

# Психологические последствия переживания матерью впервые возникшего психического заболевания у совершеннолетнего ребенка [3] М. В. Дан, Н. Е. Харламенкова (Москва)

marina@raudsepp.ru nataly.kharlamenkova@gmail.com

*Представлены результаты исследования уровня посттравматического стресса и психопатологической симптоматики у матерей, посетивших «Курсы психиатрической грамотности» после впервые возникшего психического заболевания у совершеннолетнего ребенка. Выявлен средний с тенденцией к высокому уровень посттравматического стресса и показана его связь с психопатологической симптоматикой. Обосновывается значение психообразовательной работы для профилактики симптомов стресса у матерей и снижения уровня психологического неблагополучия. Выявлено, что данный вид работы способствует снижению симптомов депрессии, соматизации, обсессивности – компульсивности, фобической тревожности, уровня выраженности посттравматических стрессовых реакций.*

**Ключевые слова:** *посттравматический стресс, психическая болезнь, психопатологическая симптоматика.*

Психологические последствия влияния на человека стрессоров высокой интенсивности включают в себя когнитивно-личностные и эмоциональные изменения у индивида, вызванные воздействием психотравмирующего переживания (Тарабрина, 2009).

Среди факторов, приводящих к серьезным стрессовым состояниям, таких как участие в боевых действиях, насильственные действия, смерть близкого человека, катастрофы, природные катаклизмы, тяжелые соматические заболевания и др., выделяется такой фактор, как впервые возникшее психическое заболевание у близкого родственника.

Распространение психических заболеваний, специфическое поведение больного в период острого проявления болезни, наличие мифов и предубеждений по отношению к психиатрическим больным – лишь некоторые дополнительные факторы, приводящие к дезадаптации семей и отдельных их членов, столкнувшихся с заболеванием родного (Ривкина, Сальникова, 2009). Среди многообразия проявлений психических заболеваний острое начало болезни с психотическим состоянием становится наиболее тяжелым психологическим стрессом для окружающих, приводит к стигматизации, самостигматизации родственников больного (Солоненко, 2006; Ениколопов, 2013), что подтверждает необходимость разработки и внедрения психообразовательных программ в состав реабилитационных мероприятий (Гурович и др., 2007).

По современным стандартам психиатрическая помощь базируется на биопсихосоциальной модели (Хритинин и др., 2015). Задача данного подхода состоит не только в уменьшении и купировании симптомов психического заболевания, но и в социально-психологическом восстановлении пациента и его реабилитации. Такой подход наиболее эффективен при возникновении первых психотических эпизодов, когда вся семья

переживает глубокий психоэмоциональный стресс, сопровождающийся искажением самоидентификации пациента и семьи, изменением структуры внутрисемейного и социального взаимодействия (Эйдемиллер и др., 2006). Образовательная программа для родственников, наряду с другими лечебно-реабилитационными мерами, становится значимой частью помощи пациентам с первым психотическим эпизодом и фокусируется на близких пациенту людях как на ресурсах для его выздоровления (Гурович и др., 2007).

В настоящее время достоверно подтверждено значение сочетания фармакотерапии и семейно-ориентированного влияния, в котором участвует хотя бы один родственник пациента, испытывающий большую часть семейной нагрузки – физической, эмоциональной и финансовой (Костенко, 2014). Именно такой ухаживающий родственник играет определяющую роль в последующей социальной адаптации пациента. Однако психологическое благополучие и состояние родного остается за пределами многих исследований, сфокусированных на изучении влияния семейных форм поддержки на течение заболевания, предупреждение частых и повторных госпитализаций.

