

И.А. Марценковский, д.м.н., руководитель отдела медико-социальной реабилитации детей и подростков с психическими и поведенческими расстройствами Украинского научно-исследовательского института социальной и судебной психиатрии и наркологии, г. Киев; **М. Нестеренко, SUNY Upstate University,** г. Сиракузы, США

Нарушения развития у ребенка, связанные с хронической ювенильной комплексной травмой

В настоящей статье речь пойдет о расстройстве, отсутствующем среди диагностических рубрик DSM-IV, но претендующем на место в последующих редакциях классификации. Правомерность выделения расстройства и его диагностические критерии активно обсуждаются детскими психиатрами США. Действующие системы охраны психического здоровья детей как в США, так и в Европе, к сожалению, недостаточно внимания уделяют последствиям хронической, нередко комплексной ювенильной психической травмы: плохому обращению, невниманию к повседневным потребностям ребенка, физическому и сексуальному насилию над ним.

В отличие от одномоментной тяжелой травмы, приводящей к развитию посттравматического стрессового расстройства, хроническая безответственность и хроническое жестокое обращение с ребенком оказывают первазивное воздействие на его развитие.

В некоторых случаях хроническая ювенильная травма является определяющей характеристикой среды развития ребенка или системы его воспитания и приводит к нарушению психологического развития. Травматическое развитие может обуславливать нарушение интеграции сенсорной, эмоциональной и когнитивной информации, формирование реактивной лабильности, что в свою очередь может стать причиной дисфункции ответов на стрессовую ситуацию. Такие дети могут иметь широкий спектр аномалий развития, проявляющихся физиологическими, соматическими и поведенческими расстройствами: от задержек умственного развития и специфических расстройств развития, создающих проблемы при обучении, до антисоциального поведения с агрессией, направленной на себя и других.

В DSM-IV такие психические нарушения часто соответствуют диагностическим критериям следующих расстройств: депрессивного, с дефицитом внимания/гиперактивностью, оппозиционно-демонстративного, антисоциального (кондуктивного), поведенческих изменений, тревожного состояния, связанного с нарушением приема пищи, недостаточностью коммуникационных навыков, а также сепарацией расстройства детско-материнской привязанности. Каждый из этих диагнозов характеризует лишь некоторые симптомы, которые наблюдаются у детей с хроническим травматическим расстройством развития.

По-видимому, выделение в DSM-VI в качестве отдельной диагностической категории травматического развития, связанного с ювенильной хронической комплексной травмой, не менее обосновано, чем обособление первазивного расстройства развития, и более целесообразно, чем диагностика многочисленных коморбидных расстройств у таких больных по существующим критериям DSM-IV.

Расстройство сопровождается тяжелыми социальными последствиями. Проблемы эмоционального контроля у таких пациентов как в подростковом, так и в зрелом возрасте могут привести к импульсивным агрессивным деликтам, насилию и наркотической зависимости. Такие дети имеют сложности в обучении, испытывают трудности с социальной адаптацией, что не позволяет им стать успешными членами общества.

Ранние специальные интервенции являются наиболее эффективным способом помощи детям с хронической комплексной ювенильной травмой, поскольку значительно уменьшают социальные последствия расстройства как для пациента, так и для общества в целом.

Ежегодно в США около трех миллионов детей становятся жертвами жестокого

обращения, насилия или невнимательности со стороны родителей. При этом случаи безответственности родителей регистрируются в три раза чаще, чем случаи жестокого обращения, и обычно ассоциируются с женщинами, которые должны непосредственно заботиться о ребенке.

С мужчинами чаще связаны случаи жестокого обращения и физического насилия над детьми. Мужчины совершаются более 80% случаев сексуального насилия над детьми. По сравнению с мальчиками девочки в три раза чаще становятся жертвами сексуального насилия. Мальчики же в три раза чаще подвергаются физическому насилию и становятся жертвами эмоциональной депривации и невнимательного отношения. Около 20% родителей, ставших в детстве жертвами насилия и невнимательного отношения, жестоко обращаются с собственными детьми.

Стабильность психических расстройств вследствие жестокого обращения, насилия или невнимательности, их связь с нарушением психологического развития и нарушениями функционирования ребенка позволяют рассматривать хроническую комплексную ювенильную травму в качестве самостоятельного расстройства. Травматическое развитие, связанное с комплексной ювенильной травмой в континууме расстройств развития, противостоит первазивному расстройству развития.

