

ОПЫТ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ В ДЕТСТВЕ У НАРКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ И МЕТОДЫ ЕГО РЕТРОСПЕКТИВНОЙ ОЦЕНКИ

Катан Е.А.¹, Карпец В.В.²

katan-evgenija@rambler.ru

Об авторах:

Катан Евгения Александровна – канд. мед. наук, доцент кафедры психиатрии и наркологии ФБГОУ ВО ОрГМУ.

Карпец Владимир Васильевич – главный врач ГАУЗ «Оренбургский областной клинический наркологический диспансер», заслуженный врач РФ, главный специалист нарколог Министерства здравоохранения Оренбургской области.

¹ Оренбургский государственный медицинский университет

460000, г. Оренбург, ул. Советская, 6

² Оренбургский областной клинический наркологический диспансер

460004, г. Оренбург, Дорожный пер., 8

Статья поступила 21.08.2018

Представлены данные об отдаленных клинических последствиях в сфере психического здоровья, связанных с жестоким обращением в детстве. Наибольшее внимание уделено проблеме употребления психоактивных веществ. Рассмотрены психологические,

возрастные и гендерные особенности формирования зависимости от алкоголя и наркотиков, спровоцированной неблагоприятным детским опытом. Указано на высокую частоту психопатологических расстройств, коморбидных с зависимостью от ПАВ. Приведены определения основных форм жестокого обращения в детстве и обзорно даны основные психометрические методики для ретроспективной оценки распространенности, тяжести и сочетанности психотравмирующих событий детства.

Ключевые слова: *насилие в детстве, пренебрежение в детстве, употребление психоактивных веществ, неблагоприятный детский опыт, опросники.*

ВВЕДЕНИЕ

Научно-технический и экономический прогресс второй половины XX в. привел к повышению качества жизни в большинстве стран мира. Пережитые катаклизмы первой половины ушедшего века способствовали объединению наций с целью восстановления веры в основные права и свободы человека. Принятая ООН в 1959 г. Декларация прав ребенка впервые за историю развития человечества наделила ребенка суверенным правом на предоставление «возможности и благоприятных условий, которые позволяли бы ему развиваться физически, умственно, нравственно, духовно, в социальном отношении здоровым и нормальным путем, в условиях свободы и достоинства». [1]. Счастье и благополучие детей было признано необходимой нормой современного общества.

Устойчивое влияние раннего жизненного опыта на продолжительность жизни достоверно было доказано как с точки зрения причинного влияния ранних невзгод на долгосрочную дезадаптацию, так и с позиций благотворного воздействия положительных детских переживаний на последующую устойчивость к событиям взрослой жизни [28]. Значительное количество исследований показало, что перенесенное в детстве жестокое обращение, внутрисемейная или межличностная дисфункция, (обусловленная, например, родительской психопатологией, зависимостью от алкоголя, психоактивных веществ (ПАВ) и безнадзорностью ребенка) дают основу для прогнозирования будущих проблем со стороны психического здоровья, социальных и общественных взаимоотношений и воспитания собственных детей в зрелом возрасте [34]. Эти эффекты были подтверждены перспективно (National Center on Child Abuse and Neglect, программа LONGSCAN – консорциум научных исследований причин и последствий жестокого обращения с детьми при исследовательском центре по предупреждению травматизма университета Северной Каролины, действующая с 1990 г.) [23] и ретроспективно. К последним относится исследование американского медицинского профилактического центра Kaiser Permanente (National Center for Injury Prevention and Control) под руководством Винсента Фелитти и Роберта Анда в 1995–1997 гг., в котором были показаны достоверные взаимосвязи между выраженностью факторов неблагоприятного детского опыта (НДО) и соматическими заболеваниями: ишемическая болезнь сердца, онкологические заболевания, хронические заболевания легких, травмы опорно-двигательного аппарата, гепатиты, а также низкие результаты самооценки здоровья [16]. С тех пор существуют доказанные взаимосвязи между НДО, факторами образа жизни и поведением, такими как повышенный риск злоупотребления ПАВ, самоубийства и, в конечном счете, преждевременной смертности у взрослых [5; 14–16]. Взрослые, перенесшие психотравмирующие события в детском возрасте, предрасположены к развитию психических расстройств, им свойственна низкая экономическая производительность [5], что позволяет рассматривать данную категорию лиц как клинико-социальное бремя для государства и общества.

Целью настоящей статьи является представление данных научной литературы, освещающих влияние перенесенного опыта жестокого обращения в детстве на возникновение, формирование, проявление и последствия зависимости от ПАВ. Также авторы поднимают вопрос о необходимости клинической оценки факторов жестокого обращения в детстве при анализе историй жизни пациентов, что позволит структурировать подходы к прогнозированию возможных и коррекции текущих психопатологических синдромов у наркологических больных на реабилитационном этапе лечения.

ЖЕСТОКОЕ ОБРАЩЕНИЕ И ПРЕНЕБРЕЖЕНИЕ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ – МЕДИЦИНСКАЯ ПРОБЛЕМА

Дети, ставшие жертвами насилия и пренебрежения, попадают в группу повышенного риска по ряду отклонений в развитии и дифференцировке головного мозга. Доказаны изменения в результате жестокого обращения и отсутствия заботы в раннем возрасте в основных нейробиологических системах: гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси – системы стрессовой регуляции; миндалевидном теле (процессы обработки эмоций и эмоции регулирования); гиппокампе (процессы обучения и памяти); мозолистом теле (интеграция функций между полушариями); префронтальной коре головного мозга (высшие когнитивные регуляторные и исполнительские функции) [29].

В последующем данные нарушения инициируют континуум изменений в общем функционировании. Вектор данных изменений отражен в пирамиде НДО, представляющей концептуальную основу взаимосвязи неблагоприятного детского опыта и развивающихся во взрослом возрасте проблем адаптации (рис. 1).



Рис 1. Пирамида НДО представляет собой концептуальную основу для исследования последствий жестокого обращения и пренебрежения (*National Center for Injury Prevention and Control, Division of Violence Prevention. 2015*).

