

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Федеральное государственное учреждение  
«Государственный научный центр  
социальной и судебной психиатрии  
им. В. П. Сербского Росздрава»**

**КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА  
СПЕЦИФИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ РАЗВИТИЯ  
И КОМОРБИДНЫХ ИМ  
ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ  
У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ  
СТОЙКОГО СЕМЕЙНОГО СТРЕССА**

**Информационное письмо**

Редактор — В. С. Залевский

**КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА  
СПЕЦИФИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ РАЗВИТИЯ  
И КОМОРБИДНЫХ ИМ  
ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ  
У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ  
СТОЙКОГО СЕМЕЙНОГО СТРЕССА**

**Информационное письмо**

Сдано в набор 29.10.09. Подписано в печать 5.11.09.  
Формат 60x84/16 Бумага офсетная № 1 Печать офсет.  
Усл. печ. л. 1,4 Тираж 150. Заказ 32. Цена договорная.



Набрано и отпечатано в Редакционно-издательском отделе  
ФГУ «Государственный научный центр социальной  
и судебной психиатрии им. В. П. Сербского Росздрава»  
119992 ГСП-2, Москва, Кропоткинский пер., 23.

Москва — 2009

УДК 616.89-084  
ББК 56.14  
К63

Информационное письмо подготовлено сотрудниками Отделения социальной психиатрии детей и подростков ФГУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского Росздрава» доктором медицинских наук, профессором **Н. В. Вострокнутовым**, кандидатом медицинских наук, доцентом **Л. О. Пережогиним**.

Работа издана в рамках реализации подпрограммы «Психические расстройства» Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007-2011 годы)».

К63 Вострокнутов Н. В., Пережогин Л. О. **Комплексная оценка специфических нарушений развития и коморбидных им психических расстройств у детей в условиях стойкого семейного стресса: Информационное письмо.** — М.: ФГУ «ГНЦ ССП Росздрава», 2009. — 24 с.

*Информационное письмо содержит данные о видах семейного стресса, обуславливающего риск развития психических и поведенческих расстройств у детей и подростков. Представлена клинико-психологическая характеристика нарушений возрастного психического развития и обратимых психических расстройств, развивающихся при отдельных вариантах семейного стресса (депривационный, конфликтный при ситуации развода, конфликтно-кризисный при внутрисемейном насилии); выделены содержательные связи между характером семейного конфликта и тяжестью психических и поведенческих расстройств; показано значение междисциплинарного подхода для многоаспектной оценки нарушений, обусловленных стрессом.*

*Для психиатров, клинических психологов, социальных работников детства, специализирующихся в консультативно-диагностической и коррекционно-реабилитационной помощи детям с проблемами развития и обучения.*

ISBN 975-5-86002-122-8

ББК 56.14

© Группа авторов, 2009  
© ФГУ «ГНЦ ССП Росздрава», 2009

## Содержание

Введение .....	3
Раздел 1. Методологические основы оценки психических и поведенческих расстройств у детей, находящихся в трудных жизненных обстоятельствах, обусловленных семейным стрессом.....	5
Раздел 2. Клинико-психологическая характеристика нарушений возрастного психического развития и коморбидных им психических расстройств и поведенческих расстройств у детей в условиях семейного стресса .....	9
Заключение .....	21

## **Введение**

Разработка проблем совершенствования социально-психиатрической помощи детям и подросткам, находящимся в трудных жизненных обстоятельствах, является социально значимой в связи с широкой распространенностью явлений семейной, школьной и социальной дезадаптации в детско-подростковой среде, а также тяжестью ее последствий в виде связанных со стрессом психических и поведенческих расстройств, безнадзорности и криминальной активности среди несовершеннолетних.

В настоящем информационном письме поставлены следующие **задачи**:

1. дать характеристику социальной ситуации развития детей и подростков, находящихся в особых жизненных обстоятельствах, обусловленных семейной депривацией и стойким семейным стрессом, в том числе сопровождающимся семейным насилием;
2. показать значение и удельный вес семейной депривации и семейного стресса в генезе деструктивных форм поведенческой активности детей и подростков;
3. дать характеристику типологии ведущих и коморбидных психических расстройств, определяющих нарушения развития и отклоняющегося поведения у детей и подростков, находящихся в условиях семейного стресса;
4. выделить основные направления коррекционно-реабилитационной помощи детям и подросткам, находящимся в трудных жизненных обстоятельствах, обусловленных семейным стрессом, с учетом характера развивающихся психических расстройств, личностных особенностей и социального статуса.