Выделяют семь основных сфер проявления дисфункциональности детей вследствие комплексной ювенильной травмы:

- расстройства детско-материнской привязанности, связанные с проблемой границ во взаимоотношениях, недоверием и подозрительностью, социальной изоляцией, сложностями в понимании эмоционального состояния других людей, сложностями при определении перспектив, планировании и предвидении последствий своего поведения;

- биологически детерминированные сенсорные нарушения развития: сниженная восприимчивость к боли, нарушение двигательной координации и мышечного тонуса, соматизация, учащение медицинских жалоб (на боль в животе и тазу, респираторные нарушения, кожные и аутоиммунные заболевания, пароксизмальные феномены);

- нарушения эмоциональной саморегуляции, эмоциональная нестабильность, сложности в определении названия и выражении своих чувств, проблемы в определении и описании внутреннего состояния, невозможность интегрировать желания и потребности;

- диссоциации: наличие состояний измененного сознания, деперсонализация и дереализация, нарушение памяти, связанное с травматическими воспоминаниями.

- нарушение контроля над поведением: сниженный контроль над желаниями (импульсивность, саморазрушающее поведение, агрессия, направленная на других),

патологические формы саморелаксации и получения удовольствия (нарушение пищевого поведения, немедицинское употребление психоактивных веществ и наркотиков, другие формы зависимого поведения), сложности с субординацией и пониманием социально декретируемых норм и правил (оппозиционное поведение, чрезмерная подчиняемость), повторение травматического опыта в повседневном поведении или игре (экзальтированное, сексуально фокусированное или агрессивное поведение/игра);

- познавательные расстройства: сложности в поддержании концентрации и избирательности внимания, нарушения проблемно-решающего мышления, отсутствие интереса, сложности восприятия новой информации, проблемы с завершением поставленных задач, проблемы с обучением, константностью восприятия, сложности в предвидении проблем, взятия на себя ответственности, сложности с ориентацией во времени и месте;

- нарушение определения собственного «Я»: отсутствие постоянного предсказуемого осознания себя, слабость сепарации (ощущение отличия себя от других), нарушение представлений о собственном теле, низкая самооценка, чувство стыда и вины.

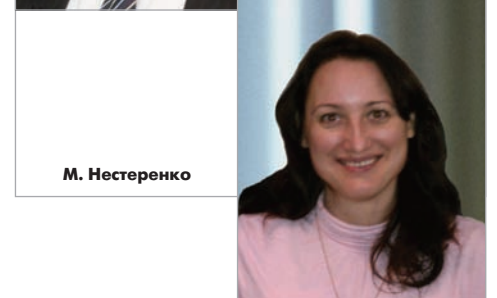
Для детей, ставших жертвами жестокого обращения или невнимательного отношения в периоде новорожденности, грудном или ясельном возрасте, как правило, характерна общая задержка развития, включая когнитивные, речевые, психомоторные и социальные навыки. У них отсутствуют классические проявления посттравматического стрессового расстройства. Симптомы последнего обычно скрыты за более яркими проявлениями нарушениями когнитивной, эмоциональной, поведенческой, социальной и соматической сфер. Полиморфные эмоциональные, поведенческие и висцеро-вегетативные симптомокомплексы характеризуются динамичностью и отчетливой тенденцией к флуктуирующему течению.

Такие дети часто демонстрируют тяжелую аффективную нестабильность, что является основанием для диагностики у них поведенческих (оппозиционно-демонстративного, антисоциального), аффективных (тревожного, депрессивного и даже биполярного), с дефицитом внимания/гиперактивностью расстройств. У одного ребенка по оси I DSM-IV одновременно могут наблюдаться диагностические критерии нескольких расстройств. В разные периоды жизни детям могут выставляться различные диагнозы. Однако всех их объединяет нарушение общего развития, которое можно квалифицировать как травматическое развитие.

У детей, которые изначально развивались нормально, а в дальнейшем подверглись ювенильной травме, в процессе терапии наблюдается тенденция к улучшению состояния, в то время как дети, с самого рождения лишенные нормального ухода и/или подвергшиеся жестокому



И.А. Марценковский



М. Нестеренко

обращению в течение первых трех лет жизни, демонстрируют минимальную положительную динамику в процессе многолетней терапии.

