

СВЯЗЬ СИМПТОМОВ ПТСР С ЛИЧНОСТНЫМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ, СОМАТИЧЕСКИМИ ЖАЛОБАМИ И КАЧЕСТВОМ ЖИЗНИ ДЕТЕЙ 6–11 ЛЕТ, ПЕРЕЖИВШИХ СЕКСУАЛЬНОЕ НАСИЛИЕ

**Аралова М.П.,
Гамиля Мухамед
Насер Ахмед**

В статье представлены результаты эмпирического исследования психологических последствий сексуального и физического насилия по отношению к детям в Йемене. Описана связь симптомов ПТСР с личностными характеристиками, соматическими жалобами и качеством жизни детей 9–11 лет, переживших сексуальное насилие. Дана многомерная картина состояния ребенка, пережившего подобную травму.

Ключевые слова: ПТСР, изменение поведения, психологические последствия насилия, дети 6–11 лет.

Для современной психологии всё более актуальным становится изучение специфических психологических реакций на травматические жизненные события, в том числе насилие. Как свидетельствуют статистические данные и результаты научных исследований, насилие осуществляется во всех странах мира и социальных группах вне зависимости от уровня доходов и этнического происхождения, оно существует в разных формах и не редко распространяется с одобрения закона и государства. Одним из распространённых видов насилия является сексуальное или половое. Особенно тяжкие последствия приобретает сексуальное насилие, осуществляемое по отношению к детям, оказывая пролонгированное влияние на весь ход их психического развития.

Согласно различным исследованиям, 6 % изнасилованных в детстве людей, будучи взрослыми, не могут справиться с продолжительными депрессиями, становятся алкоголиками и наркоманами. Часть выросших жертв сами становятся насильниками. В докладе 2006 года независимого эксперта ООН Паулу Сержиу Пиньейру по вопросу о насилии в отношении детей указано, что от 80 до 98 % детей страдают от физического насилия; в 2002 году 150 миллионов девочек и 73 миллиона мальчиков в возрасте до 18 лет вступили в принудительную половую связь или подверглись иным формам полового насилия.

Последствия насилия необходимо рассматривать, учитывая возрастные особенности детей. В связи с этим психологические исследования последствий сексуального насилия по отношению к детям разного возраста имеют большое значение для психологии развития, открывая пути к возможностям наиболее оптимальной реинтеграции жертв насилия, а также профилактики его в обществе.

В психологической литературе представлены исследования, касающиеся психологических последствий насилия у взрослых (Боголюбова О.Н., 2006; Ильина В.С., 2000; Невярович Н.Е., 2004; Стреленко А.А., 2004), подростков (Голубева Н.П., 2000; Кропалёва Т.Н., 2004; Макарчук А.Н., 2004), влияния психологических последствий насилия на обучаемость в младшем школьном возрасте (Устинов В.П., 2005).

Одним из основных последствий сексуального насилия является ПТСР. Поэтому среди центральных аспектов изучения психологических последствий травмы является исследование ПТСР, в том числе у жертв сексуального насилия. В последние два десятилетия данная проблематика стала активно исследоваться в российской психологии (В.В. Знаков, 1989, 1990; Н.В. Тарабрина и Е.О. Лазебная, 1992, 1995, 1999, 2000; Е.М. Черепанова, 1997; Л.И. Анцыферова, 1994; В.А. Бодров, 1995, 1996; Щепина, 2009 и др.).

Наличие у детей – жертв насилия симптомов ПТСР, несомненно, связано с глубокими нарушениями в их личностной сфере, проявлением соматических жалоб, ухудшением качества жизни и другими негативными последствиями травматической ситуации. Однако, не всегда ясно, как именно взаимосвязаны эти явления, какие из них выражены в наиболее сильной мере у данной категории детей. Исследование этого вопроса представляется нам крайне важным как для комплексной диагностики, так и для коррекции психологических последствий насилия у детей этого возраста.

Целями данной работы являются выявление закономерностей взаимосвязи симптомов ПТСР с личностными характеристиками, соматическими жалобами и показателями качества жизни; получение обоснованных ориентиров для диагностики

состояния детей-жертв насилия и коррекционной работы с ними.

В данном исследовании были опрошены 80 детей от 6 до 11 лет, подвергшихся сексуальному, а также сексуальному и физическому насилию. Эти дети обучаются в общеобразовательных школах г. Адан, Йемен. Были использованы следующие методики.

Полуструктурированное интервью для оценки травматических переживаний детей [4]. Вопросы интервью построены на основании следующих симптомов: критерии А (немедленное реагирование), В (навязчивое воспроизведение), С (избегание), D (возросшая возбудимость) и F (нарушения функционирования) шкалы для клинической диагностики ПТСР DSM III – R.

