

связи с прекращением спортивных занятий и отсутствием четких целевых установок на будущее, повышенная обидчивость, завистливость, сниженная работоспособность.

Таким образом, совокупность приведенных в настоящей работе данных свидетельствует, что длительное воздействие монотонных тренировок в сочетании с интенсивными, объемными физическими нагрузками и хроническим эмоциональным стрессом влияет на психическое здоровье юниоров, приводя к формированию, примерно, в 50% случаев психического облика в виде акцентуаций личности или состояний риска развития психической патологии. Примерно, в 20% случаев психическое состояние обследованных юниоров характеризуется психопатологическими реакциям пограничного уровня, которые обнаруживают тенденцию к хронизации, даже после прекращения действия стрессового фактора или развитию личностных аномалий.

Полученные данные могут служить основанием для проведения регулярного психологического скрининга юных спортсменов, находящихся в условиях перманентной монотонной физической активности с целью выявления лиц, нуждающихся в своевременных психокоррекционных мероприятиях.

Платонова Н.В.

Особенности психических нарушений у детей в возрастном аспекте при перманентном сексуальном насилии

В исследованиях, посвященных последствиям психической депривации у детей, отмечена обратимость возникающих психогенных отклонений психического здоровья в целом и психического развития ребенка и их связь как с возрастом начала воздействия депривации, так и с продолжительностью воздействия стрессовой ситуации. Чем в более раннем периоде онтогенеза началось влияние депривационного фактора, и чем продолжительнее это воздействие, тем большей деструкции подвергается психическое развитие, которая в ряде случаев носит необратимый характер в виде нажитой деформации личностных свойств субъекта.

Особенно эта тенденция свойственна таким формам психической депривации, как сексуальное насилие, если ему подвергаются дети, личность которых еще формируется. Возникающие психические расстройства в ряде случаев существенно нарушают весь последующий ход психического развития ребенка. Помимо общих психопатологических проявлений каждому отдельному виду депривации свойственны определённые клинические психопатологические комплексы, которые были выделены в отдельные синдромы (Козловская Г.В. 1971, Проселкова М.О. 1996, Марголина И.А. 2007 и др.)

В отечественных и зарубежных публикациях описываются психологические последствия сексуального насилия у детей, такие как: посттравматические стрессовые расстройства, личностные нарушения, девиантное и аутодеструктивное поведение, алкоголизм, наркомании и даже психические заболевания (Finkelhor D., 1979, Summit R., 1983; Burgess A., 1990; Hobbs C, Hanks G. and Wynn J., 1993; Bentovim A., 1988; Burgess A., 1990; Bentovim A., 1988; Печерникова Т.П., 1994; Шостакович Б.В., 1994; Levit E., 1995; Бенаму Э., 1996; Самохвалов В.Е., 1998; Морозова Н.Б., 1999 и др.).

В современном обществе проблема сексуального насилия над детьми является особенно актуальной. Сексуальные контакты детей с взрослыми довольно

распространены, и количество сексуальных преступлений против детей в последние годы продолжает расти во всем мире. Статистические данные о распространенности сексуального насилия в отношении детей в разных странах весьма противоречивы, однако поражают своим масштабом. В частности, в США и Великобритании от 20 до 30% взрослых женщин и 10% мужчин в детстве подвергались сексуальным посягательствам. Рост насилия над детьми обнаруживает связь с общим возрастанием насилия в обществе, ростом насильственных преступлений, деликвентности, суицидов и несчастных случаев с летальным исходом (Н.К. Асанова, 1997).

К сожалению, в нашей стране не существует достоверных статистических данных о частоте случаев сексуального насилия над детьми, поскольку долгое время эта тема была закрыта и официальная статистика отсутствует. Однако по оценкам Центра социальной и судебной психиатрии им. Сербского, органы внутренних дел в России ежегодно регистрируют 7-8 тысяч случаев сексуального насилия над детьми, по которым возбуждаются уголовные дела (Догадина М. А., Пережогин Л. О., 2000). Но в реальности эти показатели значительно выше, о чем свидетельствуют данные анализа обращений по телефону доверия для лиц, перенесших сексуальное насилие, согласно которым только одна жертва из ста впоследствии обращается в милицию (Асанова Н. К., 1997). По подсчетам же благотворительного фонда «Защита детей от насилия», подобным посягательствам по России ежегодно подвергается более 60 000 детей, как со стороны лиц незнакомых, так и со стороны родителей и других членов семьи.

