

Раздел 1

Факторы риска, психопрофилактика и вопросы охраны психического здоровья в детстве

Глава 1

М.В. Иванов, И.А. Марголина, Г.В. Козловская

Депривация психического развития в сензитивные периоды онтогенеза: взаимодействие биологических и психосоциальных факторов

Психическое развитие и психическое здоровье в детском возрасте связаны с взаимодействием множества биологических и психосоциальных факторов. При этом психическое развитие ребенка не определяется механическим сложением этих факторов. Так, на разных этапах онтогенеза эти факторы характеризуются различной эффективностью влияния, и вклад каждого не линейно изменяется в ходе индивидуального развития человека.

Культурно-исторический подход Л.С. Выготского, на котором базируется отечественная психология, и клиническая психология в частности (Николаева В.В., Арина Г.А., Печникова Л.С., 2014; Бурлакова Н.С., Олешкевич В.И., 2021), дает целостное системное представление о развитии высших психических функций, сознания, поведения, специфически человеческих способностей (см. Выготский Л.С. Собрание сочинений: в 6-ти томах. М.: Педагогика, 1982-1984). Культурное развитие ребенка осуществляется в тесном переплетении с его биологическим (естественным, натуральным) развитием. «Врастание нормального ребенка в цивилизацию представляет обычно единый сплав с процессами его органического созревания. Оба плана развития – естественный и культурный – совпадают и сливаются один с другим. Оба ряда изменений взаимопроникают один в другой и образуют, в сущности, единый ряд социально-биологического формирования личности ребенка» (Выготский Л.С., 1983, С. 31). При этом, чрезвычайно важно отметить, что «Процесс врастания ребенка в культуру

не может быть, с одной стороны, отождествлен с процессом органического созревания, а с другой – не может быть сведен к простому механическому усвоению известных внешних навыков. Если встать на точку зрения, что культурное развитие, как и всякое другое, подчинено своей закономерности, имеет свои внутренние рамки, свои стадии, то вполне естественной оказывается проблема культурного возраста ребенка» (Выготский Л.С., 1983, С. 303). Центральной идеей культурно-исторического подхода в психологии Л.С. Выготского была идея о трансформации натуральных психических функций в высшие психические функции. При этом основное отличие натуральных психических функций и высших психических функций связано с их характеристиками – социальностью, опосредствованием, произвольностью и осознанностью.

Переосмысливая сами закономерности психического развития в контексте представлений культурно-исторического подхода, Л.С. Выготский выделял одну из главных проблем – «социальный вывих», то есть выпадение аномального ребенка из исторически сложившейся, социальной по своей природе системы трансляции общественно-исторического опыта, «настроенной» на нормальный тип развития. Отмечая существенное расхождение между траекториями биологического и культурного развития аномального ребенка, вызванного такими «социальными вывихами», Л.С. Выготский обосновал необходимость и раскрыл широкие возможности социальной компенсации дефекта за счет построения «обходных путей» решения тех задач культурного развития, которые в условиях нормы достигаются традиционными способами (Гончарова Е.Л., 2019). Кроме того, важно понимать, что на каждой стадии онтогенеза можно выделить центральную или ведущую психическую функцию, которая определяет процесс психического развития на определенном возрастном этапе. При этом ее центральный статус обеспечивает ей то, что к концу возраста она становится высшей психической функцией (Карандашев Ю.Н., 1993; Кравцова Е.Е., 2012).

Методологическую значимость приобретает идея Л.С. Выготского о том, что развитие детей с нормативным и аномальным развитием подчиняется одним и тем же закономерностям, обусловленным культурно-историческим происхождением высших психических функций, сознания, специфике человеческих способностей и деятельности. Данное положение опи-

рается на теорию рекапитуляции Г.Я. Трошина о том, что «по существу между нормальными и аномальными детьми нет разницы: те и другие – люди, те и другие – дети, у тех и других развитие идет по одним законам» (Трошин Г.Я., 1915, С. 3).

На протяжении XX в. в отечественной детской психиатрии сложилось схожее представление о природе психического развития детей. Так, В.В. Ковалев в качестве методологической основы изучения психических заболеваний у детей и подростков выделял следующий тезис: «Важнейшая особенность детского и подросткового возраста – непрерывный, но неравномерный процесс развития и созревания структур и функций всего организма, в том числе и центральной нервной системы. Эта особенность, таким образом, характерна и для психического развития, которое происходит в результате контактов ребенка и подростка с окружающей средой. <...> нарушения нервно-психической сферы, возникающие у них при психических заболеваниях, представляют интегративное выражение расстройств биологического и психического созревания» (Ковалев В.В., 1979, С. 10). При этом по мнению В.В. Ковалева «переход от низшего к высшему представляет основное направление в развитии психики человека» (Ковалев В.В., 1979, С. 11). Изменения, возникающие под влиянием психического заболевания, могут являться временным или более стойким сдвигом субординационных отношений между природно-психическим и социально-психическим с «обнажением» и относительным усилением природно-психических явлений. Обращается внимание, что изменения соотношения между социальным и биологическим имеют место при различных типах **психического дизонтогенеза**, выражаемые в различных нарушениях темпа, сроков развития психики в целом и ее отдельных составных частей, а также в нарушении соотношения компонентов развивающейся психики ребенка и подростка (Ковалев В.В., 1979).

В истории изучения психического дизонтогенеза детскими психиатрами и детскими клиническими (медицинскими) психологами выделялись следующие основные его типы: ретардация развития (приостановка развития всех или запаздывание отдельных компонентов психического развития); поврежденное развитие (органическая деменция); дефицитарное развитие (тяжелые нарушения анализаторных систем: зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата, речи, раз-

витие в условиях хронических соматических заболеваний); асинхрония развития (неравномерное, диспропорциональное психическое развитие, сочетающее проявления ретардации, акселерации и поврежденного развития), при котором одни компоненты психики развиваются со значительным опережением, а другие запаздывают, либо происходит усиленное развитие отдельных свойств формирующейся личности, характера, которое ведет к дисгармонии (Римашевская Н.В., 1999). В настоящее время в научно-практических исследованиях широко известна классификация нарушений психического развития или видов психического дизонтогенеза В.В. Лебединского, который посвятил многочисленные исследования изучению психопатологии детского возраста и основал направление – психологию аномального развития (Лебединский В.В., 1985; Бардышевская М.К., 2015).

