

**ФГБУ “Федеральный медицинский  
исследовательский центр психиатрии и наркологии  
имени В.П. Сербского”  
Министерства здравоохранения Российской  
Федерации**

**ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ  
И ПОДРОСТКОВ, ПОСТРАДАВШИХ  
ОТ ПРЕСТУПЛЕНИЙ СЕКСУАЛЬНОГО  
ХАРАКТЕРА  
(клинический и клинико-психологический  
аспекты)**

*Методические рекомендации*



**Москва - 2015**

УДК  
ББК 56.14  
М15

Методические рекомендации составлены сотрудниками ФГБУ “ФМИЦПН им. В.П. Сербского” Минздрава России: доктором медицинских наук, профессором **Е.В. Макушкиным**, кандидатом медицинских наук **В.Д. Бадмаевой**, доктором психологических наук, профессором **Е.Г. Дозорцевой**, кандидатом медицинских наук **М.Ю. Каменсковым**, кандидатом медицинских наук **И.А. Чибисовой**, кандидатом психологических наук **С.А. Терехиной**, младшим научным сотрудником **Е.В. Нуцковой**.

Методические рекомендации утверждены на заседании Ученого совета ФГБУ “ФМИЦПН им. В.П. Сербского” Минздрава России 6 декабря 2013 г., протокол №11.

Рецензенты:

**Н.К. Харитонов** – доктор медицинских наук, профессор, руководитель Отдела судебно-психиатрических экспертиз в гражданском процесс ФГБУ “ФМИЦПН им. В.П. Сербского” Минздрава России;

**Н.В. Симашкова** – доктор медицинских наук, заведующая Отделом детской психиатрии ФГБНУ “НЦПЗ”;

**И.В. Макаров** – доктор медицинских наук, руководитель отделения детской психиатрии ФГБУ “НИПНИ им. В.М. Бехтерева” Минздрава России.

М15 Макушкин Е.В., Бадмаева В.Д., Дозорцева Е.Г., Каменсков М.Ю., Чибисова И.А., Терехина С.А., Нуцкова Е.В. **Психические расстройства у детей и подростков, пострадавших от преступлений сексуального характера (клинический и клинико-психологический аспекты):** Методические рекомендации. – М.: ФГБУ “ФМИЦПН им. В.П. Сербского” Минздрава России, 2015. – 26 с.

*В методических рекомендациях описаны клинические формы психических расстройств, возникающих у несовершеннолетних жертв сексуального насилия. Выделены непосредственные и отдаленные последствия перенесенной ими сексуальной травмы. Охарактеризованы основные этапы комплексной психолого-сексолого-психиатрической экспертизы детей и подростков, потерпевших от преступлений сексуального характера, обозначены границы компетенции специалистов, принимающих в ней участие, приведены критерии оценки психического состояния несовершеннолетних.*

*Для педиатров, семейных врачей, детских и подростковых психиатров, а также специалистов смежных областей (психологов, педагогов, социальных работников).*

ББК 56.14

© Группа авторов, 2015.

© ФГБУ “ФМИЦПН” им. В.П. Сербского  
Минздрава России, 2015.

## **ВВЕДЕНИЕ**

Одной из наиболее важных и актуальных проблем в области защиты прав и интересов несовершеннолетних является своевременное выявление преступлений, совершаемых против их половой неприкосновенности, комплексная оценка психического и психологического состояния пострадавших, а также оказание им необходимой медико-психологической помощи. Несмотря на некоторую противоречивость статистических данных относительно распространенности случаев сексуального насилия над детьми и подростками, необходимо констатировать крайне неблагоприятную криминальную ситуацию в России, сложившуюся в этой сфере за последние десятилетия.

Согласно последним криминологическим данным, отмечается значительный рост числа сексуальных преступлений в отношении несовершеннолетних. Так, каждая четвертая жертва, подвергшаяся изнасилованию, и почти каждая вторая жертва (42%) насильственных действий сексуального характера – несовершеннолетняя. В структуре общей картины преступности в отношении детей и подростков правонарушения сексуального характера составляют хотя и не самую большую, но в то же время постоянно растущую часть. По сравнению с 2003 г., когда в отношении детей и подростков было совершено 42 985 преступлений, из них сопряженных с насильственными действиями сексуального характера – 4628, в 2010 г. эти показатели выросли более чем в 2 раза и составили 97 159 и 9 524 соответственно. За этот же период почти в 8 раз возросло число детей, потерпевших от ненасильственных форм сексуальных преступлений. Спустя 2 года тенденция к росту сохранялась. Так, за 2012 г. против половой неприкосновенности несовершеннолетних в России было совершено 8,8 тыс. преступлений, в том числе 4,4 тыс. изнасилований и насильственных действий

сексуального характера (3,2 тыс. из них – в отношении малолетних), около 3,7 тыс. правонарушений – без применения насилия. Жертвами сексуальных правонарушений наряду с несовершеннолетними женского пола зачастую становятся мальчики (так, их доля в структуре лиц, потерпевших до достижения 16-летнего возраста от ненасильственных половых преступлений, составляет более 40%).