В связи с этим становится актуальной проблема изучения клинических расстройств и особенностей психического развития у детей-жертв сексуального насилия.

В отечественной психиатрической практике проблема клинических расстройств и особенностей психического развития у детей-жертв сексуального насилия специальному исследованию не подвергалась. Лишь в ряде работ, посвященных конкретным задачам судебно-психиатрического освидетельствования несовершеннолетних, потерпевших от сексуальных преступлений, рассматриваются вопросы, касающиеся их психического состояния. В работах упоминается о «беспомощности» пострадавших, их неспособности давать показания, уголовно-процессуальной дееспособности и степени тяжести повреждений, повлекших психические расстройства (Ткаченко А.А., Потапов С.А., 1992, М.А. Догадина, Л.О. Пережогин, 2000, 2007, В.Д. Бадмаева, 2003 и др.).

В настоящее время растет количество исследований, посвященных изучению различных аспектов этой проблемы. В исследовании И.А. Захарьевой (2000) изучены психологические факторы виктимности несовершеннолетних жертв изнасилования. Исследование И.Ю. Вороновой (2004) посвящено медико-психологическим последствиям сексуального насилия у детей и их профилактике. В работе Е.Ю. Яковлевой (2009) рассматриваются вопросы связи между психическим расстройством и психотравмирующим воздействием сексуального насилия у несовершеннолетних. Ряд работ рассматривают проблемы семейного насилия над детьми, в том числе и сексуального характера (А.Д. Кошелева, Л.С. Алексеева Л.С., 2000, Е.И. Цимбал, 2007, С. В. Ильина, 1998 и др.).

Однако, следует отметить, что клинические психопатологические проявления в ответ на сексуальное насилие у детей, особенно раннего возраста, до настоящего времени изучены недостаточно, что препятствует разработке адекватных мер профилактики и

реабилитации данного контингента детей, попавших в группы риска по психическому здоровью.

Целью проводимой работы было комплексное исследование детей раннего и дошкольного возраста, обратившихся в специализированный реабилитационный медико-психологический центр по поводу сексуального насилия в течение последних 5 лет. Дети (в количестве 200 человек в возрасте от 0 до 3 лет и от 3 до 6 лет и группа контроля того же возраста – 100 человек) обследованы ретроспективно, проспективно и в пятилетнем катамнезе клинически и параклинически.

В результате проделанной работы и проанализированной научной литературы по теме проблемы были получены важные результаты: сформулировано определение понятия - « сексуальное насилие», выделены наиболее значимые формы насилия и характерные психопатологические отклонения психогенного воздействия насилия и его разных форм. Прослежены отдаленные психопатологические их последствия и др.

Сексуальное насилие - это вовлечение ребенка с его согласия или без такового в действия сексуального характера с взрослым с целью получения последним удовлетворения или выгоды.

Различают внесемейное и внутрисемейное сексуальное насилие.

Глубина и стойкость психологической травмы может колебаться в зависимости от внезапности, интенсивности и длительности насилия. В исследованиях данной проблемы выделены два типа насилия: неожиданные, однократные случаи изнасилования; и хроническое, растянутое во времени вовлечение детей в сексуальную деятельность, которая представлена разнообразием сексуальных ласк, игр, сексуальным просвещением (просмотр порножурналов, фильмов, присутствие при сексуальных контактах взрослых и т.д.). Чаще всего в такой вид насилия (внутрисемейного пролонгированного) оказываются вовлеченными дети младшего и старшего дошкольного возрастов. И первые, и вторые случаи насилия встречаются в практике с одинаковой частотой.

При внутрисемейном насилии насильник обычно хороший знакомый ребенка или его родственник. При этом вовлечение им ребенка в сексуальную деятельность имеет множество разновидностей: эмоционально - обедненное, поверхностное, формальное отношение к ребенку; запугивание, обман. Педофилы по-своему ласковы, внимательны, заботливы к жертве. Часты случаи теплой привязанности детей к насильникам (в случаях пролонгированного насилия), когда постепенно преодолевается пассивное сопротивление ребенка к факту насилия. Вместе с этим дети младшего возраста не осознают специфическое содержание сексуальных действий и первоначально не воспринимают их как травмирующие.