Информационное письмо составлено по результатам собственных исследований, проведенных на следующих базах:

ГОУ «Начальная школа — детский сад компенсирующего вида № 1883» ЮВАО г. Москвы (директор — Заслуженный учитель РФ Е.Ф.Самохина),

Московская областная психиатрическая больница № 8 (главный врач — Заслуженный врач РФ, к.м.н. Г.И.Шурыгин).

Центр психолого-педагогической коррекции и реабилитации «Крестьянская застава» ЮВАО г. Москвы (директор — д.п.н. М. В. Сагалов);

ГОУ «Специальное учебно-воспитательное учреждение закрытого типа для детей с девиантным поведением» г. Анна Воронежской области и г. Покров Владимирской области.

Интегративный социально-медицинский, личностно-ориентированный подход к психическому здоровью детей в настоящее время вырабатывает методологию, понятийный аппарат и новые пути организации консультативной, коррекционной и социально-реабилитационной работы с детьми, находящимися в трудных жизненных обстоятельствах и имеющих проблемы в развитии и поведении.

Сегодня социальная, психологическая и медицинская помощь детям, находящимся в трудных жизненных обстоятельствах реализуется через межведомственное и междисциплинарное взаимодействие и ее сутью является полипрофессиональная форма организации взаимодействия специалистов на основе многопрофильного бригадного метода.

В основе такого подхода лежит взаимодействие ЛПУ здравоохранения с учреждениями образования, социальной помощи, а также взаимодействие отдельных специалистов — педиатр, детский психиатр, психолог, социальных педагогов — при работе с «проблемной семьей» или «проблемным ребенком» в рамках лечебно-профилактических, образовательных и социальных программ. Успешный опыт по такой технологии недостаточно отражен в методических рекомендациях и врачебных руководствах и нуждается в детальном организационно-методическом обеспечении.

## **Заключение**

Острый и хронический семейный стресс во своих основных вариантах является значительным фактором риска возникновения неблагоприятных последствий для развития ребенка в виде психических и поведенческих расстройств, но не влечет их за собой со стопроцентной вероятностью. Достаточно большая часть детей, переживших тяжелый семейный стресс, в дальнейшем хорошо адаптируются в жизни и не демонстрируют серьезных отклонений. Такой благоприятный исход может иметь место в силу действия компенсаторных факторов, одним из которых является своевременное оказание квалифицированной медико-социальной коррекционной и реабилитационной помощи. В группах детей и подростков, проживающих в семьях с высоким уровнем семейной конфликтности лечебная, профилактическая и реабилитационная тактика должны выстраиваться по специализированным программам. Содержание психокоррекционной работы осуществляется в направлении интенсификации саногенных факторов, укрепляющих психическое здоровье ребенка с проблемами развития и поведения. Социально-реабилитационные мероприятия с этой группой несовершеннолетних целесообразно проводить не в рамках специализированных психиатрических учреждений (ПНД, ПБ), а в учреждениях социально-реабилитационной направленности в образовательной и социальной сферах при участии врачей-психиатров в качестве консультантов. Для оптимизации социально-психиатрического подхода в консультативно-диагностической, социотерапевтической и реабилитационной помощи детям и подросткам, находящимся в трудных жизненных обстоятельствах, необходимо согласование базовых положений Закона «О психиатрической помощи.....» и Закона «Об основах системы профилактики...»

Для девиантного поведения характерна бездумность оценок и отношений, рентное отношение к принятию всего «как должного», отсутствие планов на отдаленное будущее.

У многих детей и подростков отмечаются комплексные переживания с темой «сиротства». Эта тема проявляется в комплексных переживаниях об «ущербном» характере судьбы и об «изгойности» своего положения; часто развивается тема компенсаторных фантазий, связанных с избавлением от сиротства.

Таким образом, разработка проблем совершенствования социально-психиатрической помощи детям и подросткам, находящимся в трудных жизненных обстоятельствах, является социально значимой в связи с широкой распространенностью явлений семейной, школьной и социальной дезадаптации в детско-подростковой среде, а также тяжестью ее последствий в виде связанных со стрессом психических и поведенческих расстройств, безнадзорности и криминальной активности среди несовершеннолетних.