Если родители оказывают ребенку, подвергнутому ювенильной травме, сильную психологическую поддержку, детская реакция на стресс может фенокопировать их защитные формы реагирования. Чем более дисфункциональна и дезорганизована реакция родителей на стресс, тем более дезадаптивное поведение будет демонстрировать ребенок, тем более дисгармоничным будет его развитие.

Наиболее ярким проявлением хронической ювенильной травмы является эмоциональная нестабильность. Она приводит к дефициту личностного развития — отсутствию предсказуемости, постоянства самовосприятия, ощущения собственного «Я», нарушению сепарации и восприятия собственного тела, дефициту чувства осознания своего существования отдельно от других, «чувства самости». Чрезмерная эмоциональность и недостаток навыков регулирования собственных эмоций и импульсивного поведения нередко сопровождаются агрессией, направленной на себя и других, неуверенностью в предсказуемости и стабильности других людей, недоверием, подозрительностью и проблемами в интимных отношениях.

У детей с хронической ювенильной травмой часто наблюдаются нарушения сознания, кратковременные ретроспективные непроизвольные болезненные воспоминания и ночные кошмары, отражающие травматическую ситуацию и сопровождающиеся нарушением ориентации в пространстве и времени, сенсорными нарушениями, амнезией (гипермнезией), диссоциативными симптомами, деперсонализацией и дереализацией. Такие дети часто не знают и не понимают, кто они такие и кто такие другие люди. Они практически не понимают собственных чувств и очень часто не могут описать свое внутреннее эмоциональное состояние. Они часто приписывают собственные чувства другим людям и описывают отношение других людей к миру как собственные переживания, при этом они не способны отделить второстепенное от главного.

Дети с хронической ювенильной комплексной травмой живут в непредсказуемом мире: у них не завершено фор-

Продолжение на стр. 66.

И.А. Марценковский, д.м.н., руководитель отдела медико-социальной реабилитации детей и подростков с психическими и поведенческими расстройствами Украинского научно-исследовательского института социальной и судебной психиатрии и наркологии, г. Киев;
М. Нестеренко, SUNY Upstate University, г. Сиракузы, США

Нарушения развития у ребенка, связанные с хронической ювенильной комплексной травмой

Продолжение. Начало на стр. 65.

мирование концепции константности восприятия и отсутствуют целостные концептуальные представления как о собственном внутреннем мире, так и об окружающей среде и других людях.

У таких детей нередко нет внутреннего алгоритма поведения: их поведение дисфункционально, не последовательно, не спланировано, импульсивно. Они выражают свои желания посредством поведения и обычно оказываются не в состоянии обсудить свои переживания и рассказать о своих желаниях. Они подменяют просьбу импульсивным действием, берут, вместо того чтобы попросить. Они не уважают других людей, их чувства, не в состоянии оценить их поступки. Такие дети не в состоянии осознать желания и потребности других людей. Они не могут принять какие-либо изменения, все новое воспринимается ими как потенциальная угроза. Напротив, все, что им уже знакомо, они воспринимают как более безопасное, даже если речь идет об источнике ненадлежащего ухода или насилия.

Эти дети никогда спонтанно не дискутируют на тему травматического опыта, от них трудно добиться рассказа о том, что с ними произошло. Им трудно понять взаимосвязь между тем, что с ними произошло, что они делают и как себя ведут, и тем, что они чувствуют. Чаще всего способом их коммуникации является провоцирующее агрессивное поведение.

Дети, ставшие жертвами насилия, не знают, как правильно себя вести в тех или иных проблемных социальных ситуациях. Они пытаются отгородиться от общества или, наоборот, дразнят и провоцируют окружающих их людей. Из-за того что такие дети не умеют сдерживать своих эмоций, другие дети их часто боятся, не играют с ними.

У лиц, перенесших в детстве хроническую ювенильную комплексную травму, в зрелом возрасте наблюдаются тяжелые нарушения социального поведения, нередко диагностируются пограничное или диссоциативное расстройство личности, соматизированное расстройство, расстройство пищевого поведения и зависимость от психоактивных веществ и алкоголя.