Психическое развитие в норме, в соответствии с **принципом гетерохронии развития**, проявляется в неравномерности становления различных психических функций в связи с неравномерностью физического развития, становления нервной системы и степенью усвоения социального опыта в процессе совместной деятельности и является результатом сложных межфункциональных перестроек во всем организме. Гетерохрония выражается в определенной временной последовательности смены развития различных фаз овладения деятельностью и ее связей с другими высшими психическими функциями (Шилова Т.А., 1997).

Стоит обратить внимание на то, что возможны индивидуальные вариации в ходе нормативного психического развития, проявляющиеся в неравномерности созревания функций у конкретного ребенка, при сохранности адаптивных способностей ребенка, важного качества для разграничения здоровья и болезни. Например, одни дети могут быть развиты лучше, а другие несколько хуже, чем в среднем сверстники. Гетерохрония или неравномерность развития высших психических функций является нормальным явлением, имеющим приспособительное значение. Так, наряду с биологическими факторами созревания головного мозга, значительную роль в возникновении неравномерности играют социальные факторы, включающие в себя бытовые условия жизни, внутрисемейные отношения, внимание родителей к тем или иным сторонам психического развития ребенка, склонностям или

интересам. Психическое здоровье в раннем детстве связано с формированием привязанности, развитием способности к близким и безопасным отношениям, испытывать, выражать и регулировать эмоции, а также активно исследовать окружающий мир. Так, по мнению С.Н. Зеанан развитие этих способностей ребенка тесным образом связано с качеством заботы о нем, с семейным, культуральным и социальным окружением (Zeana S.H., 2000).

В свою очередь отрицательное социальное воздействие может приводить к психическому дизонтогенезу, выражающемуся в нарушении количественных и качественных характеристик психофизического развития. Особенности психического дизонтогенеза зависят от характера и времени действия патогенного социального фактора. В ряде исследований детских психиатров указывается на то, что психические травмы в детстве влияют на психическое развитие и дальнейшее формирование личности (Платонова Н.В., Козловская Г.В., Белопольская Н.Л., 2013 Finkelhor D., 2017; Hughes K. et al., 2017; Afifi T.O. et al., 2019).

Так, одним из социальных факторов, приводящих к нарушениям психического развития в детстве является **психическая депривация**.

Депривация, как явление, являющееся одновременно психологическим, психиатрическим и социальным, интересует исследователей с давних времен. Еще в средневековых летописях можно найти истории о трагических последствиях депривации на физическое и психическое здоровье человека (Лангмейер Й., Матейчек З., 1984). Тема депривации и жестокого обращения в детском возрасте отражена в народных сказках и написанных позже художественных произведениях, она просматривается в сюжетах «Золушки» Ш. Перо, русской народной сказке «Морозко», сказке «Двенадцать месяцев», приключенческих романах о Тарзане Э.Р. Берроуза и конечно же рассказы про Маугли Р. Кипплинга. Имя героя последнего произведения даже стало нарицательным, обозначающем совокупность симптомов, наблюдающихся у детей, выросших в условиях полной социальной изоляции – синдром Маугли. Влияние социальной депривации на взрослого человека описано в романе Д. Дефо «Робинзон Крузо». Несмотря на несомненный интерес широкой общественности, научное исследование этой проблемы началось относительно недавно,

в середине прошлого столетия. В 1965 г. R. Spitz описал анаклитическую депрессию у младенцев, разлученных с матерью, приводящую к нарушению их соматопсихического состояния, в ряде случаев, со смертельным исходом. Отклонения в психическом развитии детей, в условиях их отрыва от семьи, изучались и другими зарубежными авторами (Bowlby J., 1987 и др.). Большой вклад в изучение данной проблемы принадлежит ряду отечественных авторов. Этими же авторами описаны расстройства коммуникативного развития, напоминающие аутистические расстройства.

Под психической депривацией понимается недостаточность стимуляции психических функций человека. В настоящее время психическая депривация и ее последствия изучаются как в отношении психического развития детей, так и психологического состояния взрослых, так как они также могут подвергаться депривации в условиях длительной изоляции или монотонной деятельности (космонавтика, диспетчерское дело, профессиональный спорт). Но наиболее повреждающее действие депривация оказывает на созревание психических и физических функций в детском возрасте (Котляров В.Л., Козловская Г.В., Полякова Н.В., 2013; Козловская Г.В., 2020 и др.).

Г.В. Козловской (2020) выделяются следующие **виды психической депривации**:

- сенсорная и моторная депривация (слепота, глухота, ДЦП, монотонная деятельность у взрослых)
- когнитивная и информационная депривация (длительная изоляция, дефицит информации)
- психосоциальная депривация: истинное сиротство (отказные дети, брошенные дети), искажение в функционировании системы «мать-дитя» (пренебрежение, жестокое обращение, пролонгированное эмоциональное, физическое и сексуальное насилие в семье).

К *сенсорной депривации* относится недостаточность стимуляции психических функций в условиях слепоты, глухоты, гипокинезии, алалии, монотонии (однообразие, монотонность среды). Разнообразная сенсорная депривация (нарушение зрения, слуха, речи, моторики) определяет специфику психопатологических депривационных формирований. Психические расстройства при сенсорной депривации могут быть весьма разнообразными: от невротических и психопатических

тических до психотических. Выраженные депривационные последствия описываются у слепых и глухих детей. Особый депривационный синдром формируется у врожденно слепого ребенка, развивающийся с первого года жизни и ярко оформленный к трем годам («синдром дезадаптации первых трех лет в условиях слепоты») (Козловская Г.В., 1971). Для него характерно общее двигательное беспокойство или заторможенность, на фоне которых отмечается множество стереотипных движений (кручение на месте, подпрыгивание, взмахивания руками, ковыряние глаз, хореоподобные движения пальцев рук) в сочетании с эпизодами застываний в различных позах. Развитие слабослышащего и глухого ребенка находится под воздействием многих отрицательных факторов: часто это психотравмирующее отношение родителей, сложность добиться понимания, дефицит звуковых раздражителей и ряд других, что пагубно влияет на его психическое развитие (Матвеев В.Ф., Барденштейн Л.М., 1975).