Обязанности по уходу за больным чаще всего ложатся на плечи матерей пациентов как наиболее близких и способных обеспечить максимально возможную поддержку (Савина, Чарова, 2002). Совершеннолетний сын или дочь, в условиях нормальной динамики семейного взаимодействия и при отсутствии заболевания, должен постепенно сепарироваться от родителей и создать собственную семью, стать относительно независимым (Судьин, 2012; Харламенкова, Кумыкова, Рубченко, 2015). Но в условиях возникновения психической болезни этот естественный процесс нарушается, и семья обретает вновь беспомощного и требующего заботы ребенка (Бурмистрова, 2008; Кэхеле, Буххайм, Певнева, 2011; Шмукер, 2002).

Настоящее исследование проводилось с целью выявления уровня посттравматического стресса и психопатологической симптоматики у матерей в ситуации впервые возникшего психического заболевания у совершеннолетнего ребенка, а также изменения уровня посттравматического стресса и сопутствующей ему симптоматики после участия матерей в специальной психообразовательной программе.

*Гипотеза* исследования: у матерей, переживших первый психотический эпизод у своего совершеннолетнего ребенка, наблюдается высокий уровень посттравматического стресса и психопатологической симптоматики, который снижается после участия матери в специальной программе «Курсы психиатрической грамотности».

#### *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) – испытуемым давалась инструкция: пользуясь шкалой, указать, в какой степени они продолжают переживать впервые возникшее у сына или дочери психическое заболевание; опросник выраженности психопатологической симптоматики – SCL-90-R (Тарабрина, 2001; Тарабрина и др., 2007).

Исследование было проведено на выборке матерей пациентов с впервые возникшим психотическим эпизодом (давность стрессового воздействия от 2,5 до 6 мес.), посещающих «Курсы психиатрической грамотности» на базе филиала № 2 Психиатрической больницы № 14 (психоневрологического диспансера № 10 г. Москвы) и филиала № 2 Психиатрической больницы № 15 (психоневрологического диспансера № 16). Объем

выборки – 54 чел. Возраст матерей – от 39 до 70 лет, по уровню образования – от среднего специального и выше. Около трети всех испытуемых – 16 матерей на момент прохождения курсов не имели работы, причем 5 из них оставили работу из-за болезни ребенка.

Диагностика проводилась на двух этапах исследования: в начале и в конце посещения матерями «Курсов психиатрической грамотности».

Для проверки основной гипотезы исследования средние данные, полученные с помощью Миссисипской шкалы для оценки посттравматических реакций и опросника выраженности психопатологической симптоматики – SCL-90-R были сопоставлены со средними значениями, ранее рассчитанными по этим показателям для разных выборок (Тарабрина и др., 2007). Результаты показали, что уровни психопатологической симптоматики и посттравматического стресса у матерей, переживших первый психотический эпизод у своего совершеннолетнего ребенка, превышают средние значения по показателям, выявленным в других группах респондентов, обследованных ранее (Тарабрина и др., 2007).

Сравнение показателей посттравматического стресса (МШ и ШО-ВТС), диагностика которых проводилась до и после «Курсов психиатрической грамотности» показало значимые различия между ними. Уровень посттравматического стресса снизился и при оценке общего значения ПТС (по Миссисипской шкале,  $p < 0,001$ ) и при оценке признаков вторжения, избегания и физиологического возбуждения как психологических реакций матери на стрессовое событие – на первый психотический эпизод у своего ребенка (ШОВТС,  $p < 0,00$ ).

Существенные и значимые сдвиги были выявлены при сопоставлении показателей психопатологической симптоматики до и после «Курсов психиатрической грамотности»: по шкалам «Соматизация», «Обсессивность – компульсивность», «Межличностная сензитивность», «Депрессивность», «Тревожность», «Паранойяльные симптомы», «Психотизм», по общему баллу GSI, индексу проявления симптоматики (PSI), индексу выраженности дистресса (PDSI) на уровне  $p < 0,05$ ; по шкале «Враждебность» – на уровне  $p < 0,01$ . По показателю «Фобическая тревожность» значимых различий не наблюдалось.

Полученные результаты позволяют сделать вывод о верификации сформулированной гипотезы.