Если такие пациенты в детстве не получили своевременной медицинской и психологической помощи, в зрелом возрасте их состояние может усугубиться, более того они будут оказывать травмирующее влияние на окружающих людей.

Детско-материнская привязанность и способность регулировать стресс

Для того чтобы дети могли нормально играть и изучать окружающий мир, рядом с ним должен находиться хорошо знакомый человек (мать) — объект привязанности, который бы мог регулировать психоэмоциональное состояние ребенка посредством балансировки релаксации и беспокойства. Переживания, связанные с опытом ранних отношений ребенка с человеком, который заботится о нем, важны для его дальнейшего развития, формируют модель, в соответствии с которой у ребенка формируются представления о себе, других и своем отношении к ним.

Взаимоотношения ребенка и матери (или другого объекта привязанности)

являются основой для последующего формирования компетентности ребенка, что включает способность переживать стресс, проявлять интерес, приобретать чувство собственной значимости и коммуникационные навыки.

Реакция матери на беспокойство ребенка не только защищает его от стрессового воздействия посредством релаксации, но и создает почву для появления чувства защищенности и формирования навыков по преодолению стрессовых ситуаций в будущем. При этом формируются и нейробиологические механизмы устойчивости к стрессу.

Отношения ребенка с матерью способствуют формированию у него целостного внутреннего мира, который состоит из когнитивных и эмоциональных знаний о нем. Эмоции способствуют соединению и интеграции настоящего опыта с ранее приобретенным. Любая информация вызывает эмоцию определенной интенсивности, которая в свою очередь вызывает ответную реакцию определенной интенсивности и стереотип этой реакции. Для того чтобы наши ответные реакции на ситуацию были гибкими, а не ригидными, эмоциональные реакции должны формироваться на основе когнитивного понимания ее контекста. Как когнитивная, так и эмоциональная переработка информации (уровень когнитивного и эмоционального развития) очень важны для развития ребенка. Дети, которые для преодоления фрустрации используют только когнитивные схемы и не осознают своих эмоций, как и дети, которые используют только свои эмоции, дисфункциональны и страдают от нарушений адаптивного поведения.

Мери Айнсворс описала четыре типа детско-материнской связи, в основе которых лежат различные способности ребенка подстраивать свое поведение под поведение матери: защищенный (здоровый тип привязанности) и три дисфункциональных типа — тревожно-уклоняющийся, дезорганизованный и амбивалентный. Перечисленные типы социального поведения развиваются у ребенка как варианты ответа на различное реагирование матери на потребности ребенка.

Дети с защищенным паттерном взаимоотношений с матерью в ситуации фрустрации проявляют устойчивость к стрессу, опираясь на уверенность в группе первичной поддержки, доверие к собственным эмоциям и мыслям. Они успешно интегрируют свои эмоции с мыслями. На основании собственного опыта они знают, что их чувства будут поняты, и это, в свою очередь, дает им основание верить, что они сами могут сделать что-то хорошее; в случае же, когда они не знают, что делать в проблемной ситуации, они находят людей, которые могут помочь им разрешить проблему. Дети с защищенным/здоровым паттерном детско-материнской связи в отличие от детей, лишенных необходимой заботы, обычно имеют более богатый словарный запас для описания своих эмоций. Такие дети учатся эффективно заботиться о себе в условиях, которые можно предсказать, при этом они знают, как найти помощь, когда это необходимо. Они приобретают умение опираться на собственные мысли и чувства при определении своей ответной реакции на ситуацию.

В тех случаях, когда детско-материнская связь является травматичной, у ребенка развивается нестабильная, незащищенная связь с матерью, формируются отношения, при которых ребенок чувствует постоянную угрозу и демонстрирует низкую устойчивость к фрустрации. Неустойчивая детско-материнская связь формируется также тогда, когда непосредственно заботящийся о ребенке человек не интересуется его потребностями, мало заботится о нем, демонстрирует непредсказуемое для ребенка поведение, наказывает его. При таких взаимоотношениях с людьми из группы первичной поддержки дети легко впадают в состояние стресса, испытывают дефицит чувства защищенности, эмоциональную депривацию. Они переживают тяжелую тревогу и злость. В некоторых случаях эти интенсивные чувства могут приводить к диссоциации и агрессии. Такие дети, защищаясь от постоянного чувства страха, страдая от диссоциации, начинают игнорировать собственные эмоции и мысли и действуют исключительно под влиянием импульса.