1. Опросник «Качество жизни при посттравматическом стрессовом событии» [1]. В данной методике выделяются три группы характеристик качества жизни при посттравматическом стрессовом событии: изменение в мышлении, изменение положительных качеств на противоположные, изменение внешне наблюдаемого поведения.

2. Гиссенский опросник соматических жалоб [3]. Жалобы относятся к таким сферам, как общее самочувствие, вегетативные расстройства, нарушение функций внутренних органов и объединены в четыре основных шкалы: «Истощение», «Желудочные жалобы», «Боли в различных частях тела», «Сердечные жалобы» и одну дополнительную: «Давление» или «Интенсивность жалоб».

3. Опросник PAQ. Эта методика предназначена для оценки личностных особенностей детей, адаптирована для арабского общества Момдохой Мохамедом Саламой на основе Child PAQ. Опросник состоит из вопросов, объединённых в 7 шкал: агрессия, зависимость, самооценка, самоуправление, эмоциональная ответственность, эмоциональная стабильность, мировоззрение.

4. Обратимся к описанию полученных данных. Для полуструктурированного интервью средние значения исходных данных по шкалам следующие: критерий А – 9,71; критерий В – 13,95; критерий С – 17,38; критерий D – 14,83; критерий F – 11,14.

Для сравнительного анализа этих данных нами было проведено нормирование значений критериев по количеству вопросов в каждой шкале. Тогда нормированные показатели каждой шкалы лежат в интервале от 0 (нет симптома) до 2 (симптом выражен в максимальной степени). Полученные результаты представлены на рис. 1.

На рис. 1 видно, что показатели всех пяти шкал клинической диагностики ПТСР имеют высокие значения. Обращает на себя внимание показатель по шкале «немедленное реагирование» (критерий А), который близок к верхней границе возможного интервала. Таким образом, для детей самым значимы-

ми являются проявления ПТСР, описанные критерием А – это интенсивные негативные эмоции в момент травмы (беспомощность, страх, ужас).

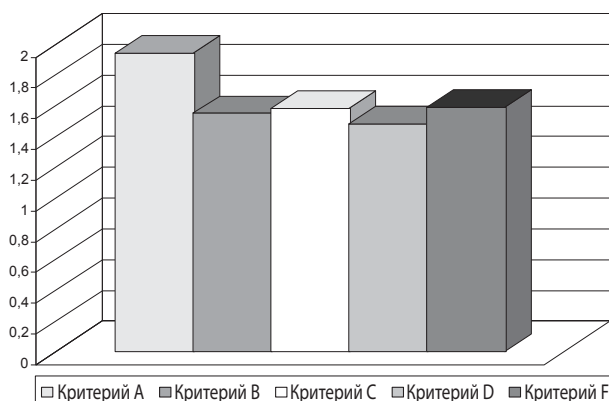


Рис. 1. Распределение нормированных показателей шкал методики «Полуструктурированное интервью для оценки травматических переживаний детей»

Следует отметить, что наименее выраженным показателем является критерий D шкалы для клинической диагностики ПТСР (возросшая возбудимость). Как показало дальнейшее исследование, это объясняется не степенью проявления этого симптома, а скорее тем, что дети – жертвы насилия замечают свое перевозбуждение в меньшей степени, чем свою эмоциональную реакцию в момент травмы. Как показывает рис. 1, по детской оценке выраженность критериев В, D и F оказалась примерно одинаковой. Это также было уточнено в ходе дальнейшего исследования всего комплекса факторов, сопровождающих последствия сексуального насилия.

Средние значения исходных данных для опросника качества жизни распределились следующим образом: шкала «Изменения в мышлении» – 47,4; шкала «Изменение положительных качеств на противоположные» – 51,3; шкала «Изменение внешне наблюдаемого поведения» – 69,7.

Для сравнительного анализа этих данных нами было проведено нормирование средних значений по количеству вопросов в каждой шкале. Тогда нормированные показатели каждой шкалы лежат в интервале от 0 (нет симптома) до 10 (симптом выражен в максимальной степени). Полученные результаты представлены на рис. 2.

На рис. 2 видно, что показатели шкал опросника качества жизни достаточно сильно выражены у обследованных детей, причем шкала «изменения в мышлении» выше остальных. Это позволяет предположить, что при посттравматическом стрессе у детей – жертв насилия более всего ухудшается такой показатель качества жизни, как изменение в их мыслительной деятельности.