Когнитивная и информационная депривация возникает в условиях, когда человеку не предоставляется достаточной возможности узнавать что-то новое, обучаться, осваивать какую-либо профессию, заниматься общественно-полезным делом, путешествовать. Интерес к последствиям когнитивной и информационной депривации стал особенно острым в последние годы, когда вследствие пандемии (коронавирус) у людей, оказавшихся в условиях вынужденной изоляции, начали выявляться психические нарушения, прямо или косвенно связанные с пребыванием в условиях социальной изоляции (Куфтяк Е.В., 2022).

Очевидно, что перечисленные виды психической депривации редко встречаются изолированно, в каждом конкретном случае можно выявить лишь ведущий вид. В то же время при анализе последствий какого-либо вида депривации всегда заметна роль и других патогенных факторов.

Большую роль в механизме возникновения *психосоциальной депривации* в раннем детстве играет нарушение взаимодействия в диаде «мать-дитя» (Bowlby J., 1987; Проселкова М.О., 1996; Мухамедрахимов Р.Ж., 1999). Одним из важнейших факторов, отрицательно влияющих на психическое развитие при психосоциальной депривации, является нарушение формирования феномена привязанности – взаимной, эмоционально-биологической связи между младенцем и матерью

или лицом ее замещающим, являющейся основой появления у ребенка более дифференцированных эмоций. Важность сформированной привязанности в том, что она позволяет ребенку чувствовать себя в безопасности и лежит в основе его дальнейшего гармоничного социального развития. Дисгармония семейных отношений, психические расстройства у родителей могут привести к нарушению формирования надежной привязанности у ребенка, что оказывает негативное влияние на его гармоничное физическое и психическое развитие. Кроме того, следует отметить, что семейное неблагополучие чаще возникает на фоне социально-экономических, материально-бытовых проблем, алко- или наркозависимости у родителей. Таким образом, становится понятным, почему именно в дисфункциональных семьях наиболее часто дети подвергаются депривации.

Характерными для **материнской депривации** клинические и психологические нарушения, получили название **«синдром сиротства»** (Проселкова М.О., 1996; Кремнева Л.Ф., Проселкова М.Е., Козловская Г.В. с соавт., 2017). Данный синдром включает эмоциональную дефицитарность, нарушения развития коммуникативной функции, патологические привычные действия. Первыми по времени проявляются вегетовисцеральные нарушения в виде расстройств ЖКТ и явления атопического дерматита, анемия, а также снижение иммунитета к простудным заболеваниям. На их фоне отмечаются двигательные расстройства – патологические привычные действия (сосание пальца, яктация), которые сперва выполняют аутостимулятивную функцию и носят заместительный характер. По мере взросления, у части детей они редуцируют, но приблизительно в 60% приобретают навязчивый характер и отмечаются вплоть до препубертатного периода. К ним присоединяются эмоциональные расстройства, клинически не столь очевидные, так как они уже в первые месяцы жизни носят характер так называемой «матовой» депрессии. В дальнейшем аффективный компонент становится менее выраженным, состояние характеризуется эмоциональной тусклостью. Нарушения в сфере влечений при синдроме сиротства проявляются в основном в рамках расстройства приема пищи: у детей отмечается повышенный аппетит, съедая свою порцию, они просят добавки, часто не чувствуя насыщения. Иногда дети могут есть

до рвоты, в таких случаях речь идет о булимии. Несмотря на повышение аппетита данная категория детей отстает в росто-весовых показателях, у них отмечаются симптомы астении. Когнитивные нарушения проявляются с младшего дошкольного возраста и характеризуются низкой познавательной активностью, слабой способностью к абстрагированию. Коммуникативные нарушения становятся заметными также в младшем дошкольном возрасте и проявляются в том, что у детей не формируется привязанность ни к кому из обслуживающего их персонала. В старшем дошкольном возрасте, при отсутствии затруднений в установлении контакта с окружающими, обращает на себя внимание формальность контакта как с детьми, так и со взрослыми, при этом отсутствует его избирательность, способствующая развитию дружеских отношений. В случае раннего начала воздействия депривационного фактора эти нарушения приобретают сходство с синдромом аутизма, что позволило исследователям ввести специальный термин «*депривационный парааутизм*». Важно отметить, что при отсутствии своевременных коррекционных мероприятий становится возможным формирование личности «дефицитарного» типа (Кремнева Л.Ф., Проселкова М.Е., Козловская Г.В. с соавт., 2017), основными чертами которой являются недостаточная эмоциональная дифференцированность, тенденция к установлению формальных контактов (часто в сочетании с их неразборчивостью) вплоть до неспособности к близким дружеским и семейным отношениям (как вариант, матери, сироты в прошлом, чаще оставляют детей в роддоме или отдают их в дом ребенка в последствии), низкая социальная компетентность с подверженностью чужому, часто асоциальному влиянию. В формировании данной личностной патологии ведущая роль отводится нарушению формирования привязанности вследствие отсутствия лица, к которому привязанность должна формироваться.