При избегающем типе детско-родительской связи уже в течение первых месяцев жизни у детей формируется склонность игнорировать собственные желания и фрустрацию, а для разрешения стрессовой ситуации использовать преимущественно когнитивные схемы. Такие дети обычно демонстрируют ложнопозитивное поведение, которое не соответствует внутренним переживаниям или событиям. Они выглядят более независимыми, однако испытывают трудности в отношениях с другими людьми. Именно из-за этого психотерапия очень часто не помогает таким пациентам. Дети с тревожно-амбивалентным типом детско-материнской привязанности не задумываются о значении пережитого опыта и концентрируются преимущественно на своих чувствах. Они постоянно ищут новые взаимоотношения и социальную поддержку, в силу чего склонны к многократному тиражированию своих дисфункциональных взаимоотношений, в которых часто выступают жертвой. Более чем у 80% детей с комплексной хронической травмой формируется именно этот дезорганизованный тип детско-материнской связи, являющийся наиболее дисфункциональным.

Биологические основы хронической ювенильной травмы развития

Лимбическая система и лобная кора обеспечивают интерпретацию и переработку приобретенного опыта, постепенно развиваясь в процессе развития ребенка. Базовый паттерн организации нейронных связей закладывается в первые месяцы жизни ребенка — критический период развития этих систем. Ранняя организация нейронных связей определяет последующее развитие паттернов обучаемости и когнитивной переработки информации. Нейропластичность во многом зависит от особенностей раннего развития, частоты и интенсивности стимуляции рецептивных систем.

Различные отделы мозга формируются в разное время. В результате этого паттерн выражения собственных эмоций изменяется в процессе развития ребенка и в целом зависит от скорости формирования тормозных, ингибирующих механизмов нервной системы. У новорожденного участки ствола мозга, отвечающие за работу кардиоваскулярной и дыхательной систем, уже достаточно хорошо развиты, в то время как лимбическая система еще не сформировалась, миелинизация последней продолжается в течение нескольких лет.

Лимбическая система интегрирует афферентную импульсацию, поступающую от гипоталамуса и ствола мозга, и выполняет функцию фильтра, который помогает

определить, какая сенсорная информация является актуальной для последующей мозговой обработки. Функция миндалины — определять значимость информации для существования или самосохранения организма и необходимость организации защитного поведения. Сигналы от миндалины запускают неспецифический гуморальный стрессовый ответ: повышаются частота сердечных сокращений, уровень артериального давления и ассоциированных с ним непроизвольных защитных реакций — активирующих (убегание, нападение) или ингибирующих (замирание). Оценочный путь лимбической системы не включает в себя корковую переработку, что позволяет мгновенно реагировать на опасную ситуацию. Так работает инстинкт самосохранения. Миндалины определяют степень опасности, существует некая индивидуальная пороговая интенсивность афферентации, вызывающая защитную реакцию и определяющая биологическую устойчивость к фрустрации. Развитие ребенка с раннего детства в условиях хронического стресса приводит к формированию низкой устойчивости к стрессу, поэтому лимбическая система у таких людей отвечает стереотипным дезадаптивным паттерном на минимальную фрустрацию.

Лобная кора позволяет не только обрабатывать информацию, но и обучаться на основе собственного опыта. Информация о фрустрирующей ситуации регистрируется в префронтальной коре, где она сравнивается с предыдущим опытом и формируется приемлемый для данной ситуации ответ. Во время созревания фронтальной коры формируется репрезентативная и вербальная память, имеющие важное значение в обеспечении механизмов задержки непосредственного ответа на фрустрацию, ингибировании подкорковых мезолимбических структур мозга корой в ситуациях, не представляющих реальной опасности для человека.

Если дети чувствуют себя в опасности, механизм быстрой лимбической активации превалирует над медленным когнитивным реагированием на фрустрацию путем переработки информации в префронтальной коре.

Для того чтобы адаптивно отвечать на стимулы окружающей среды, ребенок должен быть относительно спокоен, что позволяет ему правильно воспринимать афферентные стимулы. Гиперреактивные, перевозбужденные дети иногда испытывают проблемы с активацией фронтальной коры в ситуации фрустрации, не всегда правильно дифференцируют афферентные стимулы, недопонимают семантический контекст ситуации и плохо обучаются опыту переживания фрустрации, испытывая затруднения при формировании проблемно-решающего поведения.