## **Раздел 1**

### **Методологические основы оценки психических и поведенческих расстройств у детей, находящихся в трудных жизненных обстоятельствах, обусловленных семейным стрессом**

Социально-психологическая и специализированная психиатрическая, психотерапевтическая помощь детям, переживающим семейный стресс, требует для своей реализации определенной методологии оценки нарушений психического развития и психического здоровья ребенка.

Эта методология должна учитывать следующие условия:

**А. Специфичность семейного стресса/дистресса.** В рамках социально-психиатрического подхода, который является выражением социально-медицинского направления в детской психиатрии, дистресс рассматривается как состояние острого или хронического эмоционального напряжения, возникающего при конфликтных, кризисных, в том числе семейных ситуациях, и превышающего по своей интенсивности или длительности индивидуальные психофизические и личностные адаптивные возможности ребенка.

Социально-психологический анализ позволяет выделить следующие виды семейного стресса, переходящего у ребенка в дистресс с признаками патологического реагирования.

**1. Семейная депривация.** Это понятие связано с ограничениями потребностей ребенка в оптимальной степени реализовать потенциальные возможности своего развития (Лангмейер И., Матейчек З., 1984). В связи с тем, что семья в воспитании ребенка играет основную, долговременную и важнейшую роль как один из типов депривации выделяют семейную депривацию как специфическую форму хронического семейного стресса. В рамках семейной депривации ключевое значение имеет материнская депривация, которая развивается у ребенка, находящегося в условиях недостаточности эмоциональной теплоты и

не привязанного к матери. В Международной классификации психических расстройств (МКБ-10) эти нарушения выделены в отдельную рубрику как «расстройства привязанности» (F93).

**2. Хронический семейный конфликт**, сопровождающийся судебным спором.

### **3. Семейный конфликт с внутрисемейным насилием.**

Отличительной особенностью детской психики и детского организма является то, что на острые или длительные тяжелые семейные стрессы ребенок реагирует дистрессом — патологической реакцией. В контексте задач оценки патологических нарушений при состояниях дистресса у детей необходимо выделять и оценивать:

- во первых, отклонения в возрастном, соматофизическом и психологическом развитии;
- во вторых, собственно психические, связанные со стрессом, расстройства;
- в третьих, психосоматические по генезу нарушения соматического состояния, связанные с характером психической травмы и типом личностного реагирования;
- в четвертых, стойкие поведенческие расстройства, как проявления нарушений психосоциального функционирования, которые могут закрепляться и вести к стойкой средовой психической дезадаптации.

**Б. Необходимость определения детей «группы риска развития социально обусловленных расстройств».** На настоящем этапе развития комплексной социально-медицинской помощи и социально-правовой защиты детей с особыми потребностями выделяются следующие группы детей, находящихся в трудных жизненных обстоятельствах, и в силу этого имеющих «риск» развития психических расстройств и нарушений поведения. Эти группы отличаются по механизмам социализации, ведущим патогенным социальным факторам и связанным с ними эмоциональными дистрессами:

**1. Дети, находящиеся в условиях семейной депривации и оставшиеся без родительского попечения** («социальное сиротство» — осуществленное по закону изъятие ребенка из семьи в связи с не обеспечением родителями заботы, ухода и воспитания своих детей и/или угрозой их здоровью, психическому состоянию и благополучному развитию).

Ведущие семейные стрессы в этой группе детей — дистрессы «лишения» или семейной, материнской депривации; утраты

ляются в повторяющихся уходах из дома, в бродяжничестве, систематических мелких кражах. Одновременно выявляются комплексные переживания заброшенности, отверженности, сочетающиеся с устойчивым чувством обиды на семью, которая «стремится избавиться от него».

Личностные дисгармоничные черты с одной стороны включают проявления педагогической и социальной запущенности, а с другой — сопровождаются фиксацией повторяющихся патохарактерологических реакций с чертами аффективной возбудимости или реакций, сочетающих в себе черты возбудимости с сензитивностью, обидчивостью; часто наблюдаются признаки компенсаторного фантазирования.

Признаки патологического формирования личности представлены в следующих вариантах.