К психосоциальной депривации относятся и разные формы жестокого обращения с детьми. Так, при воздействии **фактора внутрисемейного физического насилия над детьми** выявляются симптомы астении и соматовегетативные нарушения (дисфункции желудочно-кишечного тракта, нарушения сна, колебания массы тела) (Марголина И.А., 2005). Кроме того, у этих детей выявляются психомоторные

нарушения в виде патологических привычных действий, но с той особенностью, что они отличаются охваченностью, невозможностью «переключения» ребенка, что указывает на роль в их развитии патологии сферы влечений. Эмоциональные расстройства характеризуются выраженным тревожным компонентом на гипотимическом фоне, в ряде случаев проявляются тревожно-фобические расстройства. Характерна динамика эмоциональных расстройств в виде постепенной смены тревожного компонента гипотимного аффекта дисфорическим, который в свою очередь все чаще отмечается на фоне общей эмоциональной дефицитарности.

Для детей из условий внутрисемейного физического насилия характерна задержка познавательного развития, проявляющаяся в низкой познавательной активности, трудностях установления логической связи в отношении абстрактных понятий. Однако успешное использование детьми помощи в дидактической ситуации, способность к логическому переносу и общая «сообразительность» в знакомых бытовых ситуациях свидетельствует именно в пользу социально-педагогической запущенности.

Специфическими для воздействия фактора хронического физического насилия являются аффективно-волевые нарушения, расстройства влечений, которые «встраиваются» в структуру патохарактерологического развития личности ребенка с чертами диссоциального или эмоционально-неустойчивого расстройства личности.

Кроме вышеописанного, следует отметить наличие расстройств приема пищи, встречаемые достаточно часто у детей-жертв хронического физического насилия. Они проявляются в широком диапазоне нарушений, от отказа от приема пищи (вплоть до анорексии) до неумеренного ее употребления, без чувства насыщения, порой до рвоты. В динамике отмечается закономерность нарушений пищевого поведения. Так, при изъятии из семьи или разлучении с лицом, осуществлявшим насилие, данные нарушения постепенно редуцируются, а при сохранении более тесного контакта они могут сохраняться.

Искажение формирования привязанности у данной категории детей становятся заметными с младшего дошкольного возраста и приобретают в динамике более дифференцированный характер, выражающейся в парадоксальности. Так,

привязанность, возникая с периода раннего детства к членам семьи от которых исходила постоянная угроза физического наказания, впоследствии продолжает адресовываться к людям, которые обижали их, подвергая эмоциональному, а порой и физическому насилию, формируя виктимность в их поведении (по типу стокгольмского синдрома). С этим связаны и особенности коммуникативной функции и социального взаимодействия таких детей, выражавшиеся в избирательности контактов в виде предпочтения общения с более сильными сверстниками, которые часто могли обижать и унижать. В дальнейшем дети-жертвы пролонгированного насилия внутри семьи часто могли сохранять этот паттерн, привнося его в свою взрослую жизнь и выбирая в соответствии с ним близких друзей и партнеров. Психопатоподобные расстройства у этих детей проявляются как патологию влечений, так и нарушениями поведения: в дошкольном возрасте агрессия может выражаться в виде немотивированных агрессивных действий по отношению к игрушкам, домашним животным, по мере взросления к более слабым детям по механизму реализации агрессивно-садистического влечения. В подростковом возрасте нарастает патология в сфере влечений, а именно: склонность к побегам, разрушительным действиям, вандализму, раннее начало курения и употребления алкоголя и других психоактивных веществ. Таким образом, у детей-жертв физического насилия отмечается определенная дефицитарность когнитивной, эмоциональной и коммуникативной сфер. При этом выраженность коммуникативных нарушений может позволять говорить о парааутизме, но в отличие от ситуации материнской депривации, для детей-жертв физического насилия характерна определенная избирательность контактов. При этом основными чертами формирующейся личности становятся агрессивность, отсутствие эмпатии в сочетании с виктимностью поведения на фоне избирательности контакта.

Хроническое внутрисемейное сексуальное насилие также вызывает сходные с воздействием описанных выше факторов неспецифические нарушения в виде астенических и соматовегетативных расстройств (Платонова Н.В., 2014). Двигательные нарушения при данном виде депривации менее свойственны, так в раннем возрасте могут отмечаться патологические привычные действия, позднее приобретаю-

щие характер навязчивых действий (трихотилломания, онихофагия), которые не всегда связаны с психотравмирующей ситуацией. К имеющим же связь с психотравмирующим фактором можно отнести встречающиеся у детей-жертв пролонгированного сексуального насилия – мытье рук и тела, одергивание одежды. Аффективные расстройства отмечаются на протяжении всего длительного периода и наряду с тревогой могут выражаться дистимией, постоянной плаксивостью и капризностью. В многих случаях пациентам устанавливался диагноз тревожно-фобического расстройства. В структуре отдаленных последствий наряду с повышенной эмоциональной возбудимостью сосуществует эмоциональное уплощение в виде утраты способности к усвоению этических норм поведения, сперва носящие, вероятно приспособительный, компенсаторный характер.

У детей из условий хронического внутрисемейного сексуального насилия выявляется психический дизонтогенез в виде неравномерности когнитивного развития. При недостаточно развитой познавательной активности и слабом интересе к характерным для данного возраста занятиям и играм, дети проявляют осведомленность в вопросах сексуальных отношений, в их речи часто проскальзывают «взрослые» обороты и несвойственные их возрасту циничные суждения.

Среди клинико-психологических особенностей и психических расстройств, характерных для детей при воздействии данного психогенного фактора встречаются: расторможенность сексуального влечения, сексуализированность игр, рисунков, фантазий и поведения, а также более выраженная аутизация и элементы деперсонализационно-дереализационных расстройств (отчуждение собственных телесных ощущений, чувство, что «это происходит не со мной»). У рассматриваемых детей также присутствуют симптомы, указывающие на искажение влечений, выражающийся в виде несвойственного возрасту расторможения сексуального влечения. Кроме того, встречаются расстройства пищевого поведения, включающие в себя широкий диапазон девиаций: от ограничения в употреблении пищи до избирательности, в ряде случаев носящее вычурный характер. Встречаются случаи бесконтрольного употребления пищи, что также свидетельствует о расторможении влечений. У жертв сексу-

ального насилия избирательность в еде может сохраняться достаточно долго в независимости от того, продолжает ли жертва взаимодействовать с насильником.