Дополнительно были получены коэффициенты корреляции между уровнем посттравматического стресса (по Миссисипской шкале) и психопатологической симптоматикой (опросник SCL-90-R), а также данными по методике ШОВТС. На начало «Курсов психиатрической грамотности» выявлены следующие связи общего уровня посттравматического стресса (МШ): с показателем ПТС по методике ШО-ВТС ( $r_s = 0,67$ ,  $p = 0,00$ ), а также со шкалами «Соматизация» ( $r_s = 0,21$ ,  $p = 0,028$ ), «Обсессивность – компульсивность» ( $r_s = 0,24$ ,  $p = 0,013$ ), «Межличностная сензитивность» ( $r_s = 0,15$ ,  $p = 0,13$ ), «Депрессивность» ( $r_s = 0,15$ ,  $p = 0,13$ ), «Тревожность» ( $r_s = 0,15$ ,  $p = 0,12$ ), «Враждебность» ( $r_s = 0,297$ ,  $p = 0,003$ ), «Фобическая тревожность» ( $r_s = 0,048$ ,  $p = 0,64$ ), «Паранойяльные симптомы» ( $r_s = 0,17$ ,  $p = 0,093$ ), «Психотизм» ( $r_s = 0,38$ ,  $p = 0,00$ ), общим баллом GSI ( $r_s = 0,26$ ,  $p = 0,006$ ), индексом проявления симптоматики (PSI) ( $r_s = 0,31$ ,  $p = 0,001$ ), индексом выраженности дистресса (PDSI) ( $r_s = 0,17$ ,  $p = 0,086$ ). Данные показали, что до участия в психообразовательной программе уровень посттравматического стресса у матерей тесно связан с различными симптомами и его повышение сопряжено с ростом показателей «Соматизация», «Обсессивность – компульсивность», «Враждебность», «Психотизм» и практически по всем индексам методики SCL-90-R.

После завершения «Курсов психиатрической грамотности» у матерей выявлены следующие связи общего уровня посттравматического стресса (МШ): с показателем ПТС по методике ШОВТС ( $r_s=0,77$ ,  $p=0,00$ ), а также со шкалами «Соматизация» ( $r_s=0,017$ ,  $p=0,86$ ), «Обсессивность – компульсивность» ( $r_s=0,14$ ,  $p=0,15$ ), «Межличностная сензитивность» ( $r_s=-0,004$ ,  $p=0,97$ ), «Депрессивность» ( $r_s=0,014$ ,  $p=0,88$ ), «Тревожность» ( $r_s=0,06$ ,  $p=0,53$ ), «Враждебность» ( $r_s=0,21$ ,  $p=0,036$ ), «Фобическая тревожность» ( $r_s=0,012$ ,  $p=0,91$ ), «Паранойяльные симптомы» ( $r_s=0,175$ ,  $p=0,082$ ), «Психотизм» ( $r_s=0,13$ ,  $p=0,20$ ), общим баллом GSI ( $r_s=0,089$ ,  $p=0,35$ ), индексом проявления симптоматики (PSI) ( $r_s=0,083$ ,  $p=0,38$ ), индексом выраженности дистресса (PDSI) ( $r_s=-0,009$ ,  $p=0,93$ ). Значимыми оказались только две связи – с показателем ПТС по методике ШОВТС и шкалой «Враждебность». Таким образом, после участия в психообразовательной программе у респондентов снижается уровень посттравматического стресса, а его связи с психопатологической симптоматикой (кроме показателя враждебности) становятся незначимыми.