Согласно указанной концепции, неблагоприятный детский опыт выступает фактором, наносящим вред ребенку в процессе его роста и развития, и является причиной совокупности последствий: когнитивных про-

блем (невнимательность и дефицит исполнительных функций); проблемы межличностного и общественного взаимодействия (взаимного неприятия со сверстниками); интернальных и экстернальных симптомов (депрессии, беспокойства, оппозиционного расстройства, расстройства поведения, агрессивности); посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). Становясь взрослыми, пережившие детские психотравмы обладают некими свойствами, которые способствуют причинению им вреда, иными словами являются виктимизированными, что проявляется склонностью к рискованным формам поведения, в частности, к употреблению ПАВ. В исследовании, проведенном в Германии, среди пациентов, получающих лечение от алкогольной зависимости, методом логистической регрессии были проанализированы истории жизни примерно 19 тыс. женщин и 14 тыс. мужчин [18]. 36,2% сообщили о жестоком физическом или сексуальном насилии в детском возрасте и 45,6% сообщили по крайней мере об одном из этих видов насилия во взрослом возрасте. Уровень межличностного насилия в течение всей жизни составил 61,1%. Авторы делают выводы о том, что женщины с опытом жестокого обращения в детстве примерно в семь раз чаще становятся жертвами во взрослом возрасте, чем женщины без такого опыта, в то время как у мужчин повторная виктимизация не является значительной.

Более недавние исследования показывают [30], что ранний жизненный стресс может также вызвать изменения на клеточном уровне в виде ускоренного сокращения теломер, что способствует быстрому старению клеток, их отмиранию или приобретению свойств злокачественной опухоли. Длина теломер была значительно короче у детей высокого риска неблагоприятного детского опыта, находящихся в учреждениях социальной защиты, по сравнению с детьми низкого риска, находящихся в семье. Кроме того, родительская отзывчивость смягчила связь между ранними невзгодами и длиной теломер, при этом более высокая отзывчивость родителей прогнозирует более длинные теломеры только среди детей высокого риска. Вместе взятые, эти результаты подтверждают положительную значимость роли сочувственного родительского поведения в воздействии на биологические изменения вследствие стресса ранней жизни [8].

ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ И ПРЕНЕБРЕЖЕНИЯ В ДЕТСТВЕ НА РАЗВИТИЕ РАССТРОЙСТВ, СВЯЗАННЫХ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Сделать выводы о мере причинно-следственной связи между жестоким обращением в детстве и последующим развитием расстройств, связанных с употреблением ПАВ, опираясь на наследственную предрасположенность, в котором генетическая склонность к неблагоприятному употреблению

ПАВ передается от родителя к ребенку, затруднительно [8]. В целом исследовательская литература, связывающая проблемы жестокого обращения с детьми и последующего употребления ПАВ, с одной стороны, и проблемы употребления ПАВ родителями и виктимизации потомства, с другой, рассматривает гипотезу “intergenerational continuity” как возможный внутри-семейный путь преемственности поколений. Согласно этому, жестокое обращение с детьми повышает риск последующих проблем, связанных с употреблением ПАВ, которые затем, по мере того как люди становятся родителями, повышают риск жестокого обращения и безнадзорности для их собственных детей [6]. Отмечается взаимосвязь тяжести наркологического заболевания лиц, осуществляющего уход за ребенком, и тяжестью ненадлежащего отношения к нему [31]. При наркологических заболеваниях в легкой степени, когда использование ПАВ не вызывает проблем в общении и здоровье, могут возникнуть обстоятельства, при которых использование ПАВ может создать вредные или опасные ситуации (например, использование во время беременности или являться причиной неэффективной родительской заботы, несоответствующей потребностям ребенка). Более значительные риски благополучию ребенка возникают при средней степени выраженности наркологических расстройств. Взрослые пренебрегают установленными нормами и правилами, могут управлять в состоянии опьянения автомобилем, в котором находится ребенок, проявлять поведение, несовместимое с воспитанием детей (например, эпизоды насилия, сочетающиеся с раскаянием), оставлять детей без присмотра или под присмотром сомнительных лиц, пренебрегать потребностями ребенка в питании, сне, чистоте. При тяжелых формах употребления ПАВ родители могут длительно оставлять детей без присмотра, использовать материальные средства на покупку ПАВ, игнорируя такие потребности, как покупка еды. Взрослые становятся неспособными принимать рациональные решения в отношении потребностей ребенка, принимая за приоритеты свои собственные болезненные потребности, связанные с употреблением ПАВ.

Употребление ПАВ родителями или опекунами увеличивает риски сексуального или физического насилия от 15 до 50% [37], причем эти действия не всегда совершаются самими родителями. Например, дети матерей-алкоголиков подвергаются повышенному риску сексуального насилия со стороны лиц, не являющихся членами семьи. Таким образом, употребление родителями ПАВ может привести к виктимизации детей непосредственно в результате нарушения правил поведения и дисциплины родителей или косвенно, в результате неадекватной заботы и отсутствия защищенности детей [39].

Согласно Докладу «Исследование распространенности неблагоприятных событий детства среди молодых людей в Российской Федерации» [32], 8,2% респондентов мужского пола и 12,8% респондентов женского пола указали, что проживали первые 18 лет своей жизни с алкоголиком. 9,8% респондентов мужчин и 16,7% женщин жили в семье с кем-то, кто употреблял наркотики. Выявленные факты неблагоприятных детских переживаний среди участников исследования распределились следующим образом: сексуальное насилие было отмечено у 5,7%, физическое насилие – у 14%, эмоциональное насилие – у 37,9%, физическое пренебрежение – у 53,3% и эмоциональное пренебрежение – у 57,9%.

В отношении употребления ПАВ респонденты сообщили о том, что начали курить в возрасте 14 лет или младше (16,8% мужчин и 12,7% женщин). Около 10% респондентов, мужчин и женщин начали употреблять алкоголь в 14 лет или раньше. 4,5% респондентов в своей жизни употребляли наркотики. Средний возраст начала употребления наркотиков среди мужчин и женщин составил 17 лет. Распространенность употребления алкоголя отмечалась выше у женщин (87,4%), чем у мужчин (78,4%). Количество употребления алкоголя среди мужчин и женщин было приблизительно одинаково.