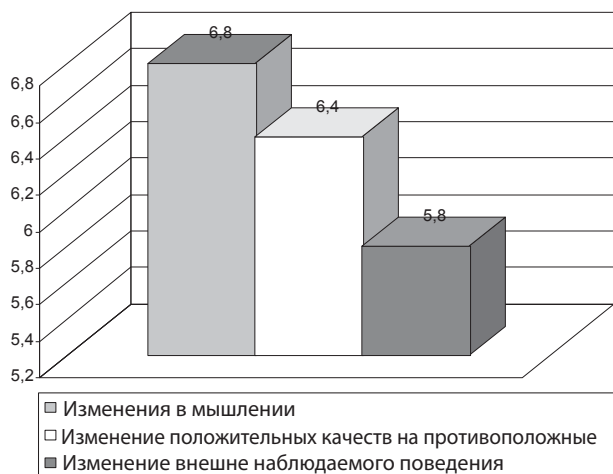


Рис. 2. Распределение нормированных показателей шкал методики «Качество жизни при посттравматическом стрессовом событии»

Обратимся к описанию данных исследования соматических жалоб у детей. Столбцы на рис. 3 отражают следующие шкалы Гиссенского опросника соматических жалоб: истощение (E), желудочные жалобы (M), боли в различных частях тела (G), сердечные жалобы (H). Средний балл по шкалам психосоматического опросника: Шкала E – 12,21; Шкала M – 14,81; Шкала G – 12,99; Шкала H – 6,92.

Из рис. 3 видно, что показатели шкалы G психосоматического опросника (ПСО) выше других. Отсюда можно предположить, что дети, подвергшиеся сексуальному и физическому насилию, из четырёх, представленных в опроснике, комплексов жалоб, в большей мере предъявляют боли в различных частях тела. Переживаемые детьми субъективные недомогания носят функциональный характер.

Также мы можем видеть, что на рис. 3 менее выражены показатели шкалы H, т.е. дети – жертвы насилия менее всего локализируют свои недомогания в сердечно-сосудистой системе.

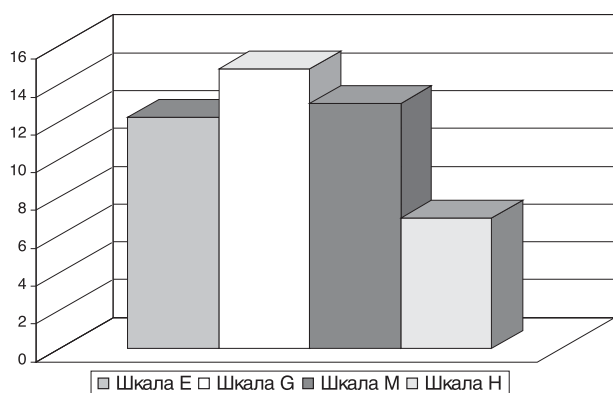


Рис. 3. Распределение средних значений данных по шкалам Гиссенского опросника соматических жалоб

Рассмотрим личностные качества детей. Показатели средних значений по шкалам опросника личностных качеств детей, представленные на рис.4, не одинаковы. Так, средний балл по шкалам «Агрессия» (20,28) «Зависимость» (19,29) и «Эмоциональная стабильность» (18,41) больше, чем по остальным. По шкалам «Самооценка» (16,29); «Самоуправление» (16,29); «Эмоциональная ответственность» (17,25) оценки несколько ниже, чем по первым трем шкалам. По шкале «Мировоззрение» показатели ниже, чем у всех остальных (15,56).

Для подтверждения статистической значимости всех приведенных выше средних значений мы сравнили их с 0 значением по шкалам (т.о. оценим выраженность характеристики).

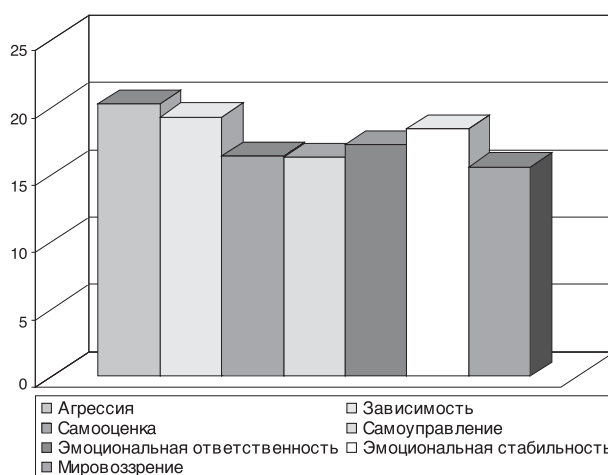


Рис. 4. Распределение средних значений шкал методики PAQ

Таким образом, на первом этапе исследования было выяснено, что у обследованных детей высокая степень проявления симптомов ПТСР, ухудшения качества жизни, выраженности соматических жалоб и негативных изменений личностных качеств.