Важность своевременного выявления случаев сексуального злоупотребления в отношении детей и подростков определяется теми неблагоприятными медицинскими, психологическими и социальными последствиями, которые впоследствии оказывают влияние на все сферы их жизни. Сексуальное насилие ведет к тяжелым психологическим травмам, которые, надолго оставаясь в памяти, дезорганизуют психическую деятельность ребенка, оказывают существенное влияние на процесс формирования его личности, самооценку и отношение к себе, психосексуальную идентичность, во многом определяют характер его будущих межличностных отношений.

Вместе с тем необходимо констатировать, что комплексная и всесторонняя оценка психического состояния несовершеннолетних потерпевших от сексуальных деликтов на практике представляет собой сложную и ответственную диагностическую задачу и сопряжена с многочисленными трудностями. Это связано в первую очередь с широким спектром разнообразных нарушений жизнедеятельности несовершеннолетних, как достигающих клинического уровня выраженности, так и не попадающих в поле зрения врача-психиатра. Проявления нарушений психического функционирования детей при сексуальных деликтах сильно варьируют по глубине – от незначительных изменений в психоэмоциональном состоянии до тяжелых посттравматических стрессовых расстройств и диссоциативных расстройств личности. Помимо этого, негативные последствия сексуального насилия в отношении ребенка могут зависеть от многочисленных факторов, связанных как с особенностями сексуального правонарушения и условиями, в которых оно было совершено, так и с особенностями самого несовершеннолетнего. Сексуальное насилие может иметь различные последствия

для потерпевших, находящихся на разных этапах возрастного развития, обладающих теми или иными индивидуально-психологическими особенностями, а также испытывающих на себе воздействие дополнительных неблагоприятных факторов. В зависимости от временных характеристик специалистами принято выделять непосредственные и отсроченные последствия сексуального насилия. Первые из них проявляются практически сразу (после совершенного правонарушения), что облегчает установление причинно-следственных связей между фактом насильственных действий и ухудшением психического и психологического состояния потерпевшего. Действие дополнительных психотравмирующих факторов, таких, например, как участие в допросе по делу, очная ставка с обвиняемым, прохождение судебной экспертизы, носит опосредованный характер, способствуя актуализации психотравмирующих переживаний, связанных с ситуацией насилия, что может привести к последующей его ретравматизации. Отсроченные последствия сексуальных правонарушений могут наблюдаться спустя длительное время, проявляясь в характере межличностных отношений и, в частности, в способности к установлению близких долговременных взаимоотношений с представителями противоположного пола.

Изучение влияния сексуального насилия на развитие и психическое здоровье детей, особенности и структуру течения формирующихся у них психических расстройств, а также психологических последствий сексуальных правонарушений, в том числе на формирование их психосексуальной идентичности, определяет актуальность и практическое значение данных методических рекомендаций.

### **Виды сексуального злоупотребления и насилия над детьми и их юридическая квалификация**

В соответствии с определением ВОЗ (2003) под *сексуальным насилием над ребенком* понимается его вовлечение в сексуальную активность, значение которой он полностью не осознает, на которую не может дать информированного согласия, к которой

ребенок не подготовлен по уровню своего развития или которая нарушает законы или социальные табу общества.

Сексуальное злоупотребление включает в себя широкий спектр действий, связанных тем или иным образом с нарушением половой неприкосновенности детей и подростков и их использованием взрослым или другим несовершеннолетним для реализации собственных целей сексуального характера, а также направленных на удовлетворение других его потребностей. Оно может происходить как с применением насилия и принуждения к ребенку, так и на добровольной основе.

К фактам сексуального злоупотребления ребенком могут быть отнесены следующие формы поведения:

- принуждение его к участию в любой противозаконной сексуальной активности;
- использование ребенка в целях проституции;
- использование детей в постановках, а также различных печатных, фото- и видеоматериалах порнографического характера, часто распространяемых в Интернет-пространстве;
- вовлечение детей и подростков в деятельность тоталитарно-деструктивных сект, в основу которых положена определенная идеология сексуальных отношений с ребенком.

В настоящее время специалистами принято выделять несколько основных типов сексуального насилия в отношении несовершеннолетних.