Аналогичное исследование было проведено среди студентов публичных университетов Калифорнии, США. Среди исследованных 2953 респондентов обоего пола, употребление ПАВ отмечали до 75% участников исследования. Среди факторов неблагоприятного детского опыта чаще всего, в 25%, были указаны случаи психологического насилия, в 22% случаев – употребление родителями ПАВ. Сексуальное и физическое насилие отмечены у 16 и 14%/ соответственно, насилие со стороны родителей или интимных партнеров отмечено у 9% участников. При этом 50% сообщали о семейном насилии или дисфункции, 23% – о многофакторном неблагоприятном детском опыте. Другой задачей исследования было выявление случаев употребления ПАВ среди учащихся в последние 30 дней. Данные показали, что 53% употребляли алкоголь, 17% – табак, 5% – наркотики, 12% – рецептурные медицинские препараты, сочетанное употребление отмечено у 23% [17].

Причины, в связи с которыми происходит первая проба, значительно отличаются от причин у тех, кто не подвергался жестокому обращению. У подвергшихся насилию и безнадзорных детей употребление ПАВ – это психологическая помощь для ухода от оскорбительной и неприемлемой среды; форма самолечения, благодаря которому ребенок пытается получить контроль над своим негативным жизненным опытом; метод само-

утверждения, повышающего самооценку ребенка; уход от чувства изоляции и одиночества [29].

Для пациентов с историей жестокого обращения в детстве, как было отмечено выше, характерно начало употребления ПАВ в раннем возрасте. Сниженная способность лиц, начавших употреблять ПАВ, к аналитико-синтетической обработке информации когнитивным путем сравнения событий, образы которых хранятся в памяти, и событий, происходящих в текущий момент, приводит к отсутствию у таковых социальной уверенности, подкрепляемой эмоциональной неуверенностью в себе. Как следствие, преобладает поведение с низким уровнем произвольности из-за недостатка самоконтроля, для которого характерны импульсивные ответы на внешние стимулы окружения, с преобладанием ориентации на ситуативно значимые объекты, которыми часто становятся ПАВ [25]. Лонгитюдное исследование 585 семей, дети которых посещали детский сад в 1987–1988 гг., позволило отследить траекторию развития потребления ПАВ, в которой физическое злоупотребление детьми в возрасте до 5 лет предсказывало ранние пробы ПАВ в возрасте 12 лет, что, в свою очередь, приводило к систематическому употреблению ПАВ в более позднем возрасте, 16 и 24 года [24].

Характер употребления ПАВ у лиц, подвергшихся насилию в детстве, носит более тяжелую форму, вызывая такие серьезные расстройства, как передозировки, тяжелые запои, выраженные абстинентные расстройства. Показано, что пациенты с неблагоприятными детскими впечатлениями имеют более высокий риск развития проблем со здоровьем, связанных с употреблением алкоголя (в 7,4 раза выше, чем у респондентов контрольной группы), и проблем, возникающих вследствие употребления наркотиков (от 4,7 до 10,3 раз выше, чем в контрольной группе) [24]. Пациенты данной группы чаще используют наркотики, седативные средства и транквилизаторы. Они также чаще, чем их сверстники, не испытывавшие жестокого отношения, используют ПАВ, чтобы облегчить соматическую боль, избежать семейных неурядиц или снять психоэмоциональное напряжение [27].

Отсутствие эффективной стратегии регуляции эмоций, нарушения обработки эмоциональных сигналов у перенесших жестокое обращение и получающих лечение в связи с проблемным употреблением ПАВ увеличивают риск развития экстернальных расстройств поведения, в т.ч. антисоциального поведения и паранойи. Для таких лиц характерно нежелание принимать помощь, что делает их более уязвимыми к рецидивам. Увеличен риск для интернальных проблем, особенно депрессии и тревоги [39–41].

Возраст, длительность и тяжесть жестокого обращения и пренебрежения в детстве, а также контекст, в котором они происходят, влияют на свя-

занные с ними исходы, в том числе на расстройства, связанные с употреблением ПАВ [9]. В упоминаемом выше российском исследовании [32], оценивающим неблагоприятные события детства (НСД) среди молодежи РФ, были выявлены показатели, свидетельствующие о высокой распространенности НСД: 84,6% респондентов сообщили по крайней мере об одном НСД, 28,2% респондентов приходилось сталкиваться с двумя НСД, а 17,5% респондентов сообщили о четырех и более НСД. В сравнении с отсутствием НСД, наличие четырех и более НСД ассоциируется с возрастанием следующих рисков: курения – в 2,1 раза, злоупотребления алкоголем – в 10,4 раза, употребления наркотиков – в 11,9 раза, рискованного сексуального поведения – в 1,7 раза, нежелательной беременности – в 7,9 раза и попыток самоубийства – в 23,2 раза.

Отмечаются выраженные гендерные различия взаимосвязи неблагоприятных детских переживаний и наркологических заболеваний. Женщины чаще используют ПАВ, чтобы избежать воспоминания о сексуальном насилии, употребляют алкоголь для облегчения сексуальных контактов [20].

Женщины, страдавшие наркологическими заболеваниями, в 2 раза чаще сообщали о сексуальном насилии в детстве (70%), по сравнению с женщинами в общей популяции (35%) [22]. Расстройства при употреблении ПАВ у мужчин меньше связаны с сексуальным насилием в ранние годы, но респонденты-мужчины отмечают высокий уровень перенесенного физического насилия в детстве [41].

В недавнем исследовании [19] было установлено, что для женщин вероятность употребления ПАВ была напрямую связана с тяжестью жестокого обращения в детстве. Риск расстройств, связанных с употреблением ПАВ, в результате воздействия детских невзгод был повышен для респондентов обоих полов, но женщины все же имели более низкую склонность к этому, чем мужчины. Однако с увеличением тяжести негативного детского опыта гендерный разрыв в прогнозируемой вероятности употребления ПАВ женщинами сужался по отношению к алкоголю, а по отношению к сочетанному употреблению алкоголя и наркотиков менялся таким образом, что риск среди женщин превзошел риск среди мужчин. Эти исследования обнаружили также гендерный парадокс, в соответствии с которым мужчины сообщают о большем потреблении ПАВ в целом, но жестокое обращение в детском возрасте повышает риск употребления наркотиков только у женщин [19].