Для установления взаимосвязей между симптомами ПТСР, личностными характеристиками, соматическими жалобами и качеством жизни детей 9–11 лет, переживших сексуальное насилие, нами применялся статистический анализ данных с помощью сравнительно редко применяемого в психологических исследованиях метода многомерного статистического анализа – канонического анализа. Использование его в данном случае оправдано тем, что именно канонический анализ находит параметры, оказывающие наибольшее влияние на корреляционную связь между двумя наборами переменных (а не между двумя переменными как обычный корреляционный анализ). Для получения максимально достоверных результатов обработка тех же данных была проведена также факторным анализом (метод главных компонент).

На следующем этапе исследования выяснялось взаимовлияние личностных характеристик испытуемых (шкалы теста PAQ) и показателей, описывающих симптомы ПТСР (полуструктурированное интервью). Опишем сначала результаты канонического анализа данных, полученных при объединении шкал этих двух опросников.

Канонический анализ выявил наличие существенной статистической связи между этими двумя тестами, о чем свидетельствует высокое значение канонического коэффициента корреляции $R = 0,74$. Данная связь является статистически значимой ($p < 0,001$). При этом выяснилось, что оба теста дают информацию, которая характеризует данную проблему с различных сторон, о чем свидетельствуют значения показателей избыточности (36 % и 41 % соответственно).

Связь между данными этих двух опросников обеспечивается за счет трех шкал полуструктурированного интервью – факторные нагрузки полученного первого канонического корня: навязчивое воспроизведение (0,99), немедленное реагирование (0,85), возросшая возбудимость (0,69).

Таким образом, среди шкал полуструктурированного интервью наиболее сильно выделяется шкала «навязчивое воспроизведение», которая обнаруживает сильную взаимосвязь с личностными особенностями испытуемых. В значительной степени взаимосвязь с личностными характеристиками показывает и шкала «немедленное реагирование».

Показатели же шкал «избегание» и «нарушение функционирования» мало связаны с личностными особенностями детей. Вместе с тем, средние значения этих критериев, как показывает рис. 1, достаточно высокие. Соответственно, можно предположить, что выраженность симптомов, соответствующих данным двум шкалам, в большей степени связана с факторами среды, внешнего окружения, чем с личностными особенностями травмированных детей. Следствием этого является направленность психологической помощи на развитие альтернативных «избеганию» и «нарушению функционирования» способов реакции на травмирующую ситуацию. Такого рода помощь связана с фасилитацией выражения чувств ребёнка, дифференциацией и идентификацией его разнообразных и скрываемых внутренних реакций.

Относительно личностных качеств, связанных с проявлением симптомов ПТСР, результаты канонического анализа показали, что значительный вклад вносят пять из семи шкал опросника PAQ – факторные нагрузки полученного первого канонического корня: агрессия (0,95), зависимость (0,94), самооценка (0,89), эмоциональная стабильность (0,84), самоуправление (0,83).

Итак, как показывает исследование на данном этапе, две личностные характеристики, а именно агрессия и зависимость, в максимальной степени влияют

на наблюдаемые симптомы ПТСР у детей. В меньшей степени, но тоже достаточно сильно, влияют шкалы «самооценка», «эмоциональная стабильность» и «самоуправление». Влияние же шкал «эмоциональная ответственность» и «мировоззрение» тоже присутствует, но меньше, чем других. По нашему мнению, это объясняется тем, что у детей изучаемого возраста потребности в саморегуляции (определяет степень эмоциональной ответственности) и самоопределении (детерминирует становление мировоззрения) являются менее актуальными, не соответствующими возрастным потребностям и возрастным возможностям.

Наличие выявленной взаимосвязи между симптомами «навязчивое воспроизведение» и «немедленное реагирование» и указанными личностными качествами (прежде всего – зависимость и агрессивность) может быть объяснено следующим образом. Одним из эффективных способов переживания травмы является присвоение травматического опыта, которое возможно лишь маленькими порциями, частями, фрагментами, а для этого необходимым оказывается общение на эту тему, проговаривание собственных переживаний и воспоминаний, внешнее отреагирование. При отсутствии внутренних (личностные особенности) и внешних условий (благоприятное общение ребёнка с близкими взрослыми, наличие психологической помощи) для описанного выше эффективного переживания травмы навязчивое воспроизведение как неуправляемая автоматическая реакция становится альтернативой свободному внешнему выражению своих эмоций, переживаний, мыслей, воспоминаний. Таким образом, ребёнок оказывается в «замкнутом круге» – ему свойственно «навязчивое воспроизведение» как альтернатива свободному самовыражению, что порождает зависимость и агрессивность (как результат беспомощности и невозможности даже в минимальной степени контролировать ситуацию), а зависимые и агрессивные способы реагирования «не помогают» преодолеть стадию «навязчивого реагирования».

Несомненно, огромную роль играют в поддержании данного «замкнутого круга» внешние факторы – отсутствие своевременной поддержки близких людей и специализированной психологической помощи, закрытость ближнего и дальнего окружения теме сексуального насилия и т.д.