Рассмотрим клинические проявления психических нарушений у детей, подвергшихся сексуальному насилию. Психические и поведенческие нарушения у детей, перенесших сексуальное насилие, в значительной мере зависят от возраста. Так, у детей 3-5 лет они проявляются капризностью и плаксивостью, у детей 6-9 лет - недоверием к взрослым, а у детей старше 10 лет — нарушением взаимоотношений со сверстниками, отсутствием друзей. Последнее объясняется тем, что в этом возрасте подростки понимают сексуальный характер совершенных с ними действий и считают себя испорченными, вследствие чего затрудняются установить дружеские отношения со сверстниками.

Наиболее остро психические расстройства возникали при внезапном неожиданном изнасиловании. В таких случаях чаще всего диагностировались острая

реакция на стресс (F-43,0) или посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР - F-43,1) с характерной симптоматикой: повышенный уровень тревоги, страхи, чувство вины, депрессия, отчужденность от окружающих, эмоциональное обеднение (в зарубежной литературе "сужение спектра чувств"), ухудшение когнитивных процессов

ПТСР характеризовалось повторным переживанием травмы в виде навязчивых мыслей, ночных кошмаров, реминисценций; активным избеганием ситуаций, напоминающих травму. Выявлены особенности нарушений вегетативной сферы: снижение аппетита, головные боли, боли внизу живота, плохой сон, повышенная температура, учащенное сердцебиение, повышенная потливость и Т.Д...

Расстройства острого периода имели тенденцию к постепенному регрессу при разрешении психотравмирующей ситуации. Однако в некоторых случаях развивались расстройства адаптации, которые в психологической литературе называются отдаленными последствиями сексуального насилия. Поскольку ребенку трудно выразить гнев в словесной форме, он проявляется в неадекватном поведении: необъяснимых приступах ярости, агрессии, направленных как на других людей, или животных, так и на себя (самодеструктивное поведение).

Отдаленные последствия перенесенного в детстве внезапного сексуального насилия развиваются через несколько лет и могут сохраняться как в подростковом, так и в зрелом возрасте. По литературным данным и собственным наблюдениям сформулирована следующая классификация отдаленных психологических последствий острого сексуального насилия:

- нарушения сексуального поведения;
- психические расстройства;
- асоциальное поведение.

Наиболее разнообразны нарушения сексуального поведения, которые могут включать:

- сексуализированное поведение (расторженность сексуального влечения, не свойственные возрасту)
- нарушения полового влечения по объекту (гомосексуализм, педофилия) или способу удовлетворения (садизм, мазохизм);
- неспособность к стабильным и длительным сексуальным отношениям (промискуитет или проституция);
- настороженное отношение к представителям противоположного пола, страх близких отношений, отвращение к сексуальным контактам, фригидность, аноргазмия;
- виктимизация (предрасположенность при определенных обстоятельствах вновь стать жертвой насилия)
- социальная дезадаптация (низкая когнитивная продукция, склонность к бродяжничеству, правонарушения).

Одной из причин эмоциональных и поведенческих расстройств, возникающих в отдаленный период после перенесенного сексуального насилия в детстве, является стигматизация. Стигматизация - присвоение детям, перенесшим сексуальное насилие, определенных негативных качеств: испорченности, распущенности, безнравственности. Стигматизация обусловлена тем, что общественная сознание необоснованно наделяет указанными качествами всех детей, вовлеченных в сексуальные отношения, без учета

обстоятельств, которые этому предшествовали. Стигматизация снижает самооценку детей, ведет к их социальной изоляции, что создает предпосылки к асоциальным поступкам

В структуре последствий хронического внутрисемейного сексуального насилия острая реакция на насилие чаще всего отсутствовала. Преобладало отставленное реагирование в виде раннего пробуждения сексуального влечения с вторичными изменениями поведения, приобретавшего сексуализированный характер и включавшее:

- необычную для детей этого возраста информированность о сексуальных отношениях,
- вовлечение других детей в игры сексуального характера, включая имитацию полового акта,
- эксцессивную мастурбацию,
- демонстрацию половых органов, эксбиционизм
- копролалию,
- сексуальную агрессию,
- "псевдовзрослое" или наоборот регрессивное поведение,
- жестокость к животным
- аутизацию
- психосенсорные расстройства

Чем младше возраст, в котором ребенок подвергся сексуальному насилию, тем глубже связанные с ним психические расстройства. У детей выявляются нарушения половой идентификации, искажаются базовые представления о взаимоотношении с окружающим миром, размываются или искажаются социальные нормы и запреты.