Употребление ПАВ у пациентов, перенесших насилие или пренебрежение в детстве, сочетается с суицидальным поведением, что значительно усугубляет эту проблему. Первая попытка самоубийства у лиц, перенесших жестокое обращение в детстве и употребляющих ПАВ, увеличивает риски

возникновения последующих попыток в 31 раз и увеличивает количество летальных исходов в 25 раз [34].

У тех лиц, кто перенес особо тяжелые формы насилия или отделение от семьи и бездомность, чаще формируется посттравматический стрессовый синдром (ПТСР). Возникающие в рамках ПТСР тягостные навязчивые воспоминания способствуют использованию ПАВ в целях самолечения как попытки избежать этих воспоминаний [37].

Женщины, получающие лечение в связи с употреблением ПАВ, с факторами жестокого обращения в детском возрасте в анамнезе, используют более широкий выбор форм диссоциативного поведения, чем другие женщины. Возникшие как механизм выживания, чтобы защитить ребенка, со временем диссоциативные модели поведения мешают повседневной деятельности человека и умению взаимодействовать с другими людьми. Иногда эти диссоциативные периоды могут длиться несколько часов, что требует экстренного психиатрического лечения [39].

ИНСТРУМЕНТЫ РЕТРОСПЕКТИВНОЙ ОЦЕНКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ В ДЕТСТВЕ

В 1999 г. Всемирная организация здравоохранения опубликовала определение понятия «насилие над детьми» (child abuse), отождествив его с понятием «жестокое обращение в детстве» (maltreatment in childhood) [2]. Согласно указанному определению разработана научная терминология, которая описывает четыре основных вида жестокого обращения с детьми: пренебрежение, физическое насилие, сексуальное насилие и эмоциональное, или психологическое насилие.

Пренебрежение (neglect) — это неспособность обеспечить основные потребности ребенка. Пренебрежение может быть физическим, образовательным, медицинским или эмоциональным.

Физическое пренебрежение — это самый распространенный вид запущенности, проявляющийся в неспособности удовлетворить основные потребности ребенка в пище, жилье и одежде, не связанный с нехваткой финансовых ресурсов. Физическая запущенность включает в себя также недостаточный родительский контроль, отказ от ребенка, изгнание его из дома и отказ от беглеца, который хочет вернуться домой.

Педагогическая запущенность является вторым, наиболее частым видом безнадзорности, и включает в себя невозможность организовать адекватное обучение ребенка в средней школе.

Медицинское пренебрежение включает в себя отказ, невыполнение или задержку в обеспечении необходимой медицинской помощи (как профилактического плана, так и urgentного характера).

Эмоциональное пренебрежение включает в себя заметное невнимание к потребности ребенка в любви, отказ или непредставление необходимой психологической поддержки, или хроническое или экстремальное супружеское насилие в присутствии ребенка (например, избиение матери, убийство).

Физическое насилие может варьироваться от незначительных синяков до убийства ребенка и может быть однократным или систематическим. Физическое насилие включает в себя наказание, которое не соответствует возрасту ребенка, его физическому развитию, состоянию здоровья, интеллектуальному или эмоциональному состоянию.

Сексуальное насилие подразумевает целый комплекс форм поведения, используемых взрослыми для сексуального возбуждения или удовлетворения.

Эмоциональное насилие включает в себя отказ взрослых обеспечить надлежащую психологическую поддержку детей и создание неблагоприятной эмоциональной среды.

Для ретроспективной оценки воздействия жестокого обращения в детстве был разработан ряд инструментов, предназначенных для использования во взрослом периоде жизни.

Одним из наиболее широко используемых инструментов является опросник детских травмирующих переживаний – Childhood Trauma Questionnaire (СТQ), разработанный Bernstein D.P. с соавторами (1997 г.) [10]. Эта методика прошла значимое психометрическое апробирование как в клинических, так и в общих популяциях. Также проведено определение достоверности и надежности версий на немецком, шведском, турецком, корейском, испанском языках. Помимо многочисленных публикаций, подтверждающих психометрические свойства, опросник СТQ имеет и другие достоинства: он достаточно краток (5–10 минут для завершения), измеряет пять типов жестокого обращения с детьми и предназначен как для взрослых, так и для подростков. В СТQ оценивается пять доменов жестокого обращения с детьми и безнадзорности: сексуальное насилие, физическое насилие, эмоциональное насилие, физическое (отсутствие заботы) и эмоциональное пренебрежение. Оригинальный СТQ содержал 70 пунктов. Однако позже он был сокращен до краткой формы из 28 элементов (СТQ-SF), которая также была психометрически подтверждена.

В исследовании Е.А. Петровой (2014 г.) использована русская версия «Опросник о детском травматическом опыте», предоставленная автору Александрой Катехакис, директором Центра сексуального здоровья («Center for Healthy Sex», Los Angeles), в переводе Т. Гречаной, А. Пачиной. В опроснике предлагается оценить наличие в первые 18 лет жизни различ-

ных видов психотравмирующих событий. В обобщенном виде их можно выделить в следующие типы: вербальное насилие (угрозы, оскорбления); физическое насилие (побои); сексуальное насилие; отсутствие чувства защищенности, заботы; переживание депривации; развод родителей; насилие со стороны матери; употребление ПАВ членами семьи; наличие психических заболеваний у членов семьи; пребывание кого-либо из членов семьи в тюрьме [3].

Сопоставимым по количеству исследований, направленных на определение психометрической значимости, достоверности и надежности результатов, является опросник детского опыта запущенности и жестокого обращения (Childhood Experience of Care and Abuse questionnaire (СЕСА-Q Bifulco A., Brown G.W. 1994) [11; 12]. Опросник включает разделы, посвященные потере родителей (смерть родителей, разлуку на 1 год или более из-за переезда и постоянного проживания родителей в другом месте в возрасте ребенка до 17 лет), оценку родительского ухода и психологического, физического и сексуального насилия со стороны родителей.