Нарушение формирования привязанности занимает значительное место в искажении формирования личности, проявляется амбивалентная привязанность к насильнику, которая одновременно вызывает чувство вины, стыда и избегание общения, что в дальнейшем проявляется в более выраженной социальной отгороженности жертв насилия, недоверии к окружающим. Возникает нарушение коммуникативной сферы, но по сравнению с жертвами физического насилия у детей описываемой группы (жертвы сексуального насилия) имеется большая тенденция к аутизации. Следовательно, у детей-жертв сексуального насилия, также отмечается определенная дефицитарность когнитивной, эмоциональной сферы и коммуникативной функций, но с большей, чем в случае физического насилия, степенью ее диссоциированности.

Н.В. Платоновой (2014) показано, что по мере взросления детей происходит нарастание признаков патохарактерологического формирования личности. При воздействии данного патогенного фактора отмечаются некоторые различия в динамике психопатологических нарушений в зависимости от пола. Так, подростки мужского пола чаще демонстрируют девиантное поведение в виде повышенной аффективной возбудимости, агрессивности, тенденций к копированию поведения насильника. У подростков женского пола более выражены эмоциональные нарушения, психосоматические расстройства и сексуализированное поведение. В целом, формирующаяся личность у детей-жертвы пролонгированного сексуального насилия имеет черты эмоциональной неустойчивости, в ряде случаев астенические, а также смешанные истероэпилептоидные или истерошизоидные черты.

Ниже приведена сравнительная характеристика выявленных клинико-психологических особенностей и психопатологических нарушений при разных факторах психосоциальной депривации (см. табл.).

Таблица.
Клинико-психологические и психопатологические нарушения при действии
разных факторов психосоциальной депривации

Вид нарушений	Факторы психосоциальной депривации		
	Материнская депривация	Пролонгированное внутрисемейное физическое насилие	Пролонгированное внутрисемейное сексуальное насилие
Когнитивные нарушения	Психический дизонтогенез с недоразвитием абстрактного мышления при сохранной способности к логическому переносу. Познавательная активность чаще снижена.	Психический дизонтогенез с недоразвитием абстрактного мышления, при сохранной способности к логическому переносу, часто социально-педагогическая запущенность. Познавательная активность низкая.	Психический дизонтогенез с недоразвитием абстрактного мышления, повышенным интересом и осведомленностью в вопросе сексуальных отношений. Познавательная активность чаще низкая.
Эмоциональные нарушения	«Матовая» депрессия, часто с астеническим компонентом, в раннем и дошкольном возрасте. Эмоциональная дефицитарность в более старшем возрасте.	Тревожная депрессия в раннем и дошкольном и младшем школьном возрасте. Дисфорическая депрессия в пре- и пубертатном периоде. Эмоциональная дефицитарность в более старшем возрасте.	Тревожная депрессия в раннем и дошкольном младшем школьном возрасте. Эмоциональное уплощение в подростковом возрасте с несформированностью этических ориентиров

Невротические расстройства, патологические реакции, психопатоподобные и неврозоподобные нарушения	Трансформация патологических привычных действий в навязчивые, астено-невротические реакции, системные неврозы и ситуационно возникающие патологические реакции, отмечающиеся на фоне общей дефицитарности.	Неврозо- и психопатоподобные нарушения, в структуре которых прослеживается патология влечений. Трансформируются в нарушение формирования личности.	Навязчивые движения, как связанные, так и не связанные с содержанием психотравмирующей ситуации. Патохарактерологические реакции и развитие личности смешанного (мозаичного типа). Трансформируются в нарушение формирования личности.
Коммуникативные нарушения	Формальность контакта.	Менее выражены. Отгороженность, избирательность контактов	Более выражены. Часто избегание контактов
Формирование привязанности	Отсутствие или недостаточная способность к формированию привязанности.	Амбивалентный тип привязанности. Парадоксальный тип привязанности (привязанность к обидчику).	Амбивалентный тип привязанности.
Двигательные нарушения	Патологические привычные действия с тенденцией к трансформации в навязчивые действия.	Патологические привычные действия с чертами патологии влечений (охваченность, трудность отвлечения и переключения).	Навязчивые движения, как связанные, так и не связанные с содержанием психотравмирующей ситуации.
Обратимость нарушений	Возможна полная обратимость лишь при раннем вмешательстве.	Возможна полная обратимость при своевременном вмешательстве.	Возможна полная обратимость при своевременном вмешательстве.

Таким образом, психосоциальные факторы (родительская депривация, хроническое физическое и сексуальное насилие) влияют на гармоничное психическое развитие в детском возрасте, так как вследствие их воздействия возникает психический дизонтогенез, в рамках которого отмечаются как неспецифические психические нарушения, так и специфические симптомокомплексы, характерные для каждого из вышеописанного психотравмирующего фактора.

Взаимодействие биопсихосоциальных факторов также отчетливо проявляется в ситуации ***нарушений психического развития, обусловленных болезнью, как соматической, так и психической, в частности психотической природы.***

Соматогенное обусловливание нарушений психического развития в детстве связано с длительными, нередко хроническими заболеваниями, пороками развития органов и систем (сердца и др.). К данной категории относятся и часто болеющие дети, с частыми респираторными инфекциями (пять и более заболеваний в год). В литературе чаще приводится описание задержки психического развития, обусловленной соматическим заболеванием (Лебединская К.С., 1969). Отмечается, что в ситуации соматической болезни хроническая физическая и психическая астения тормозит развитие активных форм психической деятельности и способствует формированию психического инфантилизма, эмоциональной незрелости, робости, боязливости, неуверенности в своих силах при относительной сохранности интеллекта (Лебединский В.В., 1985). Нарушения психического развития могут характеризоваться не только задержкой развития, но и регрессом в психическом развитии, утратой ранее сформированных навыков и умений, в связи с постепенным ухудшением соматического состояния при взрослении ребенка.

Ситуация соматической болезни включает в себя собственно соматическую патологию, а также совокупность психогенно-ситуационных воздействий, таких как частые госпитализации, медицинские процедуры, соблюдение ребенком ограничений или запретов, социальную изоляцию и информационную депривацию, которые оказывают на ребенка негативное психологическое влияние, ограничивая его способности к гармоничному психологическому развитию и успешной социальной адаптации. Кроме того, ситуация соматической болезни ребенка связана и с экономическими затратами, свя-

занными с лечением, что оказывает значительное воздействие на членов семьи, систему здравоохранения и общество в целом (Лифинцева А.А., 2015).

В клинико-психологических исследованиях фокусируется внимание на то, что к детям соматически ослабленным, с хроническими заболеваниями и часто болеющим, родители и ближайшее окружение относятся с гиперопекой, с целью избавления их от малейших трудностей и создания комфортных условий. Родительским желанием максимально облегчить существование ребенку, взрослые, сами того не желая, лишают ребенка необходимых жизненных задач, которые должны способствовать гармоничному психическому развитию, в том числе социализации телесных или психосоматических функций у данной категории детей.

Роль семьи в становлении и развитии личности ребенка достаточно велика, при этом процесс взаимоотношения родителей и детей в сочетании с другими биопсихосоциальными факторами, влияющими на ход психического развития, составляют специфическую характеристику социальной ситуации развития ребенка. Кроме того, специфика родительского отношения к детям с разными нарушениями развития обуславливается спецификой заболевания ребенка (Белопольская Н.Л., 2023), а особенности этих взаимоотношений рассматриваются как сложные нравственно-психологические и социально-педагогические явления, связанные с глубокими психологическими, медицинскими и социальными причинами (Котова Е.В., 2003). В контексте исследований культурно-исторической клинической психологии болезнь рассматривается как особое событие в жизни человека, создающее ситуацию психологического кризиса и изменяющее социальную ситуацию развития (Николаева В.В., 1987). В рамках традиций данного направления телесность рассматривается как аналог высших психических функций. Таким образом, телесность встраивается в общий ход психического развития как его необходимое условие и инструмент и аналогично любой психической функции приобретает знаково-символический характер, «культурную» форму (Николаева В.В., Арина Г.А., 1996; Тхостов А.Ш., 2002). На примере различных заболеваний исследователями показываются патологические пути развития телесности (психосоматическое развитие) в раннем детстве, получившие обобщенное обозначение – психосо-

матический дизонтогенез (Николаева В.В., Арина Г.А., 1996; Мотовилин О.Г., 2001; Воронина С.Н., Маскова Г.С., 2010; Комолов Д.А., 2019). Механизмы развития или социализации телесности, психосоматический онтогенез и дизонтогенез в настоящее время до конца не раскрыты и представляют научный и практический интерес.

Воздействие психического расстройства, как биологического фактора, на траекторию психического развития в детском возрасте вызывает интерес у исследователей, описываются специфические варианты психического дизонтогенеза в детском возрасте, например, характерные особенности нарушений когнитивного развития, и нарушения в других психических сферах, специфичных для той или иной психиатрической нозологии (Лебединский В.В., 1985; Зверева Н.В., 2013). В структуре психических расстройств в детском возрасте нередко встречаются психотические состояния, одним из которых является кататония или кататонический синдром – транснозологический синдром с трудно прогнозируемыми временными границами патогенного воздействия, способный вызывать выраженные нарушения психического развития в виде остановки или регресса развития в детстве (Куликов А.В., 2020). В настоящее время к данной проблеме вновь обращается внимание исследователей, хотя более чем век назад приват-доцент и главный врач клиники психических и нервных болезней Университета в городе Киль в Германии Ю. Рейке (J. Raecke), в труде 1908 г. “Katatonie im Kindesalter” («Кататония в детском возрасте») отмечал – «Родители детей часто считают не важным кратковременное возбуждение, перенесенное ребенком, и вовсе забывают о нем <...> Не следует удивляться тому, что кататония у детей приводит к таким постоянным и глубоким дефектам. В то время как у взрослых обычно знания, закрепленные в памяти, кататонией почти не затрагиваются, у ребенка ей достаточно затронуть его трудоспособность для того, чтобы лишить его возможности приобрести обычные знания, таким образом умственное развитие ребенка тормозится. В результате создается впечатление что ребенок с детства страдал слабоумием» (перевод с немецкого языка А.В. Куликова) (Raecke J., 1908).

В качестве иллюстрации стоит привести феноменологическое описание кататонии при детских психозах, которая может проявляться в гиперкинезии – избыточной однообразной

двигательной активности, кружениях, беге (ходьбе взад-вперед (по кругу); эпизодах мышечного напряжения, гипертонуса мышц верхних конечностей, жевательных мышц; импульсивности; негативизме – нарушениях контакта (зрительного, вербального, тактильного); мимических нарушениях – гримасах, различных тиках, гипо- и амимии; речевых нарушениях – мутизме, эхолалиях, импульсивных выкриках звуков, скандированности; стереотипных движениях верхними конечностями (потряхивание, взмахи руками, похлопывание, перебирание, закладывание и скрещивание пальцев) и в нижних конечностях (ходьба на цыпочках, протаптывание, стереотипные прыжки и др.) (Куликов А.В., 2020).

Кроме некоторой схожести кататонии с различными поведенческими проявлениями возрастных кризисов, поведенческими проблемами, отражающими наличие дисгармонии в родителско-детских отношениях, а также с синдромом дефицита внимания и гиперактивности, кататония в раннем онтогенезе способна вызвать тяжелые, а в ряде случаев необратимые последствия, сравнимые с депривационным воздействием. По сути, кататония, как нейробиологический фактор, носит депривирующий характер в раннем возрасте, периоде активного психического развития, что делает вероятным риск пропуска сензитивных периодов онтогенеза, чрезвычайно важных для гармоничной траектории психического развития.

В силу нарушенного равновесия взаимодействия биопсихосоциальных факторов могут отмечаться нарушения развития ребенка в сензитивные периоды, может оказываться недоступно развитие или вовсе не происходит возрастной сензитивности (Калашникова М.Б., 2007).

Вовремя выявленные врачом-психиатром симптомы психического расстройства (кататонии), позволяет определить прогноз развития и возможности психолого-педагогической (ре)абилитации. Ребенок, находящийся в психотическом состоянии оказывается недоступным к эффективным коррекционно-развивающим воздействиям. При психическом расстройстве требуется своевременное медикаментозное лечение, позволяющее на следующем этапе оказания помощи ребенку вовремя начать психолого-педагогическую развивающую работу.

Вовремя оказанная помощь чрезвычайно важна в ситуации манифестации психического расстройства в границах

сензитивных периодов онтогенеза, что препятствует механизму перехода ребёнка на следующий этап психологического развития. В связи с этим вспоминаются слова профессора Н.В. Симашковой – «пропущенный диагноз – утраченная жизнь» (Симашкова Н.В., 2012).

Заключение

В связи с вышеотмеченным действием различных биопсихосоциальных факторов и взаимодействия этих факторов в детском возрасте является важным для определения и подбора комплекса медико-психолого-педагогических мер, включающих развитие скрининговых исследований риска возникновения различных нарушений психического развития, своевременную психиатрическую диагностику в раннем возрасте и семейную психотерапию, психолого-педагогическую абилитацию и профилактическую помощь в благоприятные онтогенетические периоды – ранний и младший дошкольный возраст (см. Иванов М.В., 2023). Немаловажным компонентом организации комплексной помощи детям является – разработка просветительской (психообразовательной) деятельности в условиях педиатрических, психиатрических и образовательных учреждений, направленной на повышение осведомленности родителей и специалистов в вопросах психического развития и сохранения психического здоровья детей и семьи.

Литература

- Бардышевская М.К.* Искаженный дизонтогенез: развитие идей В.В. Лебединского // Педиатр. 2015. Т. 6. № 4. С. 85-89. DOI: 10.17816/PED6485-89
- Белопольская Н.Л.* Стили воспитания в семьях детей с отклонениями в развитии // Раннее детство: психологическая абилитация и профилактика нарушений психического развития: коллективная монография / Отв. редактор М.В. Иванов. М.: Московский институт психоанализа, 2023. С. 104-113. EDN: WNAJVF
- Бурлакова Н.С., Олешкевич В.И.* Линия методологических и прикладных разработок российской культурно-исторической клинической психологии, ориентированной на работу с индивидуальным случаем // Консультативная психология и психотерапия. 2021. Т. 29, № 4. С. 144-163. DOI: 10.17759/crp.2021290409

- Воронина С.Н., Маскова Г.С.* Анализ медико-социально-психологического статуса дошкольника из группы риска по формированию бронхиальной астмы. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2010. №4. URL: <https://elibrary.ru/fmqlnx> EDN: FMQLNX
- Выготский Л.С.* История развития высших психических функций // Собр. соч.: в 6 т. Т. 3. Проблемы развития психики. М., 1983. 368 с.
- Гончарова Е.Л.* Культурно-историческая традиция в специальной психологии // Альманах Института коррекционной педагогики. 2019. № 39 (3). С. 41-56. EDN: VJZMUR
- Зверева Н.В.* Психический и когнитивный дизонтогенез в детской клинической психологии // Медицинская (клиническая) психология: традиции и перспективы (К 85-летию Юрия Федоровича Полякова). М., 2013. С. 121-131.
- Иванов М.В.* Риск-центрированный подход и психическое здоровье в раннем детстве // Раннее детство: психологическая абилитация и профилактика нарушений психического развития: коллективная монография / Отв. редактор М.В. Иванов. М.: Московский институт психоанализа, 2023. С. 11-35. EDN: WHRZOK
- Калашникова М.Б.* Развитие идей Л.С. Выготского о сензитивных периодах онтогенеза в современной отечественной и зарубежной психологии // Культурно-историческая психология. 2007. Т. 3, № 3. С. 33-41. EDN: JXUITZ
- Карандашев Ю.Н.* Основы возрастной диагностики психического развития в раннем детстве. Минск.: МП Д-Р КАРА, 1993. 184 с.
- Ковалев В.В.* Психиатрия детского возраста (руководство для врачей). М.: Медицина, 1979. 608 с.
- Козловская Г.В.* Особенности психических нарушений у детей с глубокими нарушениями зрения // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1971. № 10. С. 12-15.
- Козловская Г.В., Марголина И.А., Иванов М.В. и др.* Психические нарушения в детском возрасте. Психическая депривация. Коллективная монография. Под ред. проф. Г.В. Козловской. Тверь: ООО «Издательство «Триада». 2020. 208 с.
- Комолов Д.А.* Особенности аффективных и когнитивных компонентов в структуре репрезентации тела у детей и подростков с различными группами здоровья: Автореф. дисс. ... канд. психол. наук. Томск, 2019. 23 с.

- Котляров В.Л., Козловская Г.В., Полякова Е.О.* Роль депривационной монотонии как психогенного факторов психическом дизонтогенезе детей и подростков // Психическое здоровье. 2013. № 1. С. 45-50. EDN: QYWYWL
- Котова Е.В.* Особенности родительского отношения к соматически больным детям старшего дошкольного возраста: на примере часто болеющих детей и детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата: Автореф. дисс. ... канд. психол. наук. Казань, 2003. 22 с.
- Кравцова Е.Е.* Культурно-исторические основания трансформации натуральных психических функций в высшие психические функции // Вестник РГГУ. Серия: Психология. Педагогика. Образование. 2012. № 15 (95). С. 87-102. EDN: PLVTVR
- Кремнева Л.Ф., Проселкова М.Е., Козловская Г.В., Иванов М.В.* К вопросу об этиологии синдрома сиротства // Социальная и клиническая психиатрия 2017. Т. 27, № 1. С. 20-25. EDN: YIZWQJ
- Куликов А.В.* Кататонические и кататонно-регрессивные расстройства при психотических формах расстройств аутистического спектра у детей: клиническая картина и подходы к терапии // Психиатрия и психофармакотерапия. 2020. Т. 22, № 4. С. 21-24. EDN: EFSLQG
- Лангмейер Й., Матейчек З.* Психическая депривация в детском возрасте. Прага, ЧССР: Авиценум, 1984. 335 с.
- Лебединская К.С.* Психические нарушения у детей с патологией темпа полового созревания. М.: Медицина, 1969. 156 с.
- Лебединский В.В.* Нарушения психического развития у детей. М.: Изд-во МГУ, 1985. 167 с.
- Лифинцева А.А.* Психосоциальные факторы психосоматических нарушений у детей и подростков: Автореф. дисс. ... д-ра психол. наук. М., 2015. 52 с.
- Марголина И.А., Платонова Н.В., Иванов М.В., Козловская Г.В.* Проблема внутрисемейного физического и сексуального насилия над детьми. Диагностика, клиника и коррекция: пособие для специалистов. М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2019. 40 с. EDN: JUWBDO
- Марголина И.А.* Психический дизонтогенез у детей из условий хронического внутрисемейного насилия: Дисс. на соиск. ученой степени канд. мед. наук. М., 2005. 200 с.

- Матвеев В.Ф., Барденштейн Л.М.* Закономерности патологических форм личности у детей с ранее приобретенной глухотой // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1975. № 10. С. 24-31.
- Мотовилин О.Г.* Развитие представлений о собственном теле у детей в условиях семьи и интерната: дисс. ... канд. психол. наук. М., 2001. 188 с.
- Мухамедрахимов Р.Ж.* Психологическое взаимодействие матери и ребёнка: дисс. на соиск. ученой степени д-ра психол. наук. СПб., 1999. 431 с.
- Николаева В.В.* Влияние хронической болезни на психику: психологическое исследование. М.: Издательство Московского университета, 1987. 166 с.
- Николаева В.В., Арина Г.А.* От традиционной психосоматики к психологии телесности // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. 1996. № 2. С. 8-18.
- Николаева В.В., Арина Г.А., Печникова Л.С.* Культурно-деятельностная парадигма в клинической психологии // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика: электрон. науч. журн. 2014. № 4 (6) [Электронный ресурс]. URL: http://www.medpsy.ru/climp/2014_4_6/article03.php
- Платонова Н.В.* Клиническая картина психических расстройств и особенностей психического развития у детей, подвергшихся сексуальному насилию. Дисс. на соискание ученой степени канд. мед. наук. М., 2014. 184 с.
- Платонова Н.В., Козловская Г.В., Белопольская Н.Л.* Психические нарушения у детей раннего возраста, подвергшихся сексуальному насилию // Психиатрия и психофармакотерапия. 2013. Т. 15. № 5. С. 33-36. EDN: RTEQMV
- Проселкова М.О.* Особенности психического здоровья детей-сирот: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 1996. 25 с.
- Римашевская Н.В.* Дизонтогенез. В кн.: Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста. / Под ред. С. Ю. Циркина. СПб.: Питер, 1999. С. 292-294.
- Семья и дети в условиях пандемии. Клинические и психологические аспекты. монография под ред. Е.В. Куфтыак. М: Московский институт психоанализа – Когито-Центр, 2022. 231 с.
- Симашкова Н.В.* Рецензия – ответ на разбор случая Королевского медицинского общества. «Пропущенный диагноз – утраченная жизнь» // Современная терапия в психиатрии и неврологии. 2012. № 1. С. 32-34.

- Трошин Г.Я.* Антропологические основы воспитания. Сравнительная психология нормальных и ненормальных детей: в 2 т. Т. 1. Процессы умственной жизни. Петроград: Школлаечебница д-ра мед. Г.Я. Трошина, 1915. 404 с.
- Тхостов А.Ш.* Психология телесности. М.: Смысл, 2002. 287 с.
- Шилова Т.А.* Влияние неравномерности и гетерохронности в психическом развитии учащихся на отставания в учении и отклонения в поведении: Автореф. дисс. ... д-ра психол. наук. М., 1997. 45 с.
- Afifi T.O., Fortier J., Sareen J. et al.* Association so harsh physical punishment and child maltreatment in childhood with antisocial behaviors in adulthood // JAMA Network Open. 2019. Vol. 2 (1). P. e187374. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2018.7374
- Ainsworth M.D., Bell S.M.* Attachment, exploration, and separation: illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation // Child Development. 1970. Vol. 41 (1). P. 49-67. DOI: 10.2307/1127388
- Bowlby J.* Defensive processes in the light of attachment theory. In D.P. Schwartz, J.L. Sacksteder, & Y. Akabane (Eds.), Attachment and the therapeutic process: Essays in honor of Otto Allen Will, Jr. Ross, Donald R. M.D. International Universities Press, Inc. 1987 P. 63-79.
- Finkelhor D.* Screening for adverse childhood experiences (ACEs): Cautions and suggestions // Child Abuse & Neglect. 2017. Vol. 85 (July). P. 174-179. DOI: 10.1016/j.chiabu.2017.07.016.
- Hughes K., Bellis M.A., Hardcastle K.A. et al.* The effect of multiple adverse childhood experiences on health: Asystematic review and meta-analysis // The Lancet Public Health. 2017. Vol. 2 (8). P. e356-e366. DOI: 10.1016/S2468-2667(17)30118-4
- Raecke J.* Katatonie im Kindesalter // Archiv f r Psychiatrie und Nervenkrankheiten. 1908. № 45. P. 245-279. DOI: 10.1007/BF01810547
- Spitz R.* The First year of life: a psychoanalytic study of normal and deviant development of object relations. International Universities Press, New York, 1965. 394 p.
- Zeanah C.H.* Handbook of Infant Mental Health. New York: Guilford Press, 2000. 678 p.