К особенно значимым и важными в диагностике пережитого ребенка или переживаемого сексуального насилия в семье (продолженного типа) были характерные изменения поведения, которое по степени выраженности разделилось на три вида. Первый - повышенная сексуальная осведомленность; второй - сексуальная озабоченность в виде повышенного интереса к сексуальным вопросам и, наконец, совершение сексуальных действий направленных на себя (мастурбация) или вовлечение в сексуальные действия других детей, демонстрация половых органов, имитация половых отношений взрослых с куклами или другими детьми.

Важно отметить, что у жертв острого внесемейного насилия сексуализированное поведение (активное вовлечение в несвойственные возрасту сексуальные отношения детей или взрослых) не характерно.

При оценке поведения ребенка как сексуализированного было необходимо учитывать возрастные особенности. Из возрастной психологии известно, что среди здоровых детей 5-6 лет широко распространены игра в доктора с раздеванием и обследованием интимных частей тела, демонстрация и ощупывание половых органов друг друга. Подобное поведение является нормативным, более того, оно необходимо для психосексуального развития ребенка. Проявления сексуально окрашенного поведения встречаются у детей 4-5 лет, а затем снижается по частоте.

При длительном (месяцы или годы) сексуальном насилии у ребенка формируется специфический комплекс психологических и поведенческих нарушений, направленных на адаптацию к существованию в стрессогенной обстановке. Указанный комплекс, являющийся с точки зрения современной психиатрии специфическим адаптационным расстройством, в англоязычной литературе называется «синдромом аккомодации» (Д.

Финкелхор). Проявления синдрома аккомодации нельзя считать психической нормой, однако необходимо понимать, что это - естественная реакция ребенка на существование в экстремальных условиях, реакция, которая позволяет ему минимизировать вред, связанный с сексуальным насилием. Важно отметить, что синдром аккомодации возникает только в тех случаях, когда сексуальные контакты с взрослым происходят вопреки воле ребенка и для достижения своих целей взрослый использует принуждение, психические или физическое насилие. Если же взрослый, используя доверие и привязанность ребенка, добивается того, что ребенок не пугается совершаемых с ним действий, то типичного синдрома аккомодации не формируется, поскольку отсутствует психическая травма, но остается преждевременное сексуальное взаимодействие взрослого с ребенком, которое само по себе оказывает психогенное психобиологическое воздействие.

По клиническим характеристикам на начальном этапе такого пролонгированного внутрисемейного насилия чаще наблюдаются аффективные реакции (страхи, астено-депрессивное состояние и т.п.), с присоединением на последующем этапе стойких астенических, невротических, неврозоподобных и патохарактерологических поведенческих расстройств и позже личностных нарушений. Другими факторами, оказывающими влияние на формирование патологии личностных черт в условиях пролонгированного сексуального насилия, были преморбидные отклонения - церебральная недостаточность, возрастная незрелость, особенности воспитания, задержки психического развития, эмоциональные нарушения, соматовегетативные дисфункции и др.

Таким образом, проведенное исследование позволяет сделать вывод, что сексуальное насилие как один из видов психической депривации, является психогенным фактором, вызывающим как общие, так и относительно специфические психические нарушения, в зависимости от типа насилия, возраста ребенка, продолжительности воздействия психогении и ряда других повреждающих психическое здоровье факторов. Обратимость возникшего психического дизонтогенеза относительна. Как показывает катанез обследованных случаев сексуального насилия (и по данным других исследований) отдаленные последствия сексуальной психотравмы, перенесенной в раннем детстве сохраняются в виде специфических и неспецифических личностных отклонений.

Литература

1. Асанова Н.К. Руководство по предупреждению насилия над детьми: Учебное издание для психологов, детских психиатров, психотерапевтов, студентов педагогических ВУЗОВ. - М.: Издательский гуманитарный центр ВЛАДОС, 1997. - 512 с.