*Внесемейный тип сексуального насилия* в большинстве случаев представляет собой однократный эпизод, связанный с грубым и агрессивным поведением по отношению к ребенку со стороны незнакомого или мало знакомого лица. Как правило, действия сексуального характера постороннего взрослого человека при таком типе насилия отличаются внезапностью и непредсказуемостью для ребенка. В связи с этим подобные правонарушения способны оказывать на него выраженное психотравмирующее влияние.

*Внутрисемейный тип сексуального насилия* предусматривает наличие сексуальных связей между близкими кровными родственниками: родителями и детьми, сиблингами, пра-

родителями и внуками. К внутрисемейному типу относится также сексуальное насилие над ребенком, осуществляемое лицом, функционально замещающим отца (дядя, отчим). Использование ребенка в качестве сексуального объекта со стороны лиц его ближайшего окружения, являясь одной из самых тяжелых форм уголовно наказуемых преступлений сексуального характера, свидетельствует о наличии серьезных и необратимых нарушений в функционировании семейной системы в целом. В большинстве случаев инцестуозные действия совершаются в дошкольном, младшем школьном или пред-подростковом возрасте, сочетаясь на разных этапах с другими формами жестокого обращения (суровые наказания, избиения, вербальные оскорбления, сверхжесткий контроль поведения ребенка). Принимая в дальнейшем форму продолжительного сожительства, такие взаимоотношения между жертвой и насильником имеют определенную динамику. На начальном этапе противоправное поведение взрослого по отношению к ребенку представляет собой эпизодически совершаемые им разнообразными действия развратного характера, включающие прикосновения к половым органам, разглядывание обнаженного тела ребенка, демонстрацию взрослым своих половых органов, стимулирование ребенка к тактильным контактам с половыми органами взрослого и т.д. Впоследствии сексуальное злоупотребление становится регулярным, приобретает генерализованный характер, включая различные формы орально-генитального, анально-генитального и генитально-генитального контакта. Для детей младших возрастных групп сексуально окрашенные действия взрослого могут восприниматься как одно из общепринятых нормальных проявлений родительской любви или особый вид игрового взаимодействия. В случае отказа ребенка от предлагаемых действий лицо, осуществляющее насилие, может использовать такие формы воздействия на него, как угроза наказанием, предъявление встречного обвинения в происхождении, лишение жизненно необходимых благ. При этом у жертвы актуализируются чувства стыда, собственной вины и ответственности, ощущение своей неполноценности, беспомощности, а также безвыходности сложившейся ситуации.

В последнее время получает все большее распространение новый вид сексуальных преступлений против несовершеннолетних – их вовлечение в тоталитарно-деструктивные языческие секты, построенные на определенной “сексуальной идеологии” – свободных сексуальных отношениях и аномальных формах эротической активности. В практике таких сект широкое применение находят современные психотерапевтические техники и методы, позволяющие осуществлять манипулирование сознанием человека под видом различных обрядов и ритуалов, сопровождающихся массивными внушениями, созданием условий для искусственного формирования у адептов измененного состояния сознания. Несмотря на длительную историю существования в России подобных сектантских образований, в настоящее время в их деятельность стало вовлекаться все большее количество не только взрослых людей, но и детей и подростков. Несовершеннолетние участвуют в мероприятиях, организуемых руководителями секты, выступая невольными наблюдателями, а порой и участниками происходящего. Под видом медитативных психотехник они вовлекаются в различные групповые формы взаимодействия, носящие сексуализированный характер, направленные на “полное раскрепощение нравов”, освобождение от этических и морально-нравственных запретов, на достижение полной свободы половых отношений. В ходе проводимых занятий руководителями секты иницируется и активно поддерживается поведение адептов, отражающее их всестороннее, не ограниченное никакими нормами и правилами самовыражение, в том числе открытые проявления аномальных форм эротической активности. Наряду с взрослыми дети подвергаются групповому давлению, выполнению тяжелых физических упражнений, а также воздействию различных психологических методик, таких как “холотропное дыхание”, нейролингвистическое программирование и т.д. При помощи манипулятивных техник, используемых под видом проповедей, обрядов и ритуалов, у них также формируются состояния искусственно измененного состояния сознания. С целью сохранения в тайне происходящего в секте с несовершеннолетними целенаправленно проводятся занятия в форме ролевых игр,



где они обучаются “правильному” поведению с сотрудниками правоохранительных органов, учителями и одноклассниками. Помимо разнообразных форм психического насилия по отношению к несовершеннолетним детям адептов применяются также различные формы сексуальных притязаний, что позволяет отнести деятельность таких тоталитарно-деструктивных сект к культам с ярко выраженной сексуально-педофильной составляющей.