СЕСА-Q считается золотым стандартом для ретроспективной оценки как психологических травм, так и отсутствия ухода в детстве благодаря хорошим психометрическим свойствам, детальному опросу, а также широкому спектру охватываемого неблагоприятного опыта детских переживаний. За 20 лет, прошедших с момента его первоначальной публикации, было проведено более 100 исследований с помощью этой методики, которые выявили специфические закономерности психопатологического развития [34]. Например, исследования с использованием СЕСА-Q показывают, что эмоциональное пренебрежение в детстве достоверно связано с развитием тревожных и депрессивных расстройств, сепарация с родителями и физическое насилие определяют в последующем развитие суицидального и агрессивного поведения. Результаты других исследований указывают на дифференциацию расстройств, связанную с полом родителей: жестокое обращение с материнской стороны приводило к интернализации психопатологических расстройств (тревога, депрессия), с отцовской – было связано с экстермальными расстройствам (употребление ПАВ, антисоциальное расстройство личности). Способы оценки интенсивности воздействия психотравмирующих событий детства, основанные на интервью СЕСА, оказались надежными в определении влияния раннего неблагоприятного опыта на более поздние психические расстройства и доказали влияние эффекта «доза-ответ» на их проявления. Но с помощью этого опросника нельзя было установить, как менялась интенсивность воздействия неблагоприятных событий детства с течением времени, а также установить точную их датировку [34].

Maltreatment and Abuse Chronology of Exposure (MACE) (2015 г.), «Хронологический опросник жестокого обращения и злоупотребления в детстве» [36] был специально создан для проведения исследований, изучающих взаимосвязь типа и длительности воздействия. Особенностью MACE и основной причиной его разработки является потенциальная способность инструмента определять периоды детства, в которые происходило воздействие факторов жестокого обращения. Конструкт позволяет выявить существенные различия в степени тяжести вспомнившегося воздействия типов жестокого обращения в процессе развития ребенка; связана ли интенсивность воздействия с уровнем родительского образования и полом родителя/опекуна; существуют ли гендерные различия в описании картины воздействия. В качестве дополнительного материала предлагаются три варианта этого инструмента. Первая версия, именуемая «Шкалой жестокого обращения и злоупотребления» – Maltreatment and Abuse Exposure Scale (MAES), состоит из 52 вопросов, которые могут быть использованы для оценки общей степени воздействия и воздействия 10 видов жестокого обращения. Однако эта методика не содержит вопросов о длительности воздействия. Этот опросник длиннее CTQ (25 пунктов) или короткой версии CACE-Q (20 вопросов), но достаточно короткий для оценки распространенности жестокого обращения в детстве.

Вторая версия – «Хронологический опросник жестокого обращения и злоупотребления в детстве», Maltreatment and Abuse Chronology of Exposure (MACE), состоит из тех же 52 вопросов плюс флажки для указания возраста воздействия от 1 до 18 лет для каждого элемента.

Третья версия – Maltreatment and Abuse Chronology of Exposure (MACE-X), состоит из 75 пунктов и является методом изучения возрастного развития респондентов, который уточняет датировку насилия, а также выясняет, привели ли конкретные события к психологической травме, проявляющейся на тот момент чувством беспомощности или террора. Эта версия предназначена для исследователей, которые планируют выбрать элементы, лучше показывающие интенсивность воздействия и разработать свой собственный вариант инструмента, и в связи с этим рекомендуется для использования в других странах или с другими группами населения (например, психиатрическими стационарными больными, заключенными).

Важным и еще более простым методом ретроспективного выявления жестокого обращения в детстве является опросник неблагоприятного детского опыта (НДО) Adverse Childhood Experience (ACE) [15], разработанный американским медицинским профилактическим центром Kaiser Permanente (National Center for Injury Prevention and Control, 1995 г.). Он позволяет определить суммарную множественность факторов психотрав-

мирующего неблагоприятного воздействия без учета их интенсивности и хронологии. Оценка НДО складывается из ответов на 18 вопросов о первых 18 годах жизни. Оцениваются три категории жестокого обращения с детьми: эмоциональное, физическое или контактное сексуальное насилие, а также пять категорий семейной дисфункции с родительской стороны: злоупотребление ПАВ, психические заболевания, внутрисемейное насилие/партнерское жестокое, в том числе по отношению к сиблингам, преступное поведение, разлучение с родителями из-за развода или смерти [4; 15]. В последней версии опросника НДО добавлены две категории – физическое и эмоциональное пренебрежение [10]. Субъекты определяются как подверженные конкретным факторам, если они ответили «да» на один или несколько вопросов в этой категории. Количество представленных категорий (диапазон 0–8) объединяется для получения оценки баллов НДО.

Русскоязычная версия опросника НДО использовалась при проведении исследования распространенности неблагоприятных событий детства среди молодежи РФ [32].

Оценка результатов использования опросника НДО была использована в важной серии эпидемиологических исследований, оценивающих взаимосвязь между детскими невзгодами и показателями физического и психического здоровья. Баллы опросника НДО оказались мощным фактором риска для алкоголизма, наркомании, депрессии, суицидальности и приема ПАВ. Данные о сочетанном влиянии пережитых психотравм детского возраста на дальнейшую жизнь еще больше подтверждают наличие причинно-следственной связи с последующими проблемами поведения и здоровья и дают критически важное статистическое представление об этой связи. Лица с 1–5 баллами НДО имели в 3,7–5,0 раза больше шансов иметь пожизненную историю депрессии, в 4,4–6,4 раза больше шансов иметь недавний эпизод депрессии [13]. Лица с очень высокими уровнями воздействия (баллы НДО 7) в 31 раза чаще предпринимали попытки самоубийства. Доли риска, связанные с 1 или более баллами НДО, составили 67, 64 и 80% для попыток самоубийства на протяжении всей жизни взрослых и детей/подростков, соответственно. Эта градуированная связь между количеством баллов НДО и психопатологией также была отражена в записях рецептурных назначений психотропных препаратов. У взрослых с более чем 5 баллами НДО была отмечена в 3, 2, 10 и 17 раз выше частота назначения антидепрессантов, анксиолитиков, антипсихотических и стабилизирующих настроение препаратов [4]. В целом ранние неблагоприятные факторы, индексированные по шкале НДО, составили 50–75% от доли риска, связанной с депрессией, суицидальными попытками, злоупо-

реблением наркотиками и алкоголизмом, которые являются ведущими причинами преждевременной смерти и инвалидности [15].