Дети учатся регулировать свое импульсивное поведение посредством ожидания ответа матери на их поведение. Именно через этот процесс развитие ребенка связано с социальным взаимодействием.

Мать или тот, кто непосредственно ухаживает за ребенком, становится скрытым регулятором незрелой нервной и эндокринной систем грудного ребенка. Эмоциональное взаимодействие матери и ребенка способствует регуляции у него продукции гипоталамусом кортикотропин-рилизинг-фактора (КРФ). КРФ контролирует синтез адренокортикотропного гормона (АКТГ), который в свою очередь участвует в процессе импринтинга (запечатления информации). КРФ также регулирует продукцию бета-эндорфина. В регуляции эмоций большую роль также играет тонус парасимпатической нервной системы.

Таким образом, нейрогормоны позволяют зафиксировать, квалифицировать опасность и отреагировать на нее. Гуморальная реакция организма ребенка на фрустрацию принимает участие

в формировании защитного поведения, необходимого для избегания и преодоления опасности. У детей с психической травмой эта система дисфункциональна, имеет повышенную реактивность и чувствительна к минимальным потрясениям. Вследствие функциональной недостаточности корковых лобных структур и гиперактивности лимбической системы (миндалины) для них характерен немедленный моторный ответ на фрустрацию, проявляющийся импульсивным поведением. Ответная реакция на стресс, как правило, генерализована и проявляется в виде ярких деструктивных реакций.

Импульсивные реакции запускаются на разных уровнях ЦНС — ствол мозга предопределяет фиксированную стереотипность действий, мозжечок активизирует сенсомоторные схемы, лимбическая система отвечает за стрессовые реакции по типу убежать-нападать-замереть.

Показано, что ранняя травма может изменить функционирование гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы и, соответственно, ее реагирование на последующие стрессовые воздействия. Жестокое обращение с ребенком в раннем детском возрасте ассоциировано с нейроанатомическими и нейрофизиологическими нарушениями — уменьшением размера медиальной части мозолистого тела и червеобразной части мозжечка, структурными изменениями лимбической системы, различной активацией правого и левого полушарий головного мозга.

Важным проявлением хронической ювенильной комплексной травмы является утрата возможности модифицировать влияние травматических ситуаций. В случае жестокого обращения, как и при невнимательном отношении, ребенок, не имея близкого человека, который мог бы модулировать уровень возбуждения, утрачивает способность интеграции и категоризации происходящего. Перцепторные, эмоциональные, когнитивные процессы и поведение у таких детей не могут быть интегрированы/ассоциированы и диссоциируются на независимые фрагменты, в результате чего дети не могут понять, что с ними происходит, не могут планировать свои действия и адаптироваться в соответствии с обстоятельствами. Когда дети не могут реагировать приемлемым поведением, они испытывают чувство беспомощности. Не понимая, что происходит вокруг, они рефлекторно отвечают на причину стресса неосознанной реакцией бегства/нападения, не имея возможности интернализировать травматический опыт и применить его в последующих фрустрирующих ситуациях.

В зрелом возрасте лица с ювенильной психической травмой нередко реагируют на все, что ее напоминает (ощущения, психологическое состояние, запахи, звуки, зрительные ассоциации, схожие ситуации), и в нейтральных ситуациях ведут себя так, словно вновь находятся в травмирующей ситуации и переживают ее в настоящее время. Они расценивают эти переживания как реакцию на актуальные переживания или события, в то время как на самом деле такое поведение является безусловным рефлексом на ситуации, напоминающие травматическое прошлое.

Критерии диагностики нарушений развития, связанных с хронической ювенильной комплексной травмой, в DSM-V и последующих редакциях систематики

А. Воздействия:

— множественные хронические воздействия, связанные с переживанием одной или нескольких форм травматического опыта и препятствующие нормальному развитию ребенка (например, заброшенность, отказ от ребенка, длительное интернирование и лишение объекта привязанности, жестокое обращение, физическое

и/или сексуальное насилие, события, связанные с переживанием угрозы жизни или нанесением увечий ребенку, переживание эмоциональных издевательств, переживание в качестве очевидца физического насилия и смерти);

• множественные субъективные переживания отрицательных эмоций, таких как ярость, предательство, стыд, страх и т.д.