### **Комплексная психолого-сексолого-психиатрическая экспертиза малолетних и несовершеннолетних потерпевших по сексуальным деликтам**

Одним из важных этапов уголовно-процессуальных действий по делам о сексуальных правонарушениях в отношении несовершеннолетних является экспертиза потерпевших. Ее необходимость определяется тем фактом, что показания потерпевшего по делу выступают в качестве доказательства и имеют большое значение в установлении тяжести содеянного при определении наказания обвиняемому. Экспертиза призвана дать ответ на следующие вопросы:

- способен ли потерпевший правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них показания;
- способен ли потерпевший понимать характер и значение совершаемых в отношении него противоправных действий;
- мог ли несовершеннолетний оказывать сопротивление совершаемым по отношению к нему противоправным действиям;
- способен ли потерпевший принимать участие в судебно-следственных действиях;
- какова тяжесть вреда здоровью, причиненного потерпевшему в результате правонарушения.

В связи с тем, что вследствие совершения правонарушения сексуального характера у потерпевшего помимо психического расстройства могут развиваться различные психосексуальные нарушения, а также искажения его психосексуального и лич-

ностного развития, целесообразной является всесторонняя оценка его психического состояния, которую осуществляет комплексная психолого-сексолого-психиатрическая экспертиза. Среди ее задач выделяются следующие: выявление и судебно-психиатрическая оценка психического расстройства, определение уровня и особенностей психического развития, выявление возрастных, индивидуально-психологических и личностных особенностей, а также оценка этапа психосексуального развития потерпевшего. Указанные особенности необходимо рассматривать с точки зрения их возможного влияния на способность потерпевших понимать характер и значение совершаемых в отношении них противоправных действий, оказывать сопротивление этим действиям, способность правильно воспринимать события, имеющие значение для дела, и давать о них показания, а также их возможность принимать участие в судебно-следственных действиях. Данные задачи носят междисциплинарный характер и могут быть решены только при участии специалистов разного профиля.

В рамках экспертного исследования потерпевших необходимо четкое соблюдение границ профессиональной компетенции. В компетенцию психиатра-эксперта входят диагностика, клинико-динамическая квалификация психического расстройства согласно МКБ-10, установление причинно-следственной связи расстройства с совершенным насилием. Компетенцией психолога-эксперта являются оценка особенностей и уровня психического развития, специфики функционирования когнитивной, эмоционально-волевой и личностной сфер потерпевших, анализ их эмоционального состояния, а также их возможное влияние на поведение потерпевших в интересующий судебно-следственные органы период. К компетенции сексолога-эксперта относятся оценка этапа психосексуального развития потерпевших, определение особенностей их полоролевой идентичности, уровня информированности в вопросах взаимоотношения полов и восприятие ими специфической направленности деликта, а также выявление особенностей при дизонтогенетическом развитии, сексуальных расстройствах, возникших в результате сексуального насилия. К совместной

*компетенции экспертов* относятся установление “функционального” диагноза, определение влияния психического расстройства, возрастных особенностей и т.д. на юридически значимые способности потерпевших. Таким образом, результаты исследования потерпевших специалистами разного профиля сопоставляются и, при необходимости, выносятся интегративное заключение, содержащее исчерпывающие экспертные выводы и ответы на поставленные судебно-следственными органами вопросы.

Алгоритм экспертного исследования при освидетельствовании несовершеннолетних потерпевших заключается в последовательной реализации трех этапов. На первом этапе эксперт-психиатр проводит судебно-психиатрическое обследование потерпевшего с целью диагностики и синдромологической квалификации психического расстройства, а также установления причинно-следственных связей с сексуальным насилием. Второй этап состоит в исследовании экспертом-психологом уровня и особенностей психического развития потерпевшего, специфики функционирования его когнитивной, эмоционально-волевой и личностной сфер, феноменологии, механизмов и структуры возможных патопсихологических нарушений, в том числе особенностей психосексуального развития, которые влияют на содержательную сторону юридически значимых способностей. Третий этап – интегративная оценка юридически значимых способностей потерпевшего на различных этапах развития событий, с последующими формулировкой общего вывода и решения экспертных вопросов.

К критериям комплексной психолого-психиатрической оценки психического состояния детей и подростков – потерпевших от сексуального насилия могут быть отнесены:

- Клинический (психопатологический) критерий – наличие и клинико-динамические особенности психических расстройств у потерпевших.
- Психологический (патопсихологический) критерий – возрастные, индивидуально-психологические и личностные особенности, эмоциональное состояние потерпевшего, ситуационные характеристики, а также степень влияния

совокупности факторов на юридически значимые способности потерпевших.

