную реакцию в минуты душевного страдания.[14,23] Кроме того, дети младшего возраста особенно полагаются на эмоции родителей с целью понять, как интерпретировать то или иное событие или реагировать на него. В дальнейшем дети могут имитировать реакцию своих родителей на страх и их неадекватные приспособительные реакции.[25] Родители также могут напрямую влиять на контакт ребенка с напоминаниями о пережитой травме (например, позволять избегать обсуждения произошедшего) и таким образом препятствовать адаптации ребенка к восприятию события.[25]

Влияние неблагоприятных психологических реакций на отношения между детьми и родителями, развитие травматических симптомов у ребенка в сочетании с душевными страданиями родителей – важные аргументы, побуждающие уделять больше внимания потребностям родителей с целью снизить уровень их переживаний и стимулировать у них способность поддержать детей в трудную минуту. Адекватные меры, нацеленные на облегчение душевного недомогания ребенка и родителей, а также на улучшение отношений между ними, благотворно скажутся на процессе торможения развития посттравматических реакций у родителей и детей. Однако имеются лишь предварительные данные в поддержку данных видов вмешательства в период обострения, требуется

проведение дополнительных исследований по этому вопросу.

Меры профилактики и коррекции на раннем этапе

К сожалению, у большинства детей и их родителей, переживающих психологические трудности после травмы, не диагностируют характерных симптомов, вследствие чего и дети, и родители не получают адекватной поддержки. Принимая во внимание распространенность случаев получения травм, а также учитывая тот факт, что период раннего детства является сензитивным периодом развития мозга, необходимо ввести эффективные меры, способные снизить риск развития хронических посттравматических стрессовых реакций у детей и родителей. Целесообразно принимать подобные меры в обстановке с повышенным риском возникновения стрессовых реакций, например, в лечебном учреждении. Данное решение позволило бы снизить риск возникновения травматических стрессовых реакций или вовсе предотвратить их с помощью проведения обследования и внедрения программы профилактических мер.[26] Ранняя диагностика выраженных симптомов и принятие соответствующих мер в семьях, находящихся в группе риска, поможет предотвратить возникновение проблем и их укоренения или, по меньшей мере, свести к минимуму влияние этих проблем на ребенка, семью и общество. Однако первостепенная задача состоит в том, чтобы научиться различать категории пациентов, переживающих кратковременное душевное расстройство и тех, кто находится в зоне риска развития хронического ПТСР,[13] не создавая при этом дополнительных перегрузок для заполненных лечебных учреждений. Психометрически выверенных методик обследования для очень маленьких детей не существует, что является существенным недочетом в данной области.

До настоящего времени большинство исследований проводилось скорее на предмет лечения хронического ПТСР, чем на предмет ранней профилактики его симптомов. Как в детской, так и во взрослой литературе нет данных о том, какие категории пациентов нуждаются в проведении мероприятий профилактики на раннем этапе, какую продолжительность и содержание должны иметь данные мероприятия.[27] На сегодняшний момент систематические обзоры свидетельствуют о наибольшей эффективности продолжительной когнитивно-бихевиоральной терапии травмы (КБТ), которая проводится в течение первых трех месяцев после пережитых событий.[27]

Результаты исследований с участием детей говорят о том, что предупредительные меры на основе информации об инциденте в течение двух недель после случаев получения травмы способны снизить симптомы тревожности у детей в 1-ый [28] и 6-ой месяцы после пережитого события.[29] Кроме того, Landolt и соавторы получили положительный отклик на проведение разового сеанса предупредительной терапии, направленной на нейтрализацию симптомов депрессии и поведенческих проблем у группы детей предподросткового возраста (7-11 лет), затронутых дорожно-транспортными происшествиями.[30] Berkowitz с коллегами[31] создали единственную индивидуально-ориентированную программу профилактики (4 сеанса для ребенка с родителем/опекуном, включающие диагностику, обучение психологической самопомощи и адаптационным навыкам) для детей 7-17 лет. Программа показала свою эффективность при снижении проявлений ПТСР и различных посттравматических симптомов.

