

1. Абраменкова В.В. Социальная психология детства: развитие отношений ребенка в детской субкультуре. - М.: Московский психолого-социальный институт; Воронеж: Издательство НПО «МОДЭК», 2000. - 416 с.
2. Авдоница Н.И. Отечественный и зарубежный опыт социально-педагогической и социально-психологической работы с детьми из неблагополучных семей // Вестник Мордовского государственного университета. - 2009. - №2. - С. 178-182.
3. Кон И.С. Социологическая психология / Московский психолого-социологический институт. — Воронеж: Издательство НПО «МОДЭК», 2003. - 526 с.
4. Мид М. Культура и мир детства. - М.: Директ-Медиа, 2009. – 462 с.
5. Осорина М.В. Секретный мир детей в пространстве мира взрослых. — СПб.: Питер, 1999. – 304 с.
6. Попкова Т.Д. Детская субкультура как социальный феномен / Под ред. Т.Д. Попковой, Б.В. Кондакова. — Пермь: Пермский гос. ун-т, 2010. - 176 с.
7. Современный философский словарь / Под ред. В. Е. Кемерова.. - М.: Академический проект, 2004. - 568 с.
8. Соколова Н. Подходы к определению понятия «социально-педагогическая поддержка» // Социальная педагогика. - 2012. - №5. - С. 89-96.
9. Чередникова М.П. Голос детства из дальней дали: игра, магия, миф в детской культуре / Сост., научная редакция, примечания, библиографический указатель В. Ф. Шевченко. — М.: Лабиринт, 2002. - 224 с.
10. Чукреева В.В. Влияние семьи на развитие личности ребенка, его благополучие // Проблемы и перспективы развития образования: материалы междунар. заоч. науч. конф. (г. Пермь, апрель 2011 г.).Т. II. — Пермь: Меркурий, 2011. — С. 180-183.
11. Шалагинова К.С., Бутримова О.И. Коррекционно-развивающая работа с детьми из неблагополучных семей // Справочник педагога-психолога. – 2012. - №1. – С. 16-19.

Марголина И.А.

Физическое насилие в раннем детском возрасте и его последствия для психического здоровья в возрастной динамике

Физическое насилие это повреждающий психобиологический фактор, включающий в себя как собственно физическое повреждение, так и сопутствующее ему психологическое эмоциональное насилие. И то и другое входит как составные части в понятие « жестокое обращение» или ограничение прав ребенка на обеспечение оптимальных условий для его психофизического развития.

По данным отечественной и зарубежной литературы в качестве психосоциальных последствий жестокого обращения с детьми указываются делинквентные и асоциальные формы поведения аффективные нарушения и аномальные черты личности (Антонов Ю.М. и др. 1998, Морозова Н.Б. и др. 1988, Bernstein D. at .1998, Luntz P. at al.1994, Vancini C. at al. 1995, Windle M. at al. 1995).

В то же время динамика формирования этих нарушений была изучена недостаточно, особенно последствия воздействия физического насилия на психику в детском возрасте. В настоящее время по данным разных авторов физическому насилию (в

частности внутри семьи) подвергаются от 4.5 до 25% детей (Гурьева В.А. 1996, Carter-Lourensz J at al 1995).

На основании теоретических разработок возникновения и динамики психогенных нарушений в детском возрасте (Кербиков О.В.1971., Ковалев В.В.1995, Ушаков Г.К. 1987) нами была выдвинута гипотеза о том, что физическое насилие вызывает психические отклонения, зависящие от факторов возраста, длительности насилия и др. Для проверки данного положения было проведено исследование отклонений психического развития в условиях длительного физического насилия в семье с раннего возраста в возрастной динамике - с первого года жизни до 14 лет.

Критериями включения в группу являлись: возраст от 0 до 14 лет и 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 дети в возрасте от 7 месяцев до 14 лет. В качестве группы контроля была взята группа детей-сирот с рождения, которые не подвергались физическому насилию.

Обследование детей проводилось на базе ДПБ № 6, специализированного дома ребенка № 25 и московских центров медико-психолого-социального сопровождения. Изучение проводилось ретроспективно и проспективно. Катамнез в среднем составил 6 лет.

Помимо традиционных методов обследования ребенка был использован ряд специальных методик, разработанных сотрудниками отдела по изучению раннего детского возраста НЦПЗ РАМН. Для оценки состояния вегетативной нервной системы использовалась методика исследования вегетативного тонуса у детей раннего возраста (Горюнова А.В. Шиманова Г.Н. 2002) Психологическое развитие детей раннего возраста диагностировалось по клинико-психологической методике ГНОМ (Козловская Г.В. Горюнова А.В. и др. 1997). Для оценки аффективной сферы на основе известной шкалы оценки степени выраженности депрессии Монтгомери-Асберга была разработана собственная шкала для оценки выраженности депрессии у детей, в том числе раннего возраста. Для целенаправленного исследования детей из условий хронического внутрисемейного физического насилия была разработана оригинальная шкала оценки психических нарушений (ШОПН) с учетом выявленных психических нарушений (Марголина И.А. и др 2005). 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 M. Rutter 1975

Преобладающей наследственной патологией был алкоголизм (более 50% случаев). 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, не играющими существенной роли в состоянии здоровья ребенка. У 100% детей выявлены те или иные психические отклонения.

Исследование по ШОПН позволило разделить обследуемых детей на 3 группы: первая составила 8% - это риск развития психических нарушений в результате воздействия фактора физического насилия; вторая и третья группы с умеренными и выраженными нарушениями – соответственно 67% и 25%. Выраженность психических нарушений возрастала по мере увеличения возраста обследуемых.

Психическое состояние во всех возрастах обследованных детей характеризовалось тотальной задержкой психического развития. В раннем возрасте на первый план выходила задержка эмоционального развития, характерной особенностью которой была 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 внимание ретардация речевого развития. В 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 основной группы детей были выделены основные (облигатные расстройства), характерные для хронического внутрисемейного физического насилия. Первым облигатным расстройством были аффективные нарушения, в раннем возрасте проявлявшиеся тревожной депрессией. Исследование по разработанной нами шкале оценки выраженности депрессии, выявило разной степени выраженности депрессию у 69% детей. 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 младшего школьного и подросткового возраста тревога, проявлялась лишь в определенных ситуациях: например, напряженностью при беседе с врачом, в компании незнакомых детей, среди которых, есть более сильные. На первый план выходили аффективные нарушения в виде дисфорических вспышек со злобой,

двигательным возбуждением, драчливостью с элементами аффективно суженного сознания на общем дистимическом фоне.

Вторым облигатным расстройством у детей из условий физического насилия являлось расторможение влечений. У детей первого года жизни это были патологические привычные действия (сосание пальца, яктация), в совершении которых наблюдались охваченность и трудность переключения, свойственные нарушению влечений. В ряде случаев наблюдалась булимия с периодами анорексии. Следует отметить, что факты булимии и анорексии проявлялись на фоне депрессивного аффекта. С 2.5 – 3 лет патология влечений у детей становилась более выраженной и проявлялась нарушениями поведения в виде особой агрессивности с жестокостью и разрушительными действиями по отношению к детям и игрушкам и их малой мотивированностью.

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. Даже изъятые из условий физического насилия дети 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 обращении с животными, в играх с детьми, с игрушками, со слабыми, стариками. Относясь жестоко к слабым детям, они полностью подчинялись асоциальным личностям. У них отмечались склонность к воровству, нередко труднообъяснимому самим ребенком, лживость, самооговоры с провокацией наказания. Они охотно «доносили» взрослым о неблагоприятных поступках других детей, в некоторых случаях оговаривали их. Выявлялась склонность к уходам и бродяжничеству, в части случаев выявлялись пиромания. В подростковом возрасте к перечисленному присоединялось табакокурение, токсикомания, в ряде случаев употребление наркотиков.

Последним облигатным расстройством было нарушение формирования личности, которое складывалось из искажения формирования феномена привязанности и коммуникативных функций и формирования 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 раннего возраста держались, отгорожено, предпочитая играть в одиночестве. В дальнейшем, дети становились общительнее, но выбирали более сильных сверстников, угодили перед ними и выполняли их поручения. Уже в дошкольном возрасте начинала проявляться виктимность поведения, т.е. поведение, провоцирующее насилие, которое характеризовалось стремлением к обидчику. Такой стиль поведения сохранялся и в дальнейшем. Дети предпочитали сохранять избирательность общения, обнаруживая черты виктимности. В подростковом возрасте дети из условий жестокого обращения оказывались не способными к равным, партнерским отношениям. Они подчинялись сильным и унижали слабых. Склонность к асоциальному группированию и делинквентному поведению начинает проявляться в младшем школьном возрасте и наиболее ярко проявляется в подростковом.

В целом, этиология возникновения и динамика патологии личностных свойств детей из условий хронического внутрисемейного физического насилия расценивалась как патохарактерологическое развитие личности.

Таким образом, проведенное нами исследование позволило сделать вывод о том, что у всех детей из условий физического насилия обнаруживаются психические расстройства, которые имеют характерное для данной психогении содержание и складываются из облигатных (аффективные нарушения, нарушения в сфере влечений и нарушения формирования личности) и факультативных (задержка психического развития, астенические и соматовегетативные расстройства) нарушений.

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. // Журнал невропатологии 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. // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1997.- №8.
7. Марголина И.А., Козловская Г.В., Проселкова М.Е. Психическое развитие детей из условий хронического физического насилия (особенности обследования детей). // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, № 9, 2005 – стр. 4– 9.
8. Морозова Н.Б., Гурьева В.А.// Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1988.-вып.4. - С. 78-81.
9. Ушаков Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства. – 2–е издание, перераб. и доп. – М.: Медицина, 1987. – 304 с.
10. Bernstein D.P., Stein, I.A, Handelsman L. Predicting personality pathology among adult patients. J. Addict. Behav. 1998; 23(6): 855-868.
11. Carter-Lourensz J, Jonson-Powell G. – Comprehensive textbook of Psychiatry. – 2000. – Volume 2. – Sixth Edition. – Williams&Willkins.- 1995.- P.2456-2462.
12. Luntz P.K., Widom C.S. Am J Psychiatry. 1994; 151(5): 670-674.
13. Mancini C., Van-Ameringen M., Mac Millan H. J Nerv Ment Dis. 1995; 183(5): 309-314.
14. Rutter M. Helping troubled children. – London: Plenum Press, 1975.
15. Windle M., Windle R.C., Scheidt D.M. et al. Am J Psychiatry. 1995; 152(9): 1322-1328.

Канаян В.А.

Инновационные социальные технологии работы с несовершеннолетними и молодежью: от апробации и внедрения к образованию (на примере СПб ГБУ «КОНТАКТ»)