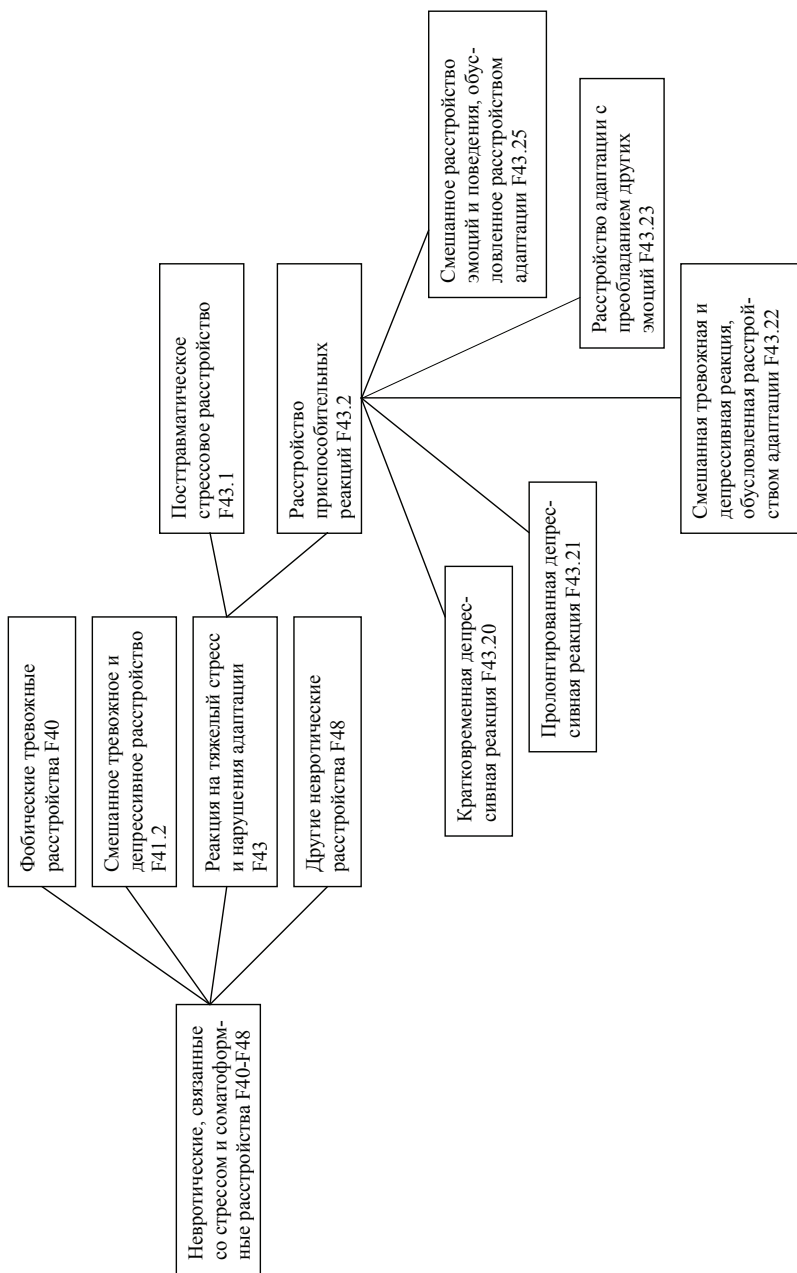
- Сексологический критерий – полоролевая идентичность, стадия психосексуального развития, осведомленность в сфере половых отношений, психосексуальный дизонтогенез, сексуальные нарушения вследствие сексуального деликта.
- Критерий психосоциальной адаптации (продуктивности), который отражает качество психического, социального, функционирования ребенка, успешность его обучения.

### **Психические расстройства у детей – жертв сексуального насилия**

С целью установления клинических и возрастных особенностей психогенных расстройств были обследованы 172 (125 девочек и 47 мальчиков) малолетних и несовершеннолетних потерпевших по сексуальным правонарушениям (изнасилование – ст.131 УК РФ, насильственные действия сексуального характера – ст.132 УК РФ, половое сношение – ст.134 УК РФ, развратные действия – ст.135 УК РФ), проходивших КСППЭ в ГНЦССП им. В.П. Сербского с 2010 по 2012 гг. Дополнительным материалом послужили результаты комплексного психолого-сексолого-психиатрического исследования 14 малолетних и несовершеннолетних – участников тоталитарно-деструктивной секты “Общественный благотворительный фонд самосовершенствования”.

При проведении КСППЭ у 42,1% потерпевших были диагностированы психические расстройства, из них у 23,2% – психогенные состояния, которые развились после совершения правонарушений и находились с ними в прямой причинно-следственной связи.