Результаты проведенного канонического анализа могут быть представлены графически.

На рис. 5 представлены все обследованные дети в пространстве двух интегративных переменных: по оси X каноническая переменная, соединяющая все симптомы ПТСР, а по оси Y – личностные качества. Выделяется компактная подгруппа испытуемых (значения обоих канонических переменных для 81 % наблюдений лежат от -1,0 до 1,0). Это говорит о том, что найденные каноническим анализом взаимосвязи

симптомов ПТСР и личностных характеристик не только статистически значимы, но и выполняются для основной части обследованных детей.

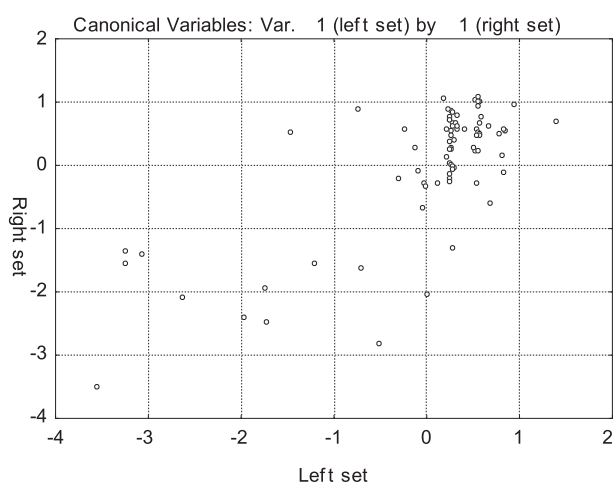


Рис.5. Распределение испытуемых по каноническим переменным полуструктурированного интервью и опросника PAQ

Для выяснения статистических закономерностей, содержащихся в данных, полученных при объединении шкал этих двух опросников, был также использован факторный анализ (метод главных компонент). Проведенный анализ позволил выделить одну главную компоненту: «Личностные особенности при навязчивом воспроизведении травматического события». Процент извлеченной дисперсии этой компонентой достаточно высокий и равен 61,3 %. Эта компонента включает в себя следующие шкалы: навязчивое воспроизведение (0,822), агрессия (0,946), зависимость (0,934), самооценка (0,901), самоуправление (0,875).

Такое сочетание шкал свидетельствует о наиболее тесной связи ведущего для данной выборки симптома ПТСР – «навязчивое воспроизведение и ряда личностных характеристик детей этого возраста: связанных с внутренним самоотношением (самооценка, самоуправление) и с взаимодействием с внешним миром (агрессия, зависимость).

Агрессия – обратная сторона зависимости, т.е. ребёнок не обладает достаточной автономией для самовыражения, ему требуется максимальная поддержка для выражения себя, для того, чтобы показывать вовне свои естественные реакции. Можно сказать, что эти качества определяют возрастной способ реагирования на травматическую ситуацию.

Данная закономерность, полученная при обработке данных факторным анализом, достаточно хорошо описывает исследуемую выборку детей: 81 % опрошенных составляют компактную группу (значения этой компоненты, как показывает рис. 6, находится в диапазоне от -1,0 до 1,0).

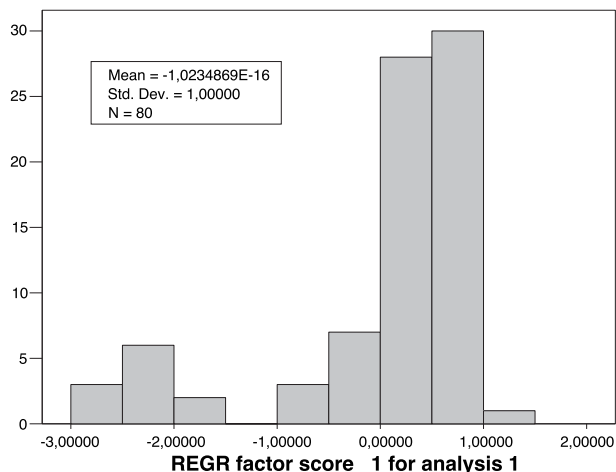


Рис.6. Распределение испытуемых по значениям первой главной компоненты обработки данных полуструктурированного интервью и PAQ

Таким образом, результаты исследования, полученного двумя методами многомерного статистического анализа, хорошо согласуются между собой. При этом, если канонический анализ даёт нам общую характеристику того, какие именно характеристики личных особенностей взаимосвязаны с симптомами ПТСР, то факторный анализ выделяет на этом фоне более ярко выраженную закономерность статистической связи между шкалами этих двух опросников.

Итак, на данном этапе исследования выявлены две закономерности.

Симптомы ПТСР в разной степени связаны с личностными качествами детей – жертв насилия: наибольшая связь симптома навязчивого воспроизведения, значительная – немедленного реагирования, в средней степени выражен симптом возросшей возбудимости, но не была выявлена связь с симптомами избегания и нарушения функционирования. С этими тремя ведущими симптомами ПТСР сильно взаимосвязаны агрессивность и зависимость, в значительной степени – самооценка, самоуправление и эмоциональная стабильность, при этом связь с эмоциональной ответственностью и мировоззрением проявилась слабее.

Выявлена взаимосвязь проявления навязчивого воспроизведения как основного симптома ПТСР и таких личностных характеристик детей, как возросшая агрессия и зависимость, падающие самооценка и самоуправление.

На следующем этапе была исследована взаимосвязь выраженности симптомов ПТСР и психосоматических жалоб.

Канонический анализ на этот раз выявил наличие умеренно значимой статистической связи между шкалами двух опросников, о чем свидетельствует невысокое значение канонического коэффициента

корреляции $R = 0,58$. Данная связь является статистически значимой (с учетом округления $p < 0,001$). При этом было обнаружено, что оба теста дают значимую информацию, которая характеризует проблему с различных сторон, о чем свидетельствуют низкие значения показателей избыточности (20 % и 22 % соответственно).

Взаимосвязь между симптомами ПТСР и соматическими жалобами возникает за счет четырех из пяти критериев полуструктурированного интервью – факторные нагрузки первого канонического корня: избегание (0,81), возросшая возбудимость (0,79), навязчивое воспроизведение (0,75), немедленное реагирование (0,72).

В отличие от описанной выше связи личностных характеристик и критериев ПТСР на данном этапе исследования наибольшее влияние играет шкала «избегание». Это объясняется тем, что фактически все стратегии «избегающих» способов реагирования, как известно из психосоматической психологии и медицины, приводят к психосоматическим симптомам.

Следующей по степени влияния шкалой является «возросшая возбудимость». Причиной этого, на наш взгляд, является негативное воздействие на физическое и соматическое состояние ребёнка факта перевозбуждения, которое, в свою очередь, связано с подавлением и задерживанием внешнего выражения, проявления естественных реакций. Также возросшая возбудимость поддерживается активными навязчивыми мыслями, о чем свидетельствует столь же сильная выраженность симптома «навязчивого воспроизведения».

Вместе с тем, не выявлено выраженное влияние шкалы «нарушение функционирования» на соматические жалобы. Объяснение этого факта может быть следующим. Показателями шкалы «нарушение функционирования» служат признаки изменения внешнего поведения, т.е. реакции появляются именно на поведенческом уровне, не оказывая существенного влияния на возникновение соматических жалоб.

Интересным является тот факт, что свой вклад в связь между симптомами ПТСР и соматическими жалобами вносят только два из четырех критериев Гиссенского опросника, но они проявлены в сильной степени – факторные нагрузки первого канонического корня: боли в различных частях тела (0,93), истощение (0,91). Таким образом, оказалось, что симптомы желудочно-сердечные жалобы практически не связаны с показателями ПТСР у данной категории детей.

Боли в различных частях тела, не являющиеся следствием органической патологии, функциональны по своей природе и возникают у детей в результате перевозбуждения и удерживания своих реакций. Негативно сказывается на физическом состоянии детей – жертв насилия подавление ими всех чувств, которые сопро-

вождают травматический опыт. Сложность устранения негативных последствий этого явления связана с традиционными условиями жизни и особенностями воспитания детей в арабских странах.

Истощение тоже может быть рассмотрено как следствие возросшего возбуждения, а также объясняться возрастными особенностями детей: слабые стороны в анатомии и физиологии детей данного возраста – это быстрое истощение на уровне нервных тканей.

Как и на предыдущем этапе исследования можно представить результаты канонического анализа графически. На рис. 7 выделяется, достаточно компактная подгруппа испытуемых, у которых выражены симптомы ПТСР и проявляются соматические жалобы в разной степени (для 85 % наблюдений значение канонической переменной, интегрирующей симптомы ПТСР, лежит от -0,5 до 1,0, а соматических жалоб – от -2,0 до 2,0).

Для выяснения статистических закономерностей, содержащихся в данных, полученных при объединении шкал этих двух опросников, далее был использован факторный анализ (метод главных компонент). Получена одна главная компонента: «Соматические последствия навязчивости и перевозбуждения», у которой процент извлеченной дисперсии равен 49,6 %. Данную характеристику компонента получила, поскольку включает в себя следующие шкалы, принадлежащие двум опросникам: навязчивое воспроизведение (0,836), возросшая возбудимость (0,811), немедленное реагирование (0,795), истощение (0,737), боли в различных частях тела (0,717).

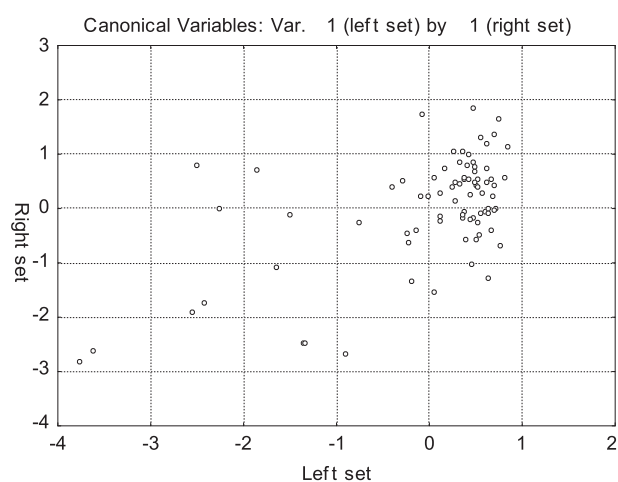


Рис.7. Распределение испытуемых по каноническим переменным полуструктурированного интервью и Гиссенского опросника

Заметим, что полученные методом главных компонент результаты дают аналогичную картину связи

между тестами, как и канонический анализ: три основные показателя ПТСР, о которых речь шла выше, явно связаны с двумя выделенными характеристиками соматических жалоб. Отличие результатов метода главных компонент от результатов канонического анализа состоит только в том, что не была обнаружена статистическая связь с показателем ПТСР «избегание». Это, на наш взгляд объясняется техническими особенностями метода: происходит выделение симптомов избегания и нарушение функционирования в отдельную главную компоненту.

Таким образом, на этом этапе исследования было выявлено следующее.

Обнаружено взаимовлияние тех же трех основных симптомов ПТСР: навязчивое воспроизведение, немедленное реагирование, возросшая возбудимость, соматических жалоб на боли в различных частях тела, общее истощение. При этом желудочные и сердечные жалобы не были выявлены в данном исследовании. Это свидетельствует о функциональной природе конкретных соматических жалоб и выраженности, связанных с ними симптомов.

Был обнаружен также вклад симптома избегания в полученную взаимосвязь симптомов ПТСР с указанными двумя соматическими жалобами.

На следующем этапе исследования проводилось исследование взаимосвязи симптомов ПТСР и показателей нарушения качества жизни испытуемых.

Результаты канонического анализа показывают наличие умеренной статистической связи между этими двумя тестами, о чем свидетельствует значение коэффициента канонической корреляции $R = 0,54$. Оба теста дают информацию, которая характеризует проблему с различных сторон, о чем свидетельствуют невысокие значения показателей избыточности (13,4 % и 20,4 % соответственно).

На этот раз взаимосвязь между данными двух тестов обеспечивается за счет только двух из пяти критериев полуструктурированного интервью – факторная нагрузка первого канонического корня, оказалась достаточно высокой только для симптома навязчивое воспроизведение (0,81), значительно меньше она для симптома избегания (0,64).

Выяснилось, что связь между этими двумя опросниками обеспечивается двумя из трех критериев качества жизни – факторные нагрузки первого канонического корня для изменений в мышлении (0,95), изменений внешне наблюдаемого поведения (0,76).

Таким образом, проявилась четкая взаимосвязь в первую очередь навязчивого воспроизведения и изменений в мышлении. Это объясняется тем, что природа этих двух показателей общая: дети находятся на стадии навязчивости как одной из фаз развития ПТСР. Она характеризуется испугом,

эмоциональной лабильностью, постоянным возбуждением, нарушением сна и мышления, и именно эти феномены внутренней психической реальности ребёнка приводят к навязчивому воспроизведению травмирующей ситуации.

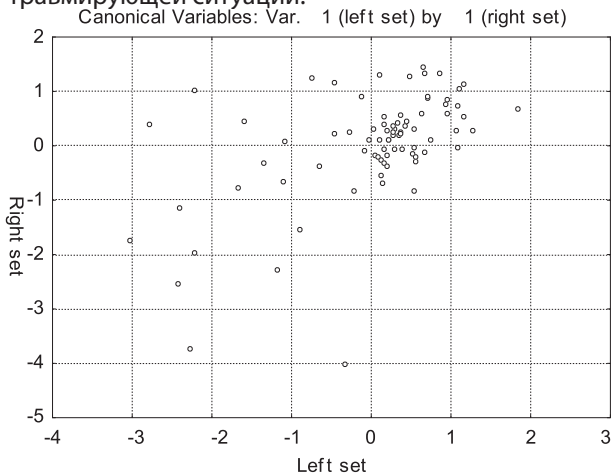


Рис.8. Распределение испытуемых по каноническим переменным полуструктурированного интервью и опросника качества жизни

Как и в других случаях использования канонического анализа для этой выборки детей выделяется более ли менее компактная подгруппа испытуемых на рис. 8 (для 78 % наблюдений значение канонической переменной, интегрирующей симптомы ПТСР, лежит от -0,5 до 1,3, а качество жизни – от -1,0 до 1,5).