Существует сложность, ограничивающая использование Adverse Childhood Experience (ACE). В опроснике есть следующие факторы: а) присутствие в семье близких родственников, злоупотребляющих ПАВ; б) хроническое психическое заболевание или преступное поведение, приводящее к тюремному заключению, которое прямо или косвенно связано со злоупотреблением ПАВ. Наличие этих факторов часто дает ошибочный повод смешивать неблагоприятный детский опыт с общим наследованием. Эти факторы могут просто свидетельствовать о повышенном генетическом риске злоупотребления ПАВ [38] или о предрасположенности к психическим заболеваниям [9].

При оценке неблагоприятных событий в детстве по результатам ретроспективного самоотчета в выборке наркологических больных возникают сложности с определением достоверности результатов, в том числе из-за возможных нарушений памяти и наличия специфических личностных конгруэнтных предубеждений, связанных с основным заболеванием. Результаты изучения пережитых детских психотравм вероятнее будут ложно отрицательными, чем ложно положительными. Однако в исследованиях тест-ретестовой достоверности было установлено, что самоотчеты о перенесенном жестоком обращении в детстве были очень последовательны на протяжении многих лет, даже у лиц с психическими заболеваниями [36].

Описанные выше опросники СТQ и CACE-Q позволяют провести скрининговое исследование, направленное на оценку распространенности воздействия эмоционального, физического, сексуального насилия, отсутствия родительского ухода (эмоциональное и физическое пренебрежение). Методика MACE помогает уловить нюансы реагирования на травмы, связанные с определенным возрастным периодом, в которые происходило вредоносное воздействие, и его тяжестью. Использование ACE для оценки переживаний детского возраста способствует определению сочетанного воздействия факторов неблагоприятного детского опыта в контексте внутрисемейных и микросоциальных отношений. Необходимо принять во внимание, что указанные опросники не оценивают психопатологические симптомы, связанные с психотравмой детства, но определяют меру риска последствий, связанных с неблагоприятными обстоятельствами детского возраста.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Жестокое обращение в детстве является научно доказанным патогенетическим фактором, влияющим на манифестацию во взрослом возрасте соматических и психических расстройств, в том числе связанных с употреблением ПАВ. Предложенный американскими исследователями термин «неблагоприятный детский опыт» можно использовать в качестве семантической категории, синонима термина «жестокое обращение», но связанного с конкретной методикой исследования распространенности жестокого обращения, а именно с той, которая описывает сочетанные случаи жестокого обращения в детстве и используется для оценки отдаленных его последствий.

Наиболее часто упоминаемым неблагоприятным воздействием в детстве, согласно проведенным исследованиям, является физическое и эмоциональное пренебрежение, проявляющиеся недостаточной заботой о детях, отсутствием чувства защищенности и чувства тепла — семейной любви как источника силы. Теплые отношения со стороны семьи при перенесенных травмирующих событиях детства являются протективными в отношении дальнейшего развития употребления ПАВ.

Результаты исследования последствий НДО у молодежи в возрасте 21–23 лет в России и США показывают, что вероятность таких форм поведения, наносящего вред здоровью, как курение, употребление алкоголя и наркотиков, возрастает с увеличением числа пережитого воздействия факторов НДО.

Женщины тяжелее переносят жестокое обращение в детстве, обнаруживая устойчивость к злоупотреблению алкоголем, но при значительном неблагоприятном опыте становятся более уязвимыми к наркотикам. Мужчины более склонны к употреблению ПАВ после перенесенного в детстве физического насилия. Физическое насилие в детстве положительно связано с симптомами расстройства употребления алкоголя, а сексуальное насилие в детстве положительно связано с симптомами расстройства употребления наркотиков.

У взрослых общий психопатологический профиль расстройств, сопутствующих употреблению ПАВ, обозначен нарушениями, связанными с дисфункцией в областях когнитивного и эмоционального функционирования, таких как префронтальная кора и лимбическая система: поведенческие расстройства, диссоциативные, ситуативные депрессивные и тревожные расстройства, суициды, а также синдромы, связанные с посттравматическим стрессовым расстройством. Невыявленные и нескорректированные проблемы, возникшие вследствие жестокого обращения

в детстве, утяжеляют клиническое течение расстройств, связанных с употреблением ПАВ, препятствуют эффективному лечению и способствуют рецидивам наркологических заболеваний.

Приведенные методики ретроспективной оценки жестокого обращения могут быть применены как для быстрого и точного сбора данных анамнеза жизни о жестоком обращении в детстве у наркологических больных, так и в качестве инструмента эпидемиологического скрининга распространенности насилия и пренебрежения в детстве. Кроме того, результаты исследований, полученные с помощью указанных методик, могут быть использованы для разработки реабилитационных программ при расстройствах, связанных с употреблением ПАВ и зависимостью от них, с указанием на коррекцию последствий жестокого обращения в детстве.