Анализ психических расстройств у несовершеннолетних потерпевших, возникших вследствие сексуальных правонарушений, показывает, что в посткриминальной ситуации у них формируются очерченные психогенные состояния (см. рис. 1), которые могут быть классифицированы в соответствии с рубри-



**Рис. 1.** Психогенные психические расстройства у несовершеннолетних потерпевших от сексуального насилия и злоупотребления.

кой МКБ-10 F40–48 – “Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства”. Они были представлены следующими формами расстройств: “Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации” (F43) с использованием различных дефиниций в зависимости от преобладающих клинических проявлений; “Фобические тревожные расстройства” (F40); “Смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F41.2), а также “Другие невротические расстройства” (F48).

Диагностически значимыми и чаще всего используемыми при анализе эмпирического материала оказались состояния, клиническая картина которых была сопоставима с критериями рубрики МКБ-10 “Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации” (F43), которая выявлялась у 72,7% потерпевших. Включенное в данную рубрику “Расстройство приспособительных реакций” (F43.2) отмечалось у 54,5% потерпевших, “Посттравматическое стрессовое расстройство” (F43.1) – у 18,2%, “Смешанное тревожное и депрессивное расстройство” (F41.2) отмечалось также у 18,2% несовершеннолетних, “Другие невротические расстройства” – в 9,1% случаев.

Дополнительно для оценки психических расстройств у потерпевших вследствие совершенного сексуального посягательства использовались диагностические категории из разделов “Расстройства психического (психологического) развития” (F80–F89). Указанные нарушения у детей были непосредственно связаны с длительной психотравмирующей внутрисемейной ситуацией и представлены задержкой психического развития. Нередко при необходимости квалифицировать текущую травму ребенка, связанную с его семьей, нами использовалась дополнительная рубрика T74 “Синдром жестокого обращения”.

Феномен превращения сексуального насилия в специфическую психическую травму и структурно-динамические особенности развивающихся у несовершеннолетних психических расстройств зависели от комплекса факторов: характеристики сексуального посягательства, типологии криминальных ситуаций (бесконфликтное взаимодействие, конфликтно-стрессовое взаимодействие), индивидуально-психологических особенностей и возраста жертвы, патологической почвы, психосо-

циальных влияний, а также дополнительных психогений. В частности, для 10% потерпевших психотравмирующее влияние судебно-следственных действий, огласка совершенных по отношению к ним противоправных действий имели решающий, триггерный характер, который превышал по силе воздействия само сексуальное насилие.

В развитии ПТСР (F43.1) у потерпевших играли роль особенности сексуального насилия, характеризовавшиеся внезапностью, массивностью (изнасилование или несколько форм сексуального насилия одновременно) в условиях конфликтно-стрессового взаимодействия под влиянием агрессивного, грубого поведения посягателя (или группы посягателей) с применением физического принуждения. Клиническая картина расстройства отличалась разнообразными проявлениями: некоторые симптомы отмечались практически у всех потерпевших, их можно было рассматривать как облигатные признаки ПТСР у жертв сексуального насилия, ряд симптомов встречался у большинства потерпевших (факультативные признаки), отдельные – лишь в единичных случаях. Облигатными для ПТСР являлись следующие симптомы: депрессивный аффект, повторные, ни с чем не связанные навязчивые воспоминания и мысли о случившемся (реминисценции), нарушения сна с повторными кошмарными сновидениями, в которых потерпевшие вновь переживали происшедшие события, резкое ухудшение состояния при ситуациях, напоминавших какую-то часть травмирующего события, психосоциальные нарушения (избегание разговоров, мест, связанных с ситуацией насилия, общения со сверстниками, отказ от посещения занятий и т. д.), снижение диапазона аффективных реакций, сверхбдительность, фобические расстройства, соматовегетативные нарушения, чувство униженности, оскорбленности. К факультативным признакам относились чувство отрешенности, эмоциональной отчужденности, рассеянность внимания, ухудшение памяти, суицидальные мысли, отсутствие ориентации на длительную жизненную перспективу. Лишь у отдельных потерпевших отмечались навязчивые образы, проявлявшиеся внезапными яркими “наплывами” картин, отображавших детали происшед-

шего – состояние флэшбэк, навязчивые, неприятные ощущения в анально-генитальной области, выраженный психологический дистресс с двигательным беспокойством, тревогой, плачем при встрече с насильником на очной ставке. Расстройство носило длительное и волнообразное течение.