Таким образом, взаимосвязь между симптомами ПТСР и ухудшением качества жизни выражается в первую очередь в сочетании ярко выраженных изменений в мышлении и навязчивого воспроизведения. Можно сказать, что навязчивое воспроизведение является другой стороной изменённых характеристик мышления. Вместе с тем, важно отметить то, что эти факторы сочетаются с изменениями внешне наблюдаемого поведения и возросшим избеганием. Поэтому результаты исследования выявили тесную взаимозависимость когнитивных и поведенческих последствий ПТСР при ведущей роли нарушений мышления.

Рассмотрим, какие результаты дает для данных этих двух тестов факторный анализ, проведенный методом главных компонент. Он позволил выделить одну компоненту: «Поведенческие нарушения, связанные с основными симптомами ПТСР». Процент извлеченной дисперсии этой компонентой равен 49,6 %. Данную характеристику компонента получила поскольку включает в себя следующие шкалы: навязчивое воспроизведение (0,857), немедленное реагирование (0,786), возросшая возбудимость (0,775), изменение внешне наблюдаемого поведе-

ния (0,690), изменение положительных качеств на противоположные (0,680).

Итак, результаты факторного анализа выявили статистическую закономерность взаимосвязи трех основных симптомов ПТСР с поведенческими характеристиками ухудшений качества жизни. При этом включение как изменения положительных качеств на противоположные, так и изменения внешне наблюдаемого поведения выражено в средней степени.

Подведем краткие итоги данного исследования.

1. Дети, пережившие сексуальное насилие, имеют высокую степень проявления симптомов ПТСР, ухудшения качества жизни, выраженности соматических жалоб и негативных изменений личностных качеств.

2. Выявлена закономерность, состоящая во взаимосвязи проявлений трех из пяти симптомов ПТСР: навязчивого воспроизведения, немедленного реагирования и возросшего возбуждения; личностных характеристик детей: агрессия и зависимость, самооценка, эмоциональная стабильность и самоуправление; двух типов соматических жалоб: на боли во всех частях тела и истощение; двух показателей качества жизни: изменение внешне наблюдаемого поведения и изменения положительных качеств на противоположные.

3. Найдена закономерность, проявляющаяся во взаимосвязи навязчивого воспроизведения как основного симптома ПТСР и таких личностных характеристик детей как возросшая агрессия и зависимость, падающая самооценка и самоуправление, а также изменений мышления и изменений внешне наблюдаемого поведения.

4. Обнаружено взаимовлияние еще одного симптомов ПТСР – избегания, соматических жалоб на боли в различных частях тела и истощение, а также изменения мышления и внешне наблюдаемого поведения.

5. Различные методы многомерного статистического анализа: каноническая корреляция и метод главных компонент для данной выборки детей дают согласованные, но уточняющие друг друга результаты.

В результате проведенного исследования можно осуществлять комплексный прогноз состояния ребенка, пережившего сексуальное насилие. Следует

ожидать появления у него именно этих соматических жалоб, личностных нарушений, изменений поведения и мышления в сочетании с выраженностью указанных трех основных симптомов ПТСР.

Вместе с тем, если у ребенка наблюдается выраженный симптом навязчивого воспроизведения, то он, скорее всего, будет проявлять себя агрессивно-зависимо, у него упадет самооценка и самоуправление, возникнут неблагоприятные изменения в мышлении, возможны и соматические жалобы. Симптом избегания у детей-жертв насилия следует ожидать реже, чем три вышеперечисленные. Если же он присутствует, то будет связан с навязчивым воспроизведением, соматическими жалобами, изменениями мышления и внешне наблюдаемого поведения.

Полученные функции канонических переменных и главных компонент можно использовать для оценки тяжести посттравматического состояния у ребенка через сравнение его показателей со средними значениями данной выборки.

Описанная многомерная картина состояния ребенка, пережившего подобную травму, дает ориентиры для коррекционной работы психолога с жертвами сексуального насилия. Следует уделять внимание не всем симптомам ПТСР, а данным трем и в первую очередь навязчивому воспроизведению, обязательно работать с соматикой и указанными личностными качествами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Брызгунов И.П., Михайлов А.Н., Столярова Е.В. Посттравматическое стрессовое расстройство у детей и подростков. – М.: ИД «Медпрактика-М», 2008. – 144 с.
2. Венгер А.Л. Психологические рисуночные тесты: Иллюстрированное руководство. – М.: Изд-во ВЛАДОС_ПРЕСС, 2003. – 160 с.
3. Клиническая психология: учебник / Под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб: Питер, 2002. – 960 с.
4. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. – СПб: Питер, 2001. – 272 с.