ЛИТЕРАТУРА

1. Декларация прав ребенка [Электронный ресурс]. http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/childdec. — (дата обращения 25.01.2018).
2. Насилие и его влияние на здоровье. Доклад о ситуации в мире / под ред. Э.Г. Круга и др.; пер. с англ. — М.: Весь Мир, 2003.
3. *Петрова Е.А.* Детские психотравмы: проблема отсроченного влияния на личность [Электронный ресурс]. — <https://cyberleninka.ru/article/n/detskie-psihotravmy-problema-otsrochennogo-vliyaniya-na-lichnost-vzroslogo-cheloveka>. — (дата обращения 16.10.2018).
4. *Anda R.F., Felitti V.J., Bremner J.D., Walker J.D. Whitfield C., Perry B.D., Giles W.H.* et al. The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. // *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. — 2006. — Vol. 256. — P. 74–186. — doi:10.1007/s00406-005-0624-4.
5. *Almas A.N., Degnan K.A., Radulescu A.* Effects of early intervention and the moderating effects of brain activity on institutionalized children's social skills. // *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*. — 2012. — Vol. 109. — P. 17228–17231. — doi:10.1073/pnas.1121256109.
6. *Appleyard K., Berlin L.J., Rosanbalm K.D.* Preventing Early Child Maltreatment: Implications from a Longitudinal Study of Maternal Abuse History, Substance Use Problems, and Offspring Victimization. // *Prevention science : the official journal of the Society for Prevention Research*. — 2011. — Vol. 12. — N2. — P. 139–149.
7. *Asok A., Bernard K., Roth T.L., Rosen J.B., Dozier M.* Parental Responsiveness Moderates the Association Between Early-life Stress and Reduced Telomere

- Length. // *Development and psychopathology*. – 2013. – Vol. 25. – N3. – P. 577–585. – doi:10.1017/S0954579413000011.
8. *Asscher J.J., Van der Put C.E., Stams G.J.* Gender Differences in the Impact of Abuse and Neglect Victimization on Adolescent Offending Behavior. // *J. Fam. Violence*. – 2015. – Vol. 30. – P. 215–225. – doi:10.1007/s10896-014-9668-4.
 9. *Banducci A.N., Hoffman E, Lejuez C.W.* The relationship between child abuse and negative outcomes among substance users: psychopathology, health, and comorbidities. // *Addict. Behav.* – 2014. – Vol. 39. – N10. –P. 1522–1529. – doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.05.023.
 10. *Bernstein D.P., Ahluvalia T., Pogge D., Handelsman L.* Validity of the Childhood Trauma Questionnaire in an adolescent psychiatric population. // *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*. – 1997. – Vol. 36. – P. 340–348. – pmid: 9055514.
 11. *Brown G.W., Craig T.K., Harris T.O., Handley R.V., Harvey A.L.* Development of a retrospective interview measure of parental maltreatment using the Childhood Experience of Care and Abuse (CECA) instrument – A life-course study of adult chronic depression - 1. // *J. Affect. Disord.* – 2002. – Vol. 103. – P. 205–215. – pmid: 17651811.
 12. *Bifulco A., Bernazzani O., Moran P.M., Jacobs C.* The childhood experience of care and abuse questionnaire (CECA - Q): validation in a community series. // *Br. J. Clin. Psychol.* – 2002. – Vol. 44. – P. 563–581. – pmid: 16368034.
 13. *Chapman D.P., Whitfield C.L., Felitti V.J., Dube S.R., Edwards V.J.* Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. // *J. Affect. Disord.* – 2004. – Vol. 82. – P. 217–225. – pmid: 15488250.
 14. *Dube S.R., Anda R.F., Felitti V.J., Chapman D.P., Williamson D.F., Giles W.H.* Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: findings from the Adverse Childhood Experiences Study. // *JAMA*. – 2001. – Vol. 286. – N24. – P. 3089–3096. – doi.org/10.1001/jama.286.24.3089.
 15. *Felitti V.J., Anda R.F., Nordenberg D., Williamson D.F., Spitz A.M., Edwards V., Koss M.P., Marks J.S.* Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. // *Am. J. Prev. Med.* – 1998. – Vol. 14. – P. 245–258. – doi.org/10.1016/s0749-3797(98)00017-8.
 16. *Felitti V.J.* The relation between adverse childhood experiences and adult health. Turning gold into lead. // *Permanente Journal*. – 2002. – Vol. 6. – N1. – P. 44–47. – doi.org/10.13109/zptm.2002.48.4.359.
 17. *Forster M., Timothy J., Grigsby D., Benjamin R.* The relationship between family-based adverse childhood experiences and substance use behaviors

- among a diverse sample of college students. // *Addict Behav.* – 2018. – Vol. 76. – P. 298–304. – doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.08.037.
18. *Grundmann J., Lincoln T.M., Lüdecke D., Bong S., Schulte B., Verthein U., Schäfer I.* Traumatic Experiences, Revictimization and Posttraumatic Stress Disorder in German Inpatients Treated for Alcohol Dependence. // *Subst. Use Misuse.* – 2017. – Vol. 27. – P. 1–9. – doi: 10.1080/10826084.2017.1361997.
 19. *Evans E.A., Grella C.E., Upchurch D.M.* Gender differences in the effects of childhood adversity on alcohol, drug, and polysubstance-related disorders. // *Soc. Psychiatry. Psychiatr. Epidemiol.* – 2017. – Vol. 52: – P. 901–912. – doi.org/10.1007/s00127-017-1355-3.
 20. *Jarvis, T.J., Copeland J., Walton L.* Exploring the nature of the relationship between child sexual abuse and substance use among women. // *Addiction.* – 1998. – Vol. 93. – N6. – P. 865–875.
 21. Kaiser Permanente National Center for Injury Prevention and Control. – URL: https://en.wikipedia.org/wiki/Kaiser_Permanente. – (accessed 13.09.2018).
 22. *Kendall-Tackett K., Williams L., Finkelhor D.* Impact of sexual abuse on children: a review and synthesis of recent empirical studies. // *Psychol. Bull.* – Vol. 113. – P. 164–180. – doi.org/10.1037/0033-2909.113.1.164.
 23. LONGSCAN. – URL: <https://www.unc.edu/depts/sph/longscan>. – (accessed 13.09.2018).
 24. *Lansford J.E., Dodge K.A., Pettit G.S., Bates J.E.* Does Physical Abuse in Early Childhood Predict Substance Use in Adolescence and Early Adulthood? // *Child maltreatment.* – 2010. – Vol. 15. – N2 – P. 190–194. – doi: 10.1177/1077559509352359.
 25. *Loas G., Otmani O., Lecercle C., Jouvent R.* et al. Relationships between the emotional and cognitive components of alexithymia and dependency in alcoholics. // *Psychiatry Research.* – 2000. – Vol. 96. – N1. – P. 63–74. – doi.org/10.1016/s0165-1781(00)00189-x.
 26. *Liu J., Fang Y., Gong J., Cui X.* Associations between suicidal behavior and childhood abuse and neglect: A meta-analysis. // *J. Affect. Disord.* – 2017. – Vol. 220. – P. 147–155. – doi: 10.1016/j.jad.2017.03.060.
 27. *Mandavia A., Robinson G., Bradley B.* Exposure to Childhood Abuse and Later Substance Use: Indirect Effects of Emotion Dysregulation and Exposure to Trauma. // *Journal of Traumatic Stress.* – 2016. – Vol. 29. – N5. – P. 422–429. – doi:10.1002/jts.22131.
 28. *Narayan A.J., Rivera L.M., Bernstein R.E., Harris W.W., Lieberman A.F.* Positive childhood experiences predict less psychopathology and stress in pregnant women with childhood adversity: A pilot study of the benevolent