В клинической картине смешанного тревожного и депрессивного расстройства (F41.2) присутствовали одновременно и тревожность, и депрессия, но ни одно из этих состояний не являлось преобладающим. Страхи (фобии) возникали на фоне повышенной тревожности, выраженного беспокойства с внутренним напряжением, подавленным настроением, ощущением надвигающейся опасности, боязни повторения психотравмирующей ситуации в обстоятельствах, сходных с предшествующим психогенным воздействием. Отмечалась четкая связь фабулы страха с пережитой сексуальной травмой: дети боялись незнакомых лиц мужского пола, темных и пустых помещений, отказывались выходить на улицу, оставаться дома без родителей. Симптоматика усиливалась под влиянием незначительных раздражителей, особенно при проведении следственных мероприятий (повторные допросы, очные ставки и т.д.). Возникшее расстройство зачастую носило длительный характер – от нескольких месяцев до полугода.

Другие невротические расстройства (F48) у исследуемых потерпевших проявлялись невротическими состояниями с повышенной утомляемостью, слабостью, снижением повседневной (школьной) продуктивности, а также невротоподобными нарушениями (энурез, логоневроз, тики).

Состояния субъективного дистресса и эмоционального расстройства, препятствующие социальному функционированию и продуктивности и возникающие в период адаптации к значительному изменению в жизни, стрессовому событию, которым, безусловно, является правонарушение против половой неприкосновенности, расценивались нами в рамках “Расстройства приспособительных реакций” (F43.2). Как отмечалось выше, это расстройство диагностировалось у потерпевших наиболее часто (в 54,5% случаев) и представлено “Пролонгированной депрессивной реакцией” (F43.21), “Смешанной тревожной и



депрессивной реакцией, обусловленной расстройством адаптации” (F43.22), “Расстройством адаптации с преобладанием других эмоций” (F43.23) и “Смешанным расстройством эмоций и поведения, обусловленным расстройством адаптации” (F43.25) (см. рис. 1).

Пролонгированная депрессивная реакция (F43.21) развивалась у 16,7% несовершеннолетних девочек, характеризовалась волнообразным течением (в среднем на протяжении 3–6 месяцев) с ухудшением состояния при проведении следственных мероприятий. Клиническая картина проявлялась подавленным, тоскливым настроением с поглощенностью тягостными воспоминаниями, концентрацией сознания на событиях случившегося, “депрессивными руминациями” с чувством вины, идей отношения, самообвинения. В некоторых случаях перечисленные признаки сопровождались возникновением комплекса сверхценных переживаний, отражавших психотравмирующее событие, сложившуюся ситуацию и свое положение в ней, чувством оскорбленности, униженности, избирательностью в общении, с мрачным, пессимистическим видением будущего, со стертými соматовегетативными расстройствами, нарушениями сна. У некоторых потерпевших периодически возникали суицидальные мысли. Заболевание носило ундулирующий характер, содержательный комплекс депрессии полностью не дезактуализировался, хотя внешне не всегда проявлялся, потерпевшие справлялись со своими обязанностями, посещали занятия, что требовало от них определенных усилий. Упоминания о психотравмирующей ситуации у всех потерпевших данной группы вызывало ухудшение состояния с углублением депрессивной симптоматики.

Смешанная тревожная и депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации (F43.22), отмечалась у 41,7% обследуемых. При этом в клинической картине присутствовали отчетливые как тревожные, так и депрессивные симптомы.

Девиации поведения практически всегда сопровождают психогенные расстройства у детей и подростков. В части случаев поведенческие нарушения становятся не только ведущими в клинической картине психогенных расстройств, но оказывают

ся их единственным выражением, их “маской”. У 25,0% малолетних потерпевших (при равном соотношении мальчиков и девочек) проявились симптомы смешанного расстройства эмоций и поведения, обусловленное расстройством адаптации (F43.25). Клиническая картина характеризовалась как аффективными расстройствами, так и поведенческими реакциями: повышенной раздражительностью, вспыльчивостью, нетерпимостью к замечаниям взрослых, склонностью к демонстративным и внешнеобвиняющим формам реагирования, отсутствием “аффективного резонанса” чужих переживаний. Наиболее часто у потерпевших отмечались реакции протеста, проявлявшиеся непослушанием, грубостью, вызывающим поведением, агрессией и враждебностью по отношению к близким, в ряде случаев с аутоагрессией (попытка нанести самопорезы, медикаментозное отравление). Интенсивность аффективных расстройств колебалась от субдепрессивных до легких депрессивных состояний. Порой аффективный компонент внешне не проявлялся: потерпевшие выглядели упорядоченными и спокойными, но за этим “фасадом” скрывалась выраженная напряженность со склонностью к суицидальным тенденциям, проявлявшаяся при упоминании о психотравмирующих событиях.