Тем не менее, не существует обнародованных исследований эффективности превентивных посттравматических психологических мероприятий для детей младшего возраста (до шести лет). Однако исследования Scheeringa показали, что 12 сеансов когнитивно-бихевиоральной терапии, построенные в соответствии со специальным планом для ПТСР, проведенные с детьми 3-6 лет, переживших разнообразные травмирующие события, показали свою целесообразность и эффективность при снижении существующих посттравматических симптомов стресса.[32]

Немногие исследования рассматривают компонент предупредительной терапии для взрослых с целью профилактики расстройств после получения ребенком травмы. Kenardy и соавторы обнаружили, что обучение психологической самопомощи, предоставленное родителям в течение 72 часов после несчастного случая, показало свою эффективность при снижении посттравматических симптомов у родителей в период 6 месяцев после случившегося.[28] Melnyk и соавторы[33] рассматривали эффективность программы профилактики у родителей детей 2-7 лет, находящихся под пристальным наблюдением педиатров. Исследователи обнаружили, что у родителей в группе профилактики заметно снизился уровень стресса, депрессии и симптомов ПТСР, а их дети после выписки испытывали меньше поведенческих проблем интернализующего и экстернализующего типа.

Перед тем, как давать научно обоснованные рекомендации по проведению профилактических мероприятий ПТСР у детей младшего возраста, требуется проведение

соответствующих исследований. Однако Landolt и соавторы, основываясь на результатах недавно проведенного мета-анализа, утверждают, что ранние профилактические меры помогают выявить детей, находящихся в зоне риска. Данные мероприятия включают несколько сеансов обучения психологической самопомощи, индивидуальным адаптационным навыкам, вовлечение в процесс родителей и ознакомление с различными формами травматических явлений.[34]

Рекомендации для родителей, служб и административной политики

На данный момент явлению посттравматического стресса у детей младшего возраста уделяется недостаточно внимания. Сотрудникам лечебных учреждений следует более пристально наблюдать за детьми с целью выявления признаков посттравматического стресса. Возможно, для этого потребуется проведение подготовки и переподготовки персонала. Массовое стандартизованное обследование является идеальным вариантом, однако проведение диагностики групп детей, находящихся в зоне риска, может оказаться более экономичным. Помимо того, любая программа обследования должна быть интегрирована с клинической структурой, предоставляющей возможности для получения соответствующей помощи. Дистресс у родителей – это значительный фактор влияния на посттравматические реакции у детей. Однако в лечебных учреждениях данному критерию уделяется недостаточно внимания. Причиной тому может быть тот факт, что дистресс родителей на фоне получения травмы ребенком может не достигать уровня клинического диагноза, или же то, что больше внимания принято уделять потребностям ребенка, нежели семье в целом.[22] Сотрудникам служб следует уделять больше внимания тому, что последствия травмы могут оказать более серьезное влияние на семейную систему в целом.

Литература

1. Scheeringa, M., et al., New findings on alternative criteria for PTSD in preschool children.*Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2003. 42(5): p. 561-570.
2. American Psychiatric Association, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, (4th edition, Text Revision).* 2000, Washington, DC: Author.
3. Scheeringa, M.S., et al., Two approaches to the diagnosis of posttraumatic stress disorder in infancy and early childhood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1995. 34(2): p. 191-200.
4. Scheeringa, M.S., C.H. Zeanah, and J.A. Cohen, PTSD in Children and Adolescents: Toward an Empirically Based Algorithm. *Depression and Anxiety*, 2011. 28(9): p. 770-782.
5. De Young, A.C., J.A. Kenardy, and V.E. Cobham, Diagnosis of Posttraumatic Stress Disorder in Preschool Children.*Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 2011. 40(3): p. 375-384.