- childhood experiences (BCEs) scale. // *Child Abuse Negl.* – 2018. – Vol. 78. – P. 19–30. – doi: 10.1016/j.chiabu.2017.09.022.
29. *New Directions in Child Abuse and Neglect Research* / A.C. Petersen, J. Joseph, M. Feit editors. – Washington (DC): National Academies Press (US), 2014.
 30. *Price L.H., Kao H.T., Burgers D.E., Carpenter L.L., Tyrka A.R.* Telomeres and Early-Life Stress: An Overview. // *Biological psychiatry.* – 2013. – N73(1). – P. 15–23. – <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2012.06.025>.
 31. *Staton-Tindall M., Sprang G., Clark J., Walker R., Craig C.D.* Caregiver substance use and child outcomes: A systematic review. // *Journal of Social Work Practice in the Addictions.* – 2013. – Vol. 13. – P. 6–31. – doi:10.1080/1533256X.2013.752272.
 32. Survey on the prevalence of adverse childhood experiences among young people in the Russian Federation. – URL: <http://www.euro.who.int/en/countries/russian-federation/publications/survey-on-the-prevalence-of-adverse-childhood-experiences-among-young-people-in-the-russian-federation>. – (accessed 25.01.2018).
 33. *Schäfer I., Langeland W., Hissbach J.* Childhood trauma and dissociation in patients with alcohol dependence, drug dependence, or both—A multi-center study. // *Drug Alcohol Depend.* – 2010. – Vol. 109. – P. 84–89. – <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2009.12.012>.
 34. *Schimmenti A., Bifulco A.* Toward a Better Understanding of the Relationship between Childhood Trauma and Psychiatric Disorders: Measurement and Impact on Addictive Behaviors. // *Psychiatry Investigation.* – 2015. – Vol. 12. – N3. – P. 415–416. – doi.org/10.4306/pi.2015.12.3.415.
 35. *Straus M.A., Hamby S.L., Finkelhor D., Moore D.W., Runyan D.* Identification of child maltreatment with the Parent-Child Conflict Tactics Scales: development and psychometric data for a national sample of American parents. // *Child Abuse Negl.* – 1998. – Vol. 22. – P. 249–270. – pmid: 9589178.
 36. *Teicher M.H., Parigger A.* The ‘Maltreatment and Abuse Chronology of Exposure’ (MACE) Scale for the Retrospective Assessment of Abuse and Neglect During Development. // *PLoS ONE.* – 2015. – Vol. 10. – N2. – P. 456–465. – doi.org/10.1371/journal.pone.0117423.
 37. *Trickett P.K., Noll J.G., Putnam F.W.* The impact of sexual abuse on female development: Lessons from a multigenerational, longitudinal research study. // *Development and psychopathology.* – 2011. – Vol. 23. – N2. – P. 453–476. – doi:10.1017/S0954579411000174.

38. *Uhl G.R.* Molecular genetics of substance abuse vulnerability: remarkable recent convergence of genome scan results. // *Ann N. Y. Acad. Sci.* – 2004. – Vol. 1025. – P. 1–13. – pmid: 15717422.
39. *Widom C.S., Hiller-Sturmhofel S.* Alcohol abuse as a risk factor for and consequence of child abuse. // *Alcohol Research & Health.* – 2001. – Vol. 25. – P. 52–57. – doi.org/10.1007/978-1-4615-1289-9_3.
40. *Widom C.S., Marmorstein N.R., White H.R.* Childhood victimization and illicit drug use in middle adulthood. // *Psychology of Addictive Behaviors.* – 2006. – Vol. 20. – P. 394–403. – doi.org/10.1037/0893-164x.20.4.394.
41. *Young K.C., Wolff L.K.S., Kendler M.L., Ericson L.* Accounting for the association between childhood maltreatment and alcohol-use disorders in males: a twin study. // *Psychol. Med.* – 2011. – Vol. 41. – N1. – P. 59–70. – doi.org/10.1017/s0033291710000425.

ADVERSE CHILDHOOD EXPERIENCES IN DRUG ADDICTED PATIENTS AND THE METHODS FOR THEIR RETROSPECTIVE EVALUATION

Katan E.A.¹, Karpets V.V.²

¹ Orenburg State Medical University
6, Sovetskaya st., 460000, Orenburg, Russia

² Orenburg Regional Clinical Narcological Dispensary
8, Dorozhny per., 46004, Orenburg, Russia

Data are presented on the long-term mental health effects due to adverse childhood experiences. Most attention is paid to substance use problem. Psychological, age-related and gender features of alcohol and drug addiction induced by adverse childhood experiences are examined. High incidence of psychiatric disorders and comorbid substance dependence is emphasized. Definitions of the main forms of childhood abuse are given, and basic psychometric methods for retrospective assessment in adults of prevalence, severity and combining of psychologically traumatic childhood experiences are reviewed.

Keywords: *child abuse, child neglect, substance use, adverse childhood experiences, questionnaires.*