Расстройство адаптации с преобладанием нарушения других эмоций (F43.23) встречалось в 16,7% случаев и характеризовалось симптомами нескольких типов эмоций, таких как тревога, депрессия, беспокойство, напряженность, гнев. Тревога и депрессия не являлись столь преобладающими, чтобы могли быть диагностированы другие, более специфичные депрессивные или тревожные расстройства.

Исследование показало, что у малолетних (до 14 лет) жертв особенности психогенных состояний во многом зависели от характеристики сексуального насилия. При бесконфликтном взаимодействии и однократном совершении в отношении них развратных действий, особенно знакомыми людьми, очерченных психогенных состояний не развивалось вообще. Данный факт объяснялся отсутствием психотравмирующего эффекта сексуальных действий вследствие неосведомленности ребенка в вопросах половых взаимоотношений. При неагрессивном по-

ведении посягателя действия сексуального характера воспринимались детьми как игра, либо как неприятное, но не опасное для жизни событие. По мере взросления и приближения к пубертатному периоду, формированию осведомленности в вопросах половых отношений сексуальные действия приобретали характер специфической сексуальной травмы. Поэтому в возрасте 11–12 лет у потерпевших уже наблюдались очерченные психогенные расстройства.

Важным аспектом психолого-психиатрического исследования детей и подростков, потерпевших от сексуального насилия, является своевременное выявление полученной ими психической травмы. При диагностике психического расстройства и установлении причинно-следственной связи с совершенным насилием возникает необходимость в определении степени его тяжести. В настоящее время еще не разработаны единые принципы и критерии судебно-экспертной оценки степени тяжести вреда здоровью в виде психического расстройства. Однако в клинической психиатрии тяжесть психического расстройства, полученного ребенком вследствие сексуального насилия, может быть ранжирована по степени выраженности психопатологических проявлений: легкой, средней (умеренной) и выраженной (тяжелой) степени. Так, по МКБ-10, при депрессивных состояниях дифференциация между легкой, умеренной и тяжелой степенью основывается на клинической оценке, включающей количество и тяжесть присутствующих симптомов (критерии включения).

По продолжительности (длительности) симптоматики психические расстройства у потерпевших бывают кратковременными – в течение не более 1 месяца, средней длительности (временная) – свыше 1 месяца, но менее 6 месяцев и стойкое (длительное) – более 6 месяцев.

По динамике течения можно выделить следующие варианты. *Регрессионное* течение с относительно благоприятной динамикой и нивелировкой клинических симптомов. *Периодическое (волнообразное)* течение с ухудшением состояния потерпевших и декомпенсацией клинической картины расстройства в ситуации напоминания о психотравмирующей ситуации (проведение

следственных мероприятий, экспертиз и пр.). *Прогрессирующее* течение с усложнением психопатологических симптомов, переходом от легких к более тяжелым формам, нередко в виде стойкого изменения личности.

При оценке последствий сексуального насилия необходимо учитывать адаптацию ребенка в разных сферах его жизнедеятельности, включая школьную и социальную (семейную, бытовую, межличностную и т.д.). Основанием для решения вопроса о связи дезадаптации ребенка с психическим расстройством является совпадение по времени изменения уровня психосоциальной продуктивности и клинических симптомов. Однако у детей и подростков проявления дезадаптации могут быть единственным признаком имеющейся психической патологии, являясь “фасадным” и скрывая облигатные (базисные) симптомы психического заболевания.

### **Нарушения психосексуального развития у несовершеннолетних потерпевших от сексуальных деликтов**

Одним из неблагоприятных последствий для детей и подростков, перенесших сексуальное насилие, наряду с риском формирования психического расстройства, являются различные варианты нарушений их психосексуального развития. Они наиболее характерны для потерпевших от продолжительного внутрисемейного насилия, а также для несовершеннолетних участников тоталитарно-деструктивных сект сексуальной направленности. Можно выделить несколько наиболее типичных вариантов нарушений психосексуального развития у несовершеннолетних потерпевших.

При искажении психосексуального развития по типу преждевременного полового развития на первый план выходят клинические признаки синдрома ранней сексуализации поведения. Они проявляются в таких особенностях поведения детей, как имитация половых контактов в ходе игровой деятельности, частое использование эротических поз, жестов и мимики, проявления повышенного интереса к половым органам взрослых людей, в особенности противоположного пола. В препубертат-

ном возрасте для потерпевших характерны попытки вступать в эротические контакты с ровесниками и взрослыми, увлечение порнопродукцией, что свидетельствует о преждевременном развитии психосексуальной сферы либо о сочетании признаков задержки и опережения психосексуального развития. У несовершеннолетних женского пола отмечалась редукция платонической фазы либидо наряду со слишком ранним формированием эротического и сексуального влечения. Потерпевшие одновременно поддