

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОФИЗИЧЕСКОГО ДИЗОНТОГЕНЕЗА У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ХРОНИЧЕСКОГО ВНУТРИСЕМЕЙНОГО ФИЗИЧЕСКОГО НАСИЛИЯ

И. А. Марголина

НЦПЗ РАМН

Актуальность проблемы физического насилия определяется как большой распространенностью физического насилия над детьми во всем мире (от 4,5 до 25% среди детей разных возрастов по данным отечественных и зарубежных авторов), так и его психосоциальными последствиями (3, 13).

Физическое насилие это повреждающий психо-биологический фактор, который включает в себя как собственно физическое повреждение, так и сопутствующее ему психологическое эмоциональное насилие. Феномен физического насилия неразрывно связан с пренебрежением правами ребенка, предусмотренными Международной Конвенцией 1989 года, на обеспечение физического благополучия и предоставление оптимальных условий для психофизического развития, то есть является частным случаем психической депривации.

Психогенное влияние фактора насилия рассматривается многими авторами с различных позиций, но с однозначными выводами: физическое насилие вызывает нарушение психического здоровья в различных психопатологических проявлениях, среди которых указываются делинквентное поведение (1, 8, 14), аффективная патология (15, 17), аномальные черты личности (12). В то же время психопатологический аспект влияния хронического внутрисемейного физического насилия на психическое развитие ребенка изучен недостаточно, так как комплексного исследования воздействия физического насилия на психику в детском возрасте, особенно на ранних этапах, не проводилось.

При проведении исследования мы ориентировались на теоретические разработки возникновения и динамики психогенных психических нарушений в детском возрасте отечественных авторов (4, 5, 10).

Гипотезой проведенного нами исследования было: хроническое внутрисемейное физическое насилие (ХВФН) оказывает психогенное воздействие на психическое здоровье детей и вызывает психические отклонения, зависящие от факторов возраста ребенка, наличия резидуальной церебральной недостаточности, пролонгированности насилия и др.

Целью исследования было изучение особенностей отклонений психического здоровья в условиях длительного воздействия физического насилия в семье с учетом возрастной динамики – с первого года жизни до 14 лет.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось с 1999 года на базе ДПБ № 6, специализированного дома ребенка № 25 и московских центров медико-психолого-социального сопровождения.

Критериями включения в группу являлись: возраст от 0 до 14 лет, факты пролонгированного внутрисемейного физического насилия, верифицированные юридическими органами, органами опеки и медицинскими учреждениями

Критериями исключения были острые реакции на стресс в результате однократного случая физического насилия в семье, шизофрения, эпилепсия и грубые органические поражения ЦНС различного генеза.

Основную группу составили 72 ребенка в возрасте от 7 месяцев до 14 лет. Средний возраст на момент обследования составил $6,54 \pm 0,96$ года. Возрастной состав группы представлен в табл. 1.

Для анализа была использована группа контроля (табл. 2), которую составили дети-сироты с рождения, то есть не подвергавшиеся воздействию фактора физического насилия, но находившиеся в условиях депривации. Дети, находившиеся в условиях ХВФН, так-

Таблица 1

Распределение обследованных детей по полу и возрасту

Возраст	До 3 лет		3–5 лет		6–10 лет		11–14 лет	
	м	д	м	д	м	д	м	д
Обследованы в доме ребенка	9	9	10	6	0	0	0	0
Обследованы в ПМСЦ	0	0	0	2	5	0	0	0
Обследованы в ДПБ № 6	0	0	0	0	8	5	16	2
Всего	9	9	10	8	13	5	16	2
Итого	72							

же подвергались воздействию фактора депривации. Группа контроля позволила отграничить результат воздействия фактора ХВФН от фактора депривации.

Методами изучения психического и психофизического состояния детей из названных условий жестокого обращения и физического насилия были клинические (педиатрический, неврологический, хирургический, клинко-психопатологический), а также параклинические (психологический, инструментальный, статистический). Катамнез составил в среднем $4,95 \pm 0,15$ года.

Исследование проводилось клинко-динамическим методом. Такой подход обеспечил возможность изучить разные формы воздействия перенесенного физического насилия на психическое развитие ребенка, разработать типологию психических расстройств у данного контингента детей в возрастной динамике. Помимо традиционной оценки физического, неврологического и психического статуса ребенка был использован ряд специальных методик. Для оценки состояния вегетативной нервной системы использовалась методика исследования вегетативного тонуса у детей раннего возраста, разработанная сотрудниками отдела психической патологии раннего детского возраста НЦПЗ РАМН (2). Психологическое развитие детей раннего возраста диагностировалось по клинко-психологической методике ГНОМ (6). Для оценки аффективной сферы была адаптирована для детского возраста шкала оценки степени выраженности депрессии Монтгомери-Асберг. Для целенаправленного исследования детей из условий хронического внутрисемейного физического насилия была разработана оригинальная шкала оценки психических нарушений (ШОПН) с учетом типологии и степени выраженности выявляемых психических нарушений (7). Для выявления ПТСР была использована современная качественная шкала оценки – опросник К-SADS-PL. Для диагностического отграничения подлинных нарушений психического здоровья от временных поведенческих реакций, не требующих психиатрического вмешательства, были использованы качественные критерии М. Rutter (16).

Результаты исследования и их обсуждение

Распределение наследственной отягощенности в изучаемой когорте детей представлено на рис. 1.

Как показано на рис. 1, преобладала наследственная отягощенность алкоголизмом (более 50% слу-

Таблица 2

Группа контроля

Возраст	До 3 лет		3–5 лет		6–10 лет		11–14 лет	
	м	д	м	д	м	д	м	д
Обследованы в доме ребенка	2	3	3	2	0	0	0	0
Обследованы в ДПБ № 6	0	0	0	0	4	1	4	1
Всего	2	3	3	2	4	1	4	1
Итого	20							

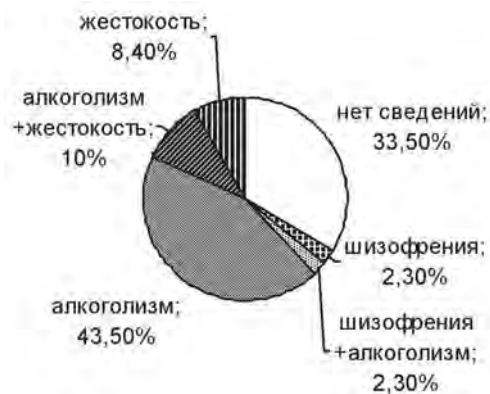


Рис. 1. Распределение наследственной отягощенности в изучаемой когорте детей

чаев). Асоциальные формы поведения с жестокостью встречались у близких родственников у 18% обследованных детей. Шизофрения отмечалась менее чем в 5% случаев. В 33,5% сведения отсутствовали.

У всех детей основной группы отмечались нарушения различной степени тяжести как в соматовегетативном, так и в психическом состоянии. Соматовегетативные расстройства были отмечены у 92% детей. Они проявлялись в виде физической ослабленности, низких показателей массы и роста, нарушений сна и аппетита, аллергических проявлениях, висцеро-вегетативной дисфункции и преобладания симпатикотонии. Неврологическая дисфункция ограничивалась резидуальными микроневрологическими отклонениями. У 100% детей выявлены те или иные психические отклонения, складывающиеся в определенный стереотип, которые относились по критериям М. Rutter, а также методикам К-SADS-PL и ГНОМ к подлинным нарушениям психического здоровья.

Исследование по ШОПН позволило разделить обследуемых детей на 3 группы: первая составила 8% – это риск развития психических нарушений в результате воздействия фактора ХВФН; вторая и третья группы с умеренными и выраженными нарушениями вследствие воздействия фактора ХВФН – 67% и 25% соответственно (рис. 2).

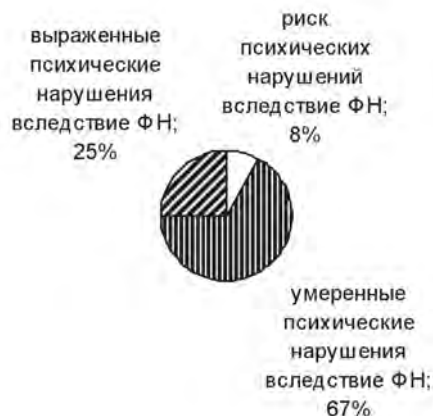


Рис. 2. Распределение степени выраженности психических нарушений по ШОПН в изучаемой когорте детей

Распределение различных по степени выраженности психических нарушений показывает, что по мере увеличения возраста обследуемых возрастает и выраженность психических нарушений. Это позволяет сделать вывод о том, что чем раньше началось насилие и чем длительнее ребенок находился под его воздействием, тем более выражены последствия данного психогенного фактора.

Исследование по адаптированной нами шкале оценки выраженности депрессии MADRS позволило разделить обследуемых на 4 группы: 1) случаи отсутствия депрессии (суммарный балл до 15); 2) случаи малого депрессивного состояния (16–25 баллов); 3) случаи умеренного депрессивного состояния (26–30); 4) случаи выраженного депрессивного состояния (свыше 30 баллов). В процентном отношении распределение случаев депрессии представлено на рис. 3.

Как следует из рис. 3, в 31% случаев депрессии отмечено не было. В 39% случаев отмечалось малое депрессивное состояние, в 16% случаев – умеренное депрессивное состояние и в 14% – выраженное депрессивное состояние. Исследование по адаптированной нами для детей раннего возраста шкале оценки выраженности депрессии MADRS выявило разной степени выраженности депрессию у 69% детей.

Психическое состояние во всех возрастных группах обследованных детей характеризовалось тотальной задержкой психического развития, которая была обратима при своевременной коррекции. В раннем возрасте отмечалась задержка эмоционального развития. Имела место задержка становления положительных эмоциональных реакций, при сохранности и даже некотором ускорении темпов становления отрицательных реакций.

Задержка когнитивного развития проявлялась с первого года жизни в виде недостаточной познавательной активности. Обращала на себя внимание ретардация речевого развития, выражавшаяся в позднем появлении лепета (с 9–10 месяцев), первых слов (не ранее полутора лет), фразовой речи не ранее 2,5 лет. Речь долго оставалась бедной, с использованием простых фраз. В то же время пассивное понимание речи было в полном объеме. В



Рис. 3. Распределение выраженности депрессии в изучаемой когорте детей

дошкольном возрасте выявлялся ограниченный запас сведений и представлений об окружающем. В младшем школьном возрасте выявлялась неготовность детей к школьному обучению, а также имели место пресыщаемость внимания, неспособность самостоятельно усвоить отвлеченные понятия при наличии зрелых суждений в бытовых вопросах. В подростковом возрасте обращало на себя внимание отсутствие познавательных интересов и узость кругозора при сохранных предпосылках интеллекта.

Моторное развитие также отставало от возрастной нормы. Особенно ярко это выражалось у детей, подвергавшихся насилию с первого года жизни. На первый план выходила задержка формирования тонкой моторики.

На основании анализа психического состояния данной группы детей, были выделены основные (облигатные) расстройства, характерные для хронического внутрисемейного физического насилия. Первым облигатным расстройством в структуре психопатологии были аффективные нарушения, отмечавшиеся с раннего возраста. Они выражались тревожной депрессией. В эксперименте выявлялось своеобразное, присущее детям раннего возраста из условий жестокого обращения искажение эмоционального контакта с взрослыми – они реагировали испугом и плачем на строгое лицо, на улыбающееся лицо и ласковый тон реакция была недостаточной, а иногда и индифферентной.

После 2 лет у большинства детей на фоне тревожной депрессии отмечались диффузные *страхи* темноты, одиночества, а также страх наказывающих их окружающих взрослых. У детей 5–6 лет отмечались сновидения устрашающего характера и панические реакции.

При наблюдении детей младшего школьного возраста аффективные нарушения носили характер дисфорических вспышек со злобой, копролалией, двигательным возбуждением, драчливостью с элементами аффективно суженного сознания в сочетании с преобладанием дистимического фона настроения. Диффузная тревога, отмечавшаяся ранее, теперь проявлялась лишь в определенных ситуациях: например, напряженностью при беседе с врачом, в компании незнакомых детей, среди которых, есть более сильные, а также в домашней обстановке при продолжающихся телесных наказаниях. В подростковом возрасте аффективные нарушения проявлялись дисфорическими вспышками с элементами аффективно суженного сознания, часто сопровождающимися агрессивными, разрушительными действиями.

Вторым облигатным расстройством у детей в условиях физического насилия являлось расторможение влечений. У детей первого года жизни это были патологические привычные действия (сосание пальца, у детей старше 9 месяцев – яктация), которые возникали по механизму заместительных депривационных стереотипов, но быстро приобре-

тали в условиях физического насилия признаки, которые расценивались как начальные проявления патологии влечений (охваченность и трудность переключения в совершении привычных действий). В ряде случаев отмечалась булимия с периодами анорексии. Следует отметить, что факты булимии и анорексии проявлялись на фоне депрессивного аффекта.

Патология влечений с 2,5–3 лет у детей начинала отмечаться нарушениями поведения в виде особой агрессивности с жестокостью и разрушительными действиями по отношению к детям и игрушкам и их малой мотивированностью. Указанные проявления сочетались с другими расстройствами: повышением аппетита вплоть до булимии, а также патологическими привычными действиями в виде сосания пальца, яктации и др. В возрасте 3–6 лет проявления расторможения и искажения влечений становились более заметными. К прежним патологическим привычным действиям присоединялась онихофагия, а в ряде случаев и элементы аутоагрессии – дети расчесывали ссадины, сдирали корочки с ранок, кусали язык, кожу на руках. Дети, даже изъятые из условий физического насилия, в детском коллективе были агрессивны, и их агрессивное поведение сопровождалось внешними проявлениями радости и удовольствия.

Усиление нарушения влечений еще более обнаруживалось в младшем школьном возрасте. Это проявлялось в жестоком, с элементами мучительства, обращении с животными, в играх с детьми, с игрушками, со слабыми, стариками. Им были свойственны проявления аутоагрессии, а также виктимное поведение при продолжающемся факте ХВФН, проявляющееся провокациями конфликтов в семье и драк со сверстниками. Относясь жестоко к слабым детям, они полностью подчинялись асоциальным личностям. У них формировалась склонность к воровству, нередко бессмысленному, с тенденцией к порче вещей, отмечалась лживость, самооговоры с провокацией наказания. Они охотно «доносили» взрослым о неблагоприятных поступках других детей, в некоторых случаях оговаривали их. Критика к собственному поведению отсутствовала, дети бравировали своим поведением. Кроме того, у них выявлялась склонность к уходам и бродяжничеству, часть детей имели влечение к огню, к грязи, копролалии. В подростковом возрасте отмечаемое ранее расстройство влечений было особенно значительным. К перечисленному присоединялось употребление психоактивных веществ (табака, алкоголя, ингаляция паров растворителей, клея, в ряде случаев употребление наркотиков).

Последним облигатным расстройством было нарушение формирования личности, которое складывалось из искажения формирования феномена привязанности и коммуникативных функций, виктимности в поведении, формирования криминальных (асоциальных) черт.

Рано отмечающейся особенностью поведения было искажение формирования привязанности, в раннем возрасте проявлявшееся в виде оппозиции и страха перед жестоко обращающимся родителем. В дальнейшем у них формировался своеобразный стиль взаимоотношений с окружающими. Дети держались отгороженно, предпочитая играть в одиночестве. В дальнейшем, дети становились общительнее, но выбирали более сильных сверстников, угодничали перед ними и выполняли их поручения. Наиболее заметно этот стиль поведения проявлялся в младшем школьном возрасте на этапе формирующихся дружеских отношений и складывающихся групп по интересам. Дети предпочитали сохранять избирательность общения, обнаруживая черты виктимности. В подростковом возрасте дети, подвергавшиеся ХВФН, оказывались не способными к равному, партнерским отношениям. Они подчинялись сильным и унижали слабых. Уже в дошкольном возрасте начинала проявляться виктимность поведения, то есть поведение, провоцирующее насилие, которое характеризовалось стремлением к обидчику-ровеснику и вызывающим поведением с протестными реакциями по отношению к заботящимся о них взрослым. Такие черты личности, как оговоры и доносительство с получением удовольствия при виде наказания других детей и угодничество перед более сильными, начинали отмечаться уже в раннем возрасте (в 2,5–3 года) и сохранялись на протяжении всего периода наблюдения. Склонность к асоциальному группированию и делинквентному поведению начинает проявляться в младшем школьном возрасте и наиболее ярко проявляется в подростковом. В целом, динамика личностных свойств детей, подвергавшихся ХВФН, расценивалась как патохарактерологическое развитие личности по диссоциальному типу.

Для отграничения результата воздействия фактора ХВФН от других факторов депривации выявлялись статистически значимые различия ($p < 0,05$) распространенности характерных для фактора ХВФН симптомов в основной группе и группе контроля. Величина r рассчитывалась при помощи критерия хи-квадрат (11). Анализ статистической обработки результатов показал, что у детей основной и контрольной группы имеются как черты сходства, так и отличия, которые касаются психических нарушений, относимых нами к облигатным. Детям-сиротам было свойственно снижение психической активности, а детям-жертвам ХВФН – ее искажение. В том и другом случае наблюдалась депрессия, но она имела качественные различия у детей-жертв ХВФН и детей-сирот. Для детей, пребывающих в условиях ХВФН, в раннем возрасте характерны депрессия, сопровождающаяся тревогой, страхами, а в более старшем возрасте – дисфория. У детей-сирот центральным было нарушение эмоционального реагирования, со снижением аффективной реактивности, монотонностью, недостаточной эмоциональной живостью, обозначенное М.Е.Просел-