В. Наличие паттерна однообразного дисфункционального поведения с реакцией на стимулы, напоминающей драматический опыт.

Дисрегуляция поведения (легкая или тяжелая) при действии стимулов, напоминающих травму. Нарушения сохраняются и не возвращаются к нормальному базовому уровню. Проявления нарушения поведения не меняют интенсивности при осознании субъективности стимулов и дисфункциональности поведения. Среди них выделяют следующие нарушения:

- аффективные;
- соматические (физиологические, моторные, по типу соматических конверсий);
- поведенческие (самоистязания, порезы, повторение травматического опыта);
- когнитивные (уверенность в том, что травма переживается повторно, чувство растерянности, диссоциация, деперсонализация);
- нарушение взаимоотношений с другими (прилипчивость, назойливость, недоверие, подозрительность, реакции протеста);
- нарушения представлений о себе (ненависть к себе, самообвинения и т.д.).

С. Негативно-устойчивые представления об отношениях с другими людьми, устойчивое ожидание от них угрозы, негативных последствий, склонность оценивать отношение к себе окружающих как негативное:

- негативное самопредставление и самоощущение;
- недоверие к близким;
- недоверие к другим людям;
- потеря ожиданий того, что другие люди могут защитить в случае необходимости;
- неверие в то, что социальные службы могут защитить;
- неверие в существование справедливости;
- ощущение неминуемости повторения травматического опыта.

D. Области дисфункциональности:

- образование;
- семейные отношения;
- отношения со сверстниками;
- проблемы с законом;
- профессиональные/трудности с трудоустройством.

Особенности обследования ребенка с комплексной травмой развития

При первой беседе клиницист пытается определить области наибольшей дисфункциональности ребенка. Психиатрически-категорийная диагностика у такого ребенка не является определяющей. Уточняются время травматизации, детали травмирующих ситуаций, выясняются существующие жалобы и симптомы. В дополнение к этому можно использовать специальные скрининговые опросники.

После установления доверительных отношений с пациентом можно приступить к сбору информации о специфической истории травматического опыта. Известно, что такие пациенты, как правило, не рассказывают о деталях травматических событий самостоятельно и часто избегают ответов на детализирующие вопросы даже при целенаправленном опросе.

Существует несколько специальных опросников, сфокусированных на травматическом опыте. К ним относятся: интервью потенциально стрессового опыта, скрининговый опросник стрессовых жизненных событий, шкала травматических событий, шкала для диагностики

посттравматического стресса и инструментарий для детальной оценки посттравматического стресса.

В детской практике обычно используются три опросника: — перечень детского поведения, детская шкала для диагностики посттравматического стресса и контрольный список травматических симптомов у детей.

Перечень детского поведения — один из наиболее распространенных детских опросников. Он позволяет определить общий психологический дистресс и часто используется для опроса детей, которые подверглись жестокому обращению. Опросник заполняется человеком, ухаживающим за ребенком, чаще всего родителями, а также учителями и воспитателями.

Детская шкала для диагностики посттравматического стресса предназначена для скрининга у детей в возрасте от 11 до 18 лет. Опросник позволяет выявить основные симптомы, ассоциированные с травматическим опытом, — отчуждение, соматические жалобы, расстройства мышления, делинкветное поведение, импульсивность, эмоциональную неустойчивость.

Контрольный список травматических симптомов у детей применяется у детей в возрасте от 8 до 16 лет. Этот опросник позволяет квалифицировать как собственно травматические симптомы, так и коморбидные психические нарушения, выявляет симптомы тревоги, депрессии, злости, посттравматические стрессовые симптомы, сексуальные жалобы и диссоциативные симптомы. Инструмент позволяет также оценить общий посттравматический дефицит.

Кроме того, используется инструмент для описания сексуального поведения у детей в возрасте от 2 до 12 лет. Выделяют девять форм сексуального поведения: установление допустимых границ во взаимоотношениях, эксгибиционизм, соответствующее полу сексуальное поведение, самостимуляция, сексуальная тревога, сексуальный интерес, сексуальная настойчивость/назойливость, сексуальные знания и вуайеризм (наблюдение за половой активностью других). Особое внимание уделяется симптомам, возникающим в результате сексуального насилия над ребенком. Регистрируемое поведение соотносится с возрастными нормами. При этом следует учитывать, что эти тесты лишь частично отвечают потребностям скрининга проявлений комплексной травмы развития.

Подходы к лечению детей с хронической комплексной травмой развития

Эксперты разработали алгоритм лечения комплексной хронической травмы развития ребенка, которая состоит из шести последовательных этапов.

1. Обеспечение безопасности. Этап заключается в создании для ребенка защищенных условий и обеспечении внутренней и внешней безопасности.

2. Обучение навыкам саморегуляции. Приобретение способности регулировать собственное возбуждение и восстанавливать равновесие после периода фрустрации в таких областях функционирования, как аффект, поведение, когнитивное функционирование, например, регулирование диссоциативного состояния сознания, межличностные взаимодействия и отношение к себе.

3. Приобретение навыков переработки информации, позволяющих посмотреть на себя со стороны. Этап заключается в развитии способности ребенка удерживать внимание и обеспечивать мобилизацию исполнительных функций для построения рассказа/истории/описания себя, а также истории о своем прошлом, настоящем, о своих ожиданиях, планах и способах принятия решений.

4. Интеграция травматического опыта предполагает трансформацию, принятие

и преобразование травматических воспоминаний и переживаний в продуктивный опыт. При этом используются такие стратегии, как конструирование смысла происходящего, принятие, удержание и переработка травматических воспоминаний, скорбь и оплакивание травматических потерь, симптомориентированный менеджмент, развитие навыков устойчивости к травматическим переживаниям и создание паттернов мышления и поведения, ориентированных на настоящее.

5. Построение взаимоотношений. На этом этапе происходит реконструкция эффективной рабочей модели детско-материнской связи и применение этой модели к существующим в это время взаимоотношениям со взрослым. Уделяют внимание таким навыкам взаимоотношений, как уверенность, способность к сотрудничеству, предвидение последствий, установление рамок приличий и подчинение правилам, социальная эмпатия/сопереживание/сострадание, способность к взаимности, физической и эмоциональной интимности.

6. Укрепление положительного аффекта. Этот этап способствует укреплению таких морально-нравственных категорий, как достоинство и адекватная самооценка, посредством творческой деятельности, фантазий, планов на будущее, опоры на имеющиеся достижения, важности построения взаимоотношений с другими, обучения способности испытывать удовольствие.

Существует несколько методов лечения таких детей. К наиболее распространенным относятся системно-травматический подход, модель привязанности-самоорганизации-компетентности, травмофокусированная поведенческая терапия для родителей и ребенка.

Эти методики могут использоваться как в индивидуальной, так и в групповой терапии и предполагают применение шести вышеперечисленных этапов лечения.

У детей дошкольного и младшего школьного возраста подчеркивается важность формирования детско-материнской привязанности для здорового развития ребенка. В связи с этим клинические протоколы для грудных детей, детей ясельного, дошкольного и младшего школьного возраста направлены на работу с диалогом ребенок-мать (взрослый, непосредственно заботящийся о ребенке).

Некоторые клинические протоколы для лечения комплексной травмы у подростков рекомендуют использовать групповую терапию и делают акцент на формировании навыков общения, эмоционального регулирования, приобретении навыков, соответствующих нормальному развитию ребенка конкретной возрастной категории, формировании компетентности, выявлении и усилении сильных сторон личности ребенка. Для этого используют специальные техники, такие как обучение навыкам регуляции межличностных взаимоотношений и настроения, структурированная психотерапия устойчивости подростков к хроническому стрессу и восстановление адаптивного поведения, группы образования и развития. Общим для этих методик является выделение симптомов, вызванных травмой, и их десенсибилизация, приобретение конкретных навыков и использование группового процесса для дестигматизации пострадавших, повышение социальной поддержки. Психотерапия приводит к уменьшению тяжести симптомов и улучшению социального функционирования, эмоциональной стабильности, социальной компетентности и тем самым улучшает прогноз социального функционирования таких детей в будущем.

Психотерапия при этом расстройстве является дополнительной и симптоматической формой помощи.