**1. Развитие «дефицитарных» аномально-личностных свойств с чертами зависимости.** Особенности этого варианта являются:

- связь семейной ситуации, сопровождающейся насилием, с задержанным возрастным психическим развитием;
- сочетание часто наблюдающихся депрессивных реакций с парциальной интеллектуальной недостаточностью и регрессивными формами реагирования;
- фиксация таких личностных свойств как волевая неустойчивость с пассивной подчиняемостью и зависимостью. Ведущими личностными чертами становятся ограниченность стимулов и эмоционально насыщенных контактов, стойкая разобщенность с социумом и недостаточность формирования необходимых социально-практических норм и правил поведения.

С указанными особенностями депривационного формирования личности связана облегченность вовлечения детей в алкоголизацию, криминальную активность, что подтверждается возрастающим числом в этом возрастном периоде правонарушений.

**2. Патохарактерологическое формирование личности с чертами психического инфантилизма.** Личностные свойства подростков отличаются отсутствием позитивных социальных устремлений и не сформированностью этических, моральных установок. Одновременно отмечается слабость побудительных мотивов, отсутствие эмоциональной отзывчивости, глубоких привязанностей.

- нарушения взаимоотношений (чувство одиночества, изолированности);
- заниженная самооценка, неуверенность в своих силах и чувство беспомощности (это чувство усиливается, если ребенок делает попытки прекратить насилие, сообщить о происходящем, но встречает непонимание со стороны взрослых, к которым он обращается за помощью);
- нарушения сна;
- неприятие собственного тела;
- дополнительные психосоматические расстройства.

Перечисленные выше страхи могут носить характер фобий или постоянной недифференцированной тревожности и могут сопровождать не только случаи физического, но и внутрисемейного сексуального насилия.

### **2.3.2. Смешанное расстройство эмоций и поведения и патологическое формирование характера**

Девиации поведения сопровождают нервно-психические расстройства у детей и подростков, обусловленные внутрисемейным насилием. В части случаев поведенческие нарушения становятся не только облигатными, ведущими в клинической картине психогенных расстройств, но оказываются их единственным выражением, их «маской» (Гурьева В.А., 1996; Вострокнутов Н.В., 1997) или определенным «социальным знаком», имеющим важное смысловое значение для подростка. У мальчиков они встречаются чаще, чем у девочек, причем соотношение колеблется между 4:1 и 12:1.

Согласно МКБ-10 для данной группы расстройств «явными характеристиками являются как эмоциональные симптомы, так и расстройства поведения». Депрессивные расстройства характеризуются подавленным настроением с тоской, чувством обреченности, неполноценности и недостаточности, нарушением аппетита. Как правило, депривационные и психогенные депрессивные расстройства имеют смешанный, взаимопереплетающийся характер.

Случаи девиантных нарушений поведения связаны с ситуационными декомпенсациями, обусловленными не только семейными, но и другими социально-средовыми обстоятельствами, и кроме гипердинамичного, зависимого поведения прояв-

родителей и эмоционально значимых близких; эмоционального напряжения в связи с опасностью насилия, жестокого обращения.

### **2. Дети, находящиеся в условиях хронического семейного стресса, разрешаемого в судебном порядке.**

Ведущие семейные стрессы — дистресс «лишения»; «неисполнения ожиданий» и/или «поражения» с переживанием не успешности в детско-родительских отношениях, в семье; дистресс интенсивного эмоционального напряжения.

### **3. Дети, находящиеся в условиях семейного стресса, сопровождающегося внутрисемейным насилием (физическим, сексуальным).**

Ведущие социальные стрессы — дистресс «лишения» или депривации, «дистресс» интенсивного эмоционального напряжения в связи с угрозой насилия (младшая возрастная группа), дистресс разрыва с привычным стереотипом отношений, изоляции в старшей возрастной группе.

При оценке психического здоровья в группах детей «риска развития социально обусловленных психических расстройств» не только ведущий медицинский специалист (врач-психиатр, психотерапевт), но и специалисты других социальных практик (медицинский и возрастной психолог, педагог, социальный работник) должны с одних методологических позиций оценивать состояние дистресса у ребенка из «группы риска» и связанные с ним нарушения психического и соматического здоровья.

В рамках междисциплинарного подхода наиболее оптимальной является концепция «функционального диагноза» с многоосевой оценкой психических и поведенческих расстройств. Она включает:

— 1-я ось: клинически выраженное психическое расстройство (например, обусловленные семейным стрессом тревожные расстройства, связанные с соматическими нарушениями признаки астенического, эмоционально-лабильного расстройства и т.д.);

— 2-я ось: нарушения психологического развития, включая нарушения формирования высших психических функций (ВПФ — счет, чтение, письмо, пространственно-временная ориентация);

— 3-я ось: сопутствующие физические болезни и нарушения;

— 4-я ось: особенности психосоциальных условий развития;

— 5-я ось: степень тяжести имеющихся нарушений.