Выявленные в работе зависимости в определенной степени можно сопоставить с данными разных исследований, выполненных под руководством Н. В. Тарабриной, в которых результаты, полученные с помощью Миссисипской шкалы, предварительно делились на высокие, средние и низкие. Корреляция МШ с психопатологической симптоматикой по опроснику SCL-90-R в каждой из выделенных групп (с высокими, средними и низкими показателями по МШ) позволила обнаружить следующее: в группе с высокими значениями ПТС данные, полученные по МШ, значимо коррелируют со всеми показателями опросника SCL-90-R; в группе со средними значениями ПТС показатели также взаимосвязаны, но значения коэффициента корреляции не так высоки, как в предыдущей группе; в группе с низкими значениями уровня ПТС показатель МШ не связан с психопатологической симптоматикой (Тарабрина, 2009, с. 266–269). «Таким образом, – пишет Н. В. Тарабрина, – основное различие в корреляционных плеядах показывает, что только высокий уровень ПТС тесно взаимосвязан с характеристиками психопатологической симптоматики, общим уровнем психологического дистресса, показателями депрессивности, личностной тревожностью и возрастом, что позволяет рассматривать эти взаимосвязи в качестве симптомокомплекса, описывающего на эмпирическом уровне феномен посттравматического стресса, корреспондирующий с клинической картиной посттравматического стресса» (Тарабрина, 2009, с. 269).

В настоящем исследовании удалось показать, что такое событие, как внезапно возникшее психическое заболевание у собственного ребенка, является интенсивным стрессором, который вызывает симптомы посттравматического стресса, причем при высоком уровне ПТС повышается и уровень сопутствующей психопатологической симптоматики, преимущественно уровень соматизации, обсессивности – компульсивности, враждебности и психотизма.

Участие родственников, прежде всего – матерей, в психообразовательных курсах позволило существенно снизить уровень посттравматического стресса, а также ослабить связь ПТС с психопатологической симптоматикой. Цель таких курсов состоит в обучении родственников большим основам психиатрической и юридической грамотности, поведению в семье, основам медицинской культуры в целях повышения качества жизни больного и его близких. Помимо психиатрической грамотности, курсы предоставляют родственникам психически больных знания и навыки, которые помогают им в решении проблем социального и юридического характера, а также в вопросах обеспечения необходимыми медицинскими средствами и предоставления профессионального лечения.

Полученные в исследовании данные имеют не только сугубо научную, но и практическую значимость, подтверждая значение «Курсов психиатрической грамотности» в повышении качества жизни больного и его близких. Также на основе выявленных в настоящем исследовании зависимостей можно выделить общие и специфические особенности влияния различных стрессоров на человека, учитывая эти особенности при оказании адресной психологической помощи.

Данные показали, что наиболее тесно с уровнем ПТС связаны враждебность и на уровне тенденции – паранойяльные симптомы. Аналогичные результаты получены в исследовании, проведенном на выборке женщин с диагнозом «рак молочной железы» (Тарабрина и др., 2010), а также на выборке больных с диагнозом «менингиома» (Тарабрина, Харламенкова, Никитина, 2015). Так, при исследовании больных с диагнозом «рак молочной железы» сравнение групп больных с высокими и средними показателями ПТС с группой больных с низкими показателями ПТС позволило говорить о так называемой триаде психопатологических симптомов – враждебности, фобической тревожности и паранойяльных симптомах. Было отмечено, что возникновение этих симптомов может быть связано со спецификой заболевания – калечащей операцией, страхом рецидивов заболевания, боязнью негативной оценки окружающих (Тарабрина и др., 2010), что, безусловно, характеризует и больных с диагнозом «менингиома». Выявленные в настоящем исследовании результаты, по-видимому, подтверждают факт не только психического, но и выраженного социального дефекта, который нарушает привычное функционирование человека в обществе, а также влияет на психическое состояние его родственников, вызванное у них страхом рецидива болезни близкого и ожидаемым социальным порицанием и последующей изоляцией.

### *Выводы*

Впервые возникшее психическое заболевание у совершеннолетнего ребенка можно рассматривать как стрессор высокой интенсивности, психологическим последствием которого для части родителей является посттравматический стресс и сопутствующая ему психопатологическая симптоматика.