ковой (9) как «эмоциональная дефицитарность». В сфере влечений не было статистически достоверного различия в частоте встречаемости булимии в основной и контрольной группах. Но, в отличие от синдрома сиротства, для синдрома насилия характерно расторможение и других влечений (агрессии, аутоагрессии, воровства). Дети, находящиеся в условиях ХВФН, отличаются от детей-сирот и своим поведением. Их отличало поведение, свойственное более старшему возрасту (псевдовзрослость в поведении). В дальнейшем, в процессе формирования искаженных личностных черт, дети-жертвы ХВФН все больше отличались от детей-сирот. Если у детей-сирот чаще отсутствовали привязанности, то у детей-жертв привязанности формировались, но были искажены (привязанность к обидчику). У детей-сирот практически не встречалось виктимное поведение. У детей-жертв насилия отмечались такие черты, как доносительство, угодничество, жестокость по отношению к слабым, которые отличались от рентных, приспособленческих установок детей-сирот наличием в их основе патологии влечений (получение удовольствия от страданий слабого и прислуживания сильному).

Заключение

Проведенное клинико-динамическое изучение отобранной группы случаев дало возможность получить результаты, фиксирующие психические нарушения у детей в условиях перманентного, внутрисемейного жестокого обращения и физического насилия. Выявлено, что они все без исключения имеют психические расстройства преимущественно непсихотического уровня, складывающиеся в определенный симптомокомплекс. К преимущественным (облигатным) психическим расстройствам отнесены: аффективные нарушения, расстройства влечений, искажение формирования личностных черт. Факультативные психические расстройства проявлялись задержкой психического развития, астеническими и соматовегетативными симптомами.

Следует отметить, что облигатные психические нарушения начинали фиксироваться в той или иной степени выраженности вскоре после начала ситуации насилия, независимо от возраста ребенка и его половой принадлежности. По окончании действия фактора насилия факультативные нарушения подвергались постепенной редукции, в то время как облигатные (основные) продолжали отмечаться.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антонян Ю.М., Бородин С.В. Преступное поведение и психические аномалии. – М.: Спарк, 1998. – 215 с.
2. Горюнова А.В., Шимонова Г.Н. Методические подходы к изучению вегетативных функций у детей раннего возраста // Журн. невропатол. и психиатрии им. С.С.Корсакова. – 2002. – № 3. – С. 47–50.
3. Гурьева В.А. Психогенные расстройства у детей и подростков. – М.: «Крон-Пресс», 1996. – С. 138.
4. Кербиков О.В. Избранные труды. – М.: Медицина, 1971. – 312 с.
5. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. Руководство для врачей. – М.: Медицина, 1995. – С. 524–530.
6. Козловская Г.В., Горюнова А.В., Самохвалова В.И. Методика определения психического развития детей до 3 лет – ГНОМ // Журн. невропатол. и психиатрии им. С.С.Корсакова. – 1997. – № 8. – С. 38–43.
7. Марголина И.А., Козловская Г.В., Проселкова М.Е. Психическое развитие детей из условий хронического физического насилия (особенности обследования детей) // Журн. невропатол. и психиатрии им. С.С.Корсакова. – 2005. – № 9. – С. 4–9.
8. Морозова Н.Б., Гурьева В.А. Острые аффективные реакции в условиях хронической психогении у подростков // Журн. невропатол. и психиатрии им. С.С.Корсакова. – 1988. – Вып. 4. – С. 78–81.
9. Проселкова М.Е. Особенности психического здоровья детей-сирот (возрастной и динамический аспекты). Дисс. ... канд. мед. наук. – М., 1996.
10. Ушаков Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства. – М.: Медицина, 1987. – 304 с.
11. Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э. Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины. – М., 1998. – С. 231–239.
12. Bernstein D.P., Stein I.A., Handelsman L. Predicting personality pathology among adult patients // J. Addict. Behav. – 1998. – Vol. 23. – P. 855–868.
13. Carter-Lourensz J., Jonson-Powell G. Comprehensive textbook of Psychiatry. – 2000. – Vol. 2. – Williams & Wilkins, 1995. – P. 2456–2462.
14. Luntz P.K., Widom C.S. // Am. J. Psychiatry. – 1994. – Vol. 151, Suppl. 5. – P. 670–674.
15. Mancini C., Van-Ameringen M., Mac Millan H. // J. Nerv. Ment. Dis. – 1995. – Vol. 183, Suppl. 5. – P. 309–314.
16. Rutter M. Helping troubled children. – London: Plenum Press, 1975.
17. Windle M., Windle R.C., Scheidt D.M. et al. // Am. J. Psychiatry. – 1995. – Vol. 152, Suppl. 9. – P. 1322–1328.