Данный многоуровневый подход является методологической основой для междисциплинарного взаимодействия специалистов при полифункциональной диагностике ключевой проблемы ребенка, находящегося в условиях семейного стресса, и объединяет единство усилий многих специалистов в оказании этапной консультативно-диагностической, терапевтической и социо-реабилитационной помощи.

При насилии в семье дополнительное значение имеет наличие привязанности между жертвой и агрессором. Ребенок, перенесший насилие со стороны родственника или другого близкого человека, теряет ощущение безопасности, потому что в норме именно семья воспринимается как безопасное место, а родители воспринимаются ребенком как защитники. Если насильственные действия совершает родитель, или же ребенок чувствует, что родитель не может или не хочет его защитить, исчезает чувство безопасности, возрастает тревога, уменьшается способность доверять людям.

Психические и поведенческие расстройства, отмечающиеся у детей при стрессе, связанном с внутрисемейным насилием.

### **2.3.1. Фобические тревожные расстройства**

Причинными факторами возникновения тревожно-фобических расстройств при внутрисемейном насилии являются шоковые психические травмы, вызывающие острый испуг, и затяжные конфликтные психотравмирующие ситуации.

В МКБ-10 «Фобические тревожные расстройства» рассматриваются в разделе «Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства» (F40 — F48). При диагностике данного расстройства необходимо учитывать, что тревога вызывается исключительно или преимущественно определенными объектами или ситуациями, которые характерным образом избегаются или переносятся с чувством страха. Для детей, переживающих явления внутрисемейного насилия с физической жестокостью и насилием, наиболее типичными являются следующие виды расстройств:

- страх повторения насилия, что мешает концентрации внимания, приводит к снижению школьной успеваемости и вторично ухудшает положение ребенка;
- страх перед тем, что окружающие узнают о произошедшем, что определяет развитие стойких реакций с чувством стыда;
- постоянно присутствующее чувство вины (дети считают, что «заслужили насилие»);
- стойкие общие расстройства эмоциональной сферы (повышенная тревожность, частая смена настроения, подавленность, склонность к слезам, вспышки агрессии, раздражительность);



ного стресса. Это нарушения сна и общее беспокойство детей с эмоциональной напряженностью и вегетативными дисфункциями, ночные страхи, невротические расстройства речи (заикание), тики, дневное и ночное недержание мочи.

Второй тип нарушений связан с психосоматическими расстройствами в виде отказов от еды или обжорства, болей в желудке, нарушений со стороны дыхательной, кожной системы.

Третий тип нарушений проявляется в эмоционально-поведенческих расстройствах с появлением школьных нарушений со снижением успеваемости. В более тяжелых случаях могут наблюдаться самовольные уходы из дома и оставление учебы, воровство, пробы с употреблением психоактивных веществ. Выше перечисленные симптомы, связанные с семейным стрессом, имеют высокий риск фиксации, так как отражают малоосознаваемую со стороны ребенка потребность существенно повлиять на разводную ситуацию. С психодинамической точки зрения главную роль для поддержания симптомов играют конфликты, которые скрываются за ними. Без понимания «значения симптомов» в рамках реакции переживания на развод невозможно оценить вероятностную динамику симптоматики в действительности и в будущем. Оппозиционно-вызывающее поведение ребенка и многие невротические симптомы, как правило, исчезают под влиянием новых жизненных обстоятельств и на новой ступени развития «Я ребенка», а также при получении психолого-терапевтической поддержки.

### **2.3. Психические и поведенческие расстройства у детей в условиях семейного стресса, связанного с внутрисемейным насилием**

Насилие, пережитое в семье, оказывает существенное влияние на эмоциональную, интеллектуальную и поведенческую сферы ребенка, потому что его возрастное психическое развитие всегда проходит через призму опыта отношений с родителями. Жестокое обращение и насилие в семье занимают особое положение в формировании психических и поведенческих расстройств у детей и в целом для них характерны интенсивность психотравматичных переживаний, повторность случаев насилия с обстановкой угроз, запугивания, повторяющихся избиений, издевательств.