Высокий уровень посттравматического стресса тесно связан с уровнем психопатологической симптоматики, а именно с соматизацией, обсессивностью – компульсивностью, враждебностью, психотизмом.

Участие близких родственников (преимущественно матерей) в психообразовательной программе «Курсы психиатрической грамотности» ведет к снижению уровня посттравматического стресса и ослаблению связей уровня ПТС с психопатологической симптоматикой.

### *Литература*

*Бурмистрова Е. В.* Семья с «особым ребенком»: психологическая и социальная помощь // Вестник практической психологии образования. 2008. № 4. С. 81–86.

*Гурович И. Я., Шмуклер А. Б., Сторожакова Я. А.* Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. М.: Медпрактика-М, 2007.

*Ениколопов С. Н.* Стигматизация и проблема психического здоровья // Медицинская (клиническая) психология: традиции и перспективы (К 85-летию Юрия Федоровича

Полякова). М.: Московский городской психолого-педагогический университет, 2013. С. 109–121.

*Костенко М. А.* Семейно-ориентированная социальная поддержка: институционализация инновационных практик в российской системе защиты детства // Ученые записки Забайкальского государственного университета. 2014. № 4. С. 37–38.

*Кэхеле Х., Буххайм А., Шмукер Г.* Развитие, привязанность и взаимоотношения: новые психоаналитические концепции // Московский психотерапевтический журнал. 2002. № 3. С. 32–50.

*Ломов Б. Ф.* К проблеме деятельности в психологии // Психологический журнал. 1981. Т. 2. № 5. С. 3–22.

*Певнева А. Н.* Психические состояния матерей детей с церебральным параличом как исходные предпосылки психологического синдрома // Психологическая наука и образование. 2011. № 2. С. 30–32.

*Ривкина Н. М., Сальникова Л. И.* Работа с семьями в системе психосоциальной терапии больных с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с первыми психотическими эпизодами // Социальная и клиническая психиатрия. 2009. Т. 19. № 1. С. 65–76.

*Савина Е. А., Чарова О. Б.* Особенности материнских установок по отношению к детям с нарушениями в развитии // Вопросы психологии. 2002. № 6. С. 15–22.

*Солоненко А. В.* Влияние некоторых внутрисемейных психологических факторов на трудоспособность пациентов с первым психотическим эпизодом // Сборник региональной научно-практической конференции «Социальная сфера Кубани: экономические и социально-психологические аспекты развития». Краснодар, 2006. С. 213.

*Судьин С. А.* Психическая болезнь и семья: субъективные и объективные проблемы // Вестник Нижегородского университета им. Н. И. Лобачевского. 2012. № 2 (1). С. 390–394.

*Тарабрина Н. В.* Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб.: Питер, 2001.

*Тарабрина Н. В.* Психология посттравматического стресса. Теория и практика. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2009.

*Тарабрина Н. В., Агарков В. А и др.* Практическое руководство по психологии посттравматического стресса. Ч. 1. М.: Когито-Центр, 2007.

*Тарабрина Н. В., Ворона О. А., Курчакова М. С., Падун М. А, Шаталова Н. Е.* Онкопсихология: посттравматический стресс у больных раком молочной железы. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2010.

*Тарабрина Н. В., Харламенкова Н. Е., Никитина Д. А.* Уровень посттравматического стресса и психопатологическая симптоматика у больных, оперированных по поводу менингиомы // Консультативная психология и психотерапия. 2015. № 3. С. 32–49.

*Харламенкова Н. Е., Кумыкова Е. В., Рубченко А. К.* Психологическая сепарация: подходы, проблемы, механизмы. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2015.

*Хритинин Д. Ф., Петров Д. С., Коновалов О. Е., Ландышев М. А.* Микросоциальная среда и психиатрическая помощь. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.

*Эйдемиллер, Э. Г., Добрякова И. В., Никольская И. М.* Семейный диагноз и семейная психотерапия. СПб.: Питер, 2004.