6. Meiser-Stedman, R., et al., The posttraumatic stress disorder diagnosis in preschool- and elementary school-age children exposed to motor vehicle accidents. *American Journal of Psychiatry*, 2008. 165(10): p. 1326-1337.
7. Stoddard, F.J., et al., Acute stress symptoms in young children with burns. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2006. 45(1): p. 87-93.
8. De Young, A.C., et al., Prevalence, comorbidity and course of trauma reactions in young burn-injured children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2012. 53(1): p. 56-63.
9. Scheeringa, M.S., et al., Factors affecting the diagnosis and prediction of PTSD symptomatology in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 2006. 163(4): p. 644-651.
10. Graf, A., C. Schiestl, and M.A. Landolt, Posttraumatic Stress and Behavior Problems in Infants and Toddlers With Burns. *Journal of Pediatric Psychology*, 2011. 36(8): p. 923-931.
11. Levendosky, A.A., et al., Trauma symptoms in preschool-age children exposed to domestic violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 2002. 17(2): p. 150-164.
12. Scheeringa, M.S., et al., Predictive validity in a prospective follow-up of PTSD in preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2005. 44(9): p. 899-906.
13. Le Brocque, R.M., J. Hendrikz, and J.A. Kenardy, The Course of Posttraumatic Stress in Children: Examination of Recovery Trajectories Following Traumatic Injury. *Journal of Pediatric Psychology*, 2010. 35(6): p. 637-645.
14. Carpenter, G.L. and A.M. Stacks, Developmental effects of exposure to Intimate Partner Violence in early childhood: A review of the literature. *Children and Youth Services Review*, 2009. 31(8): p. 831-839.
15. Carrion, V.G., C.F. Weems, and A.L. Reiss, Stress predicts brain changes in children: A pilot longitudinal study on youth stress, posttraumatic stress disorder, and the hippocampus. *Pediatrics*, 2007. 119(3): p. 509-516.
16. Perry, B.D., et al., Childhood trauma, the neurobiology of adaptation, and ''use-dependent'' development of the brain: How ''states'' become ''traits''. *Infant Mental Health Journal*, 1995. 16(4): p. 271-291.
17. Green, J.G., et al., Childhood Adversities and Adult Psychiatric Disorders in the National Comorbidity Survey Replication I Associations With First Onset of DSM-IV Disorders. *Archives of General Psychiatry*, 2010. 67(2): p. 113-123.
18. Felitti, V.J., et al., Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults - The adverse childhood experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*, 1998. 14(4): p. 245-258.
19. De Young, A.C., Psychological impact of burn injury on young children and their parents: Implications for diagnosis, assessment and treatment (Unpublished Doctoral dissertation), 2011, School of Psychology, University of Queensland: Brisbane.
20. Landolt, M.A., et al., The mutual prospective influence of child and parental post-traumatic stress symptoms in pediatric patients. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2012. 53(7): p. 767-774.
21. Hall, E., et al., Posttraumatic stress symptoms in parents of children with acute burns. *Journal of Pediatric Psychology*, 2006. 31(4): p. 403-412.
22. Le Brocque, R.M., J. Hendrikz, and J.A. Kenardy, Parental response to child injury: Examination of parental posttraumatic stress symptom trajectories following child accidental injury. *Journal of Pediatric Psychology*, 2010. 35(6): p. 646-655.
23. Lieberman, A.F., Traumatic stress and quality of attachment: Reality and internalization in disorders of infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 2004. 25(4): p. 336-351.
24. Scheeringa, M.S. and C.H. Zeanah, A relational perspective on PTSD in early childhood. *Journal of Traumatic Stress*, 2001. 14(4): p. 799-815.
25. Nugent, N.R., et al., Parental posttraumatic stress symptoms as a moderator of child's acute biological response and subsequent posttraumatic stress symptoms in pediatric injury patients. *Journal of Pediatric Psychology*, 2007. 32(3): p. 309-

318.

26. Kazak, A.E., et al., An integrative model of pediatric medical traumatic stress. *Journal of Pediatric Psychology*, 2006. 31(4): p. 343-355.
27. Roberts, N.P., et al., Systematic Review and Meta-Analysis of Multiple-Session Early Interventions Following Traumatic Events. *American Journal of Psychiatry*, 2009. 166(3): p. 293-301.
28. Kenardy, J., et al., Information-provision intervention for children and their parents following pediatric accidental injury. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 2008. 17(5): p. 316-325.
29. Cox, C.M., J.A. Kenardy, and J.K. Hendrikz, A Randomized Controlled Trial of a Web-Based Early Intervention for Children and their Parents Following Unintentional Injury. *Journal of Pediatric Psychology*, 2010. 35(6): p. 581-592.
30. Zehnder, D., M. Meuli, and M.A. Landolt, Effectiveness of a single-session early psychological intervention for children after road traffic accidents: a randomised controlled trial. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 2010. 4: p. 7.
31. Berkowitz, S.J., C.S. Stover, and S.R. Marans, The Child and Family Traumatic Stress Intervention: Secondary prevention for youth at risk of developing PTSD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2011. 52(6): p. 676-685.
32. Scheeringa, M.S., et al., Trauma-focused cognitive-behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in three-through six year-old children: a randomized clinical trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2011. 52(8): p. 853-860.
33. Melnyk, B.M., et al., Creating opportunities for parent empowerment: Program effects on the mental health/coping outcomes of critically ill young children and their mothers. *Pediatrics*, 2004. 113(6): p. E597-E607.
34. Kramer, D.N. and M.A. Landolt, Characteristics and efficacy of early psychological interventions in children and adolescents after single trauma: a meta-analysis. *European journal of psychotraumatology*, 2011. 2.