## **Раздел 2**

### **Клинико-психологическая характеристика нарушений возрастного психического развития и коморбидных им психических расстройств и поведенческих расстройств у детей в условиях семейного стресса**

#### **2.1. Психические и поведенческие расстройства у детей в условиях семейного стресса, протекающего с семейной (материнской) депривацией**

Все типы этих семей объединяют: неудовлетворительные материальные условия, частые случаи злоупотребления родителями психоактивными веществами, невысокий культурный и образовательный уровень, низкая медицинская активность родителей в случае заболевания ребенка. Необходимо выделить следующие компоненты, формирующие семейную депривацию (в процентах указана встречаемость внутрисемейных социальных отклонений, оказывающих воздействие на детей с диагностированными психическими расстройствами депривационного и социально-стрессового генеза):

##### **1. Аномальные отношения в семье**

1.1. Недостаточность эмоционального тепла в отношениях между родителями и детьми (92%)

1.2. Конфликтные отношения между взрослыми в семье (88%)

1.3. Враждебное отношение к ребенку, включая физическое насилие в отношении ребенка (70%)

1.4. Психическое расстройство, отклонение или физический недостаток у родителей и значимых для ребенка других членов семьи (18%)

##### **2. Аномальные качества воспитания**

2.1. Родительская гиперопека (17%)

2.2. Неадекватный родительский надзор/контроль (52%)

2.3. Неадекватное родительское воздействие (23%)

### **3. Неблагоприятные события жизни**

3.1. Изъятие из семьи, создающее значительную угрозу (56%)

3.2. Негативные изменения стереотипа отношений в семье (12%)

3.3. Переживание сильного страха (8%)

Таким образом, семейная депривация является социально-психологическим феноменом, который по своей структуре включает аномальные отношения в семье, аномальные типы воспитания, неблагоприятные события в жизни ребенка, сопровождающиеся, как правило, острым или протрагированным и хроническим семейным стрессом.

Отмеченные проявления семейной депривации сопровождаются определенными клинико-социальными особенностями родителей. Учитывая ведущую роль материнской депривации, наиболее значимыми оказываются клинико-социальные характеристики матерей. В большинстве случаев они представлены следующими признаками:

- органическое расстройство личности (эмоционально-неустойчивый или конформно-зависимый варианты с интеллектуальными (когнитивными) нарушениями);
- аномальные личностные расстройства, среди которых ведущими являются радикалы эмоциональной неустойчивости (импульсивный тип) или зависимости с чертами пассивности, отгороженности, амбивалентности в отношениях с ребенком, а также ананкастный тип с личностными установками на «долженствование» (перфекционизм);
- расстройства личности и поведения вследствие употребления психоактивных веществ (алкоголь, наркотики);
- пограничные психические расстройства невротического уровня, аффективные расстройства депрессивного, депрессивно-дисфорического типа.

В большинстве случаев наблюдается сочетанный характер расстройств, например, органические или психопатические расстройства личности в сочетании с зависимостью от психоактивных веществ, вторичными аффективными нарушениями, аффективно-личностными реакциями.

Подверженность депривационным нарушениям чаще обусловлена асоциальностью семьи и малым возрастом ребенка при отрыве его от семьи в связи с лишением родителей родительс-

родителей, или существенно нарастает зависимость чаще от родителя, с которым он остается совместно проживать.

Третья особенность анализируемых семейных конфликтов заключается в том, что в подобной психологически сложной ситуации у детей выше риск развития нарушений психического здоровья и личностного развития. При постоянных и выраженных ссорах родителей формирующиеся сложные психологические переживания, во первых, включают в себя чувство страха, обусловленное скандалами между родителями, протекающими с высоким уровнем раздражительности и взаимных обвинений; во вторых, это часто скрытое, но существенное по своим последствиям для личностного развития ребенка чувство вины, которое возлагают на себя дети за происходящее в семье. Данное чувство может определять желания ребенка стать своеобразным «терапевтом брака», когда дети используют различные попытки примерить родителей. Другие дети, стараясь меньше досаждать родителям в ситуациях конфликта, осознанно отдаляются от них. Более тяжелые случаи характеризуются появлением у ребенка клинически выраженных симптомов развода, которые зачастую имеют для ребенка подсознательную функцию отвлечения родителей от их проблем, чтобы они могли сообща заняться им.

Не менее важная особенность семейных конфликтов, сопровождающихся судебным спором, характеризуется тем, что хронический семейный стресс накладывает свой отпечаток на психологический склад взрослых лиц, вовлеченных в конфликт. В структуру психологических переживаний родителей, как правило, входит отрицание своей вины в сложившейся ситуации и в проблемах ребенка (детей) с переносом вины на другого, например, на супруга, желавшего развода и покинувшего семью. Эмоционально напряженные отношения родителей по преимуществу противоречивы и имеют большую готовность к скрытой или явной агрессивности. Подобная поляризация индивидуально-психологических и личностных свойств взрослых членов семьи существенно ограничивает способность родителей помочь своему ребенку в преодолении кризиса развода.

В ситуации конфликта, сопровождающего развод, наряду со специфическими психологическими переживаниями достаточно часто у детей развиваются клинические признаки обратимых психических расстройств, которые являются достаточно типичными и относятся к проявлениям хронического семей-

ние волос на голове, мастурбация). При этом каждый из перечисленных феноменов может сочетаться друг с другом, характеризуется усилением выраженности в эмоционально-дистрессовых ситуациях и связан с рудиментарными, атипичными аффективными нарушениями в виде субдепрессивных расстройств.

В целом указанные признаки можно рассматривать как признаки психического регресса, сочетающиеся с другими нарушениями отклонений психического развития — невропатия, отставание в психомоторном, эмоционально-личностном развитии.

## **2.2. Психические и поведенческие расстройства у детей в условиях семейного стресса, связанного с судебным спором**

Проведенные нами исследования показывают, что при разводах, сопровождающихся судебным спором, конфликтные отношения до развода существовали значительно дольше и протекали более напряженно. В этих конфликтных ситуациях внутрисемейные отношения часто принимают характер враждебности, сопровождаются взаимными обвинениями, угрозами и действиями, в которых ребенок используется как средство психологического или другого воздействия. При оценке переживаний ребенком развода и влияния этой реакции переживания на его психическое состояние следует учитывать остроту и напряженность конфликтных отношений между родителями, факт резкого изменения привычных для ребенка жизненных семейных обстоятельств, внезапное или не имеющее объяснений разлучение с одним из родителей. Последнее обстоятельство превращает развод в утрату и переживание потери одного из родителей.

Следующая важная особенность этих конфликтов заключается в том, что разведенные родители осознанно или неосознанно ищут в детях психологическую поддержку или «союзников», тем самым вовлекают их в конфликт выбора между родителями, что предъявляет к ребенку в психологическом плане слишком сложные требования. У каждого ребенка в этой ситуации с учетом его возраста, индивидуально-психологических свойств наблюдается или возрастание потенциала раздражительности, агрессивности, который разряжается на одном из

ких прав. Для детей из таких семей характерно задержанное психическое развитие, сопровождающееся неразвитостью воображения, бедностью эмоциональных реакций, односложной речью, снижением уровня сформированности любознательности и познавательных интересов; в самосознании присутствуют специфические черты с отсутствием чувства «Я»; у многих детей наблюдается неприятие себя, сочетающееся с равнодушием и слабым интересом к сверстникам.

Достаточно часто одновременно отмечаются признаки гипердинамического поведения с повышенной патологической активностью, связанной с собственным телом: 16% детей склонны усиленно и монотонно раскачиваться из стороны в сторону, часто это делают перед отходом ко сну или оставаясь в одиночестве; около 20% детей сосут пальцы, берут в рот различные предметы, кусают ногти; в 12% случаев отмечаются стойкие проявления мастурбаций. Достаточно часто проявления патологической активности усиливаются после конфликтных ситуаций.

На наш взгляд, это свидетельствует о том, что,

во первых, эти дети испытывают неудовлетворенные потребности в эмоциональных контактах, однако, эмоциональные отношения проявляются у них преимущественно в форме дисстресса;

во вторых, отмечаются признаки регрессивных проявлений, связанных с задержанным психическим развитием;

в третьих, наблюдается высокий риск формирования различных вариантов отклоняющегося поведения, в том числе и аддиктивного поведения с зависимостью от психоактивных веществ (ПАВ); достаточно часто отмечаются проявления бродяжничества и признаки агрессивного поведения.

У детей дошкольного и младшего школьного возраста преобладающими являются признаки задержанного психического развития, которые сочетаются с педагогической запущенностью и парциальными формами легкой умственной отсталости. В дошкольном возрасте игровая деятельность у таких детей малопродуктивна, однообразна и не развернута. Одновременно отмечается неразвитость фантазии, которая лишена детской любознательности. В связи с этим дети достаточно часто пассивны и равнодушны к окружающему. У многих отмечаются латентные депрессивные нарушения, которые включают переживания с повышенной тревожностью.

тью, страхами, ожиданием угроз со стороны взрослых или других детей.

В младшем школьном возрасте у детей преимущественно обнаруживается неспособность к определенным усилиям и устойчивым формам занятий. В связи с этим дети быстро устают, безразлично относятся к результатам своих действий. Они отвлекаются на уроках, допускают ошибки бездумного характера, плохо запоминают учебный материал. Трудности в усвоении школьных навыков сочетаются с нарушениями развития активной речи, пространственной ориентировки, признаками дислексии, дисграфии. Для многих детей характерен плохой почерк, им не удаются рисунки, другие школьные навыки, требующие тонкой моторики. Отмеченные психические расстройства сочетаются со школьной неуспешностью. На трудности обучения дети реагируют с проявлениями регресса в поведении. Регресс носит черты инфантильности, так как дети предпочитают игровые занятия; одновременно у них усиливаются проявления гиперактивного поведения и эмоциональной неустойчивости с несдержанностью аффекта.

У некоторых детей дополнительно выявляется скрытая агрессия и враждебность по отношению к окружающим. Во всех случаях эмоциональные нарушения сопровождаются искажением коммуникативных способностей, так как дети характеризуются сочетанием пассивной подчиняемости по отношению к взрослым и упрямством, маломотивированными раздражительными реакциями по отношению к сверстникам. Дети также испытывают трудности в дифференцировке обращений к ним взрослых. Первой реакцией является реакция тревоги и «внутренней зажатости» на требовательный или повышенный тон обращения; похвала слабо интенсифицирует деятельность ребенка. Все это обуславливает у детей неподготовленность к социальным контактам в процессе школьного обучения. Для включения в учебный процесс со всеми детьми необходимо проводить индивидуальную работу с комплексной помощью психологов, педагогов и дефектологов.

Не сформированность навыков социальной ориентировки и индивидуальных форм общения, как правило, повышает эмоциональную неудовлетворенность ребенка, его неустойчивую самооценку. Неуверенность в себе, отгороженность от окружающих в последующем легко определяют пассивное подчинение среде и социальному давлению асоциальных подростков.

Таким образом, у детей младших возрастных групп (дошкольный и младший школьный возраст) материнская и семейная депривация сопровождаются достаточно выраженными эмоциональными нарушениями в виде стойкого безучастного, депрессивного или тревожно-депрессивного настроения с существенной блокадой познавательных реакций и искажением детских форм общения. Одновременно отмечается парциальная задержка психического развития с интеллектуальной недостаточностью и задержкой созревания таких личностных свойств как инициативность, самостоятельность, любознательность с нарушением формирования игровых и социальных навыков, эмпатических чувств сопереживания. Это приводит к серьезным искажениям в развитии самосознания. Наличие признаков сопутствующего раннего органического поражения нервной системы с дефицитом внимания фиксирует и закрепляет эти расстройства.

С установленными эмоционально-личностными клинико-психологическими особенностями, связанными с депривационными психосоциальными влияниями, коррелируют следующие формы психических поведенческих нарушений:

1. Гиперактивное поведение с нарушениями внимания. Нарушенное внимание проявляется в частой смене одной деятельности на другую, в повышенной отвлекаемости с быстрой утратой интереса к предшествующему заданию. Наиболее заметной такая поведенческая активность становится при организованных ситуациях, например, на уроке, при кружковой работе, при выполнении заданий, требующих самоконтроля. Дети с таким поведением постоянно провоцируют дисциплинарные взыскания, склонны к импульсивным действиям, самовольным побегам;

2. Моносимптомные нарушения отдельных системных процессов и физиологических отправления — непроизвольные тики и гиперкинезы, случаи упускания мочи в дневное и ночное время; расстройства ночного сна с недифференцированными страхами;

3. Нарушения развития отдельных психических функций, а именно, речи с сопутствующими трудностями в чтении, письме, а также трудности в обучении школьным навыкам счета, не сформированность четких пространственных представлений.

4. Высокий уровень привычной патологической активности, связанной с собственным телом (грызение ногтей, вырыва-