2. Гурьева В.А., Бурелов Э.А., Кузнецов И.В., Смирнова Л.К. Нарушения психосексуального созревания у подростков с резидуально-органической недостаточностью // Ж. невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. - 1991. - т.91. - № 3. - С. 64-68.

3. Догадина М. А., Пережогин Л. О. Сексуальное насилие над детьми. Выявление, профилактика, реабилитация потерпевших. М., Сам себе адвокат, 2002

4. Ковалев В.В. Социально-психиатрический аспект проблемы девиантного поведения у детей и подростков (особенности клиники, терапии и социальной адаптации). М., 1981. С. 11-19.

5. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. М., 1955, т.1, С. 458.

6.Finkelhor D. Child sexual abuse: New theory and research. N.Y. Free Press, 1983.

7.Hobbs C.J., Hanks H.G., Wynne J.M. Child abuse and neglect. A clinicians handbook. Longman Group. London. 1993. P. 131).

8.Kempe R., Kempe C.H. The common secret: sexual abuse of children and adolescent. N.Y., 1983.

Евстратова Ю. В.

Исследование мотивации приема ребенка у кандидатов в замещающие родители

(научн.рук. к.псих.н. Ослон В.Н.)

На современном этапе в России активно проводится социальная политика, одним из направлений которой является передача детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в семьи лиц, желающих взять ребенка на воспитание.

На данный момент обучение по программе подготовки в «Школе приемных родителей» является обязательным для всех лиц, желающих принять на воспитание ребенка, в соответствии с Федеральным законом от 30.11.2011 N 351-ФЗ. Основанием для этого послужило осознание необходимости обучения и высокий уровень возвратов детей, принятых в семьи на воспитание.

Вторичное сиротство имеет различные причины. Одной из основных является неподготовленность будущих родителей к приему ребенка, оставшегося без попечения родителей. Недостаточное понимание сложившейся ситуации и недостаток знаний ведет к комплексу психологических проблем и зачастую заканчивается разрушением семьи и возврату ребенка в учреждение. Неподготовленность будущей замещающей семьи к приему ребенка также зачастую связана с неадекватной или неосознаваемой мотивацией. Психологическая работа с мотивационной сферой кандидатов в замещающие родители является ключевой мишенью на этапе подготовки семьи к приему.

В рамках работ отечественных и зарубежных психологов достаточно полно раскрыта проблема негативного влияния институциональных условий воспитания на развитие ребенка (Л.С. Выготский, Л.С. Божович, Б.В.Зейгарник, В.С. Мухина, И.В. Дубровина, А.М. Прихожан, Н.Н. Толстых, А. Фрейд, М. Малер, Д. Боулби, Р Спитц, М. Эйнсворт, В. Фалберг, У.Голдфарб, Й. Лангмейер, З. Матейчек, Fisher, L., Ames, E. W., Chisholm, K., & Savoie). Накоплен эмпирический материал о механизмах компенсации депривационных нарушений в развитии у данной категории детей в условиях замещающей семьи (В.Н.Ослон, А.Б.Холмогорова, Л.С.Печникова, Г.В.Арутюнян, О.В.Фетисова и др), факторах, оказывающих влияние на эффективность замещающей семейной заботы (В.Н. Ослон и др.) и т.д..

Изучению мотивации в отечественных и зарубежных школах психологии посвящено большое количество теоретических и эмпирических исследований (Ч. Дарвин, В.Келер, Э.Торндайк, З.Фрейд, У.Макдауголл, И.П.Павлов, К.Левин, А.Маслоу, Г.Оллпорт, К.Роджерс, А.Н.Леонтьев, Г.Маррей, Д.Макклелланд, Д.Аткинсон, Г.Хекхаузен, Г.Келли, Ю.Роттер и др.) [4;14]. Исследуется специфика мотивационно – потребностной сферы ребенка при обучении, мотивационно-ценностные отношения в профессиональном становлении студентов, мотивация выбора направления профессиональной деятельности. При этом особенности мотивационной сферы кандидатов, желающих принять ребенка на воспитание в семью, посвящено ограниченное количество исследований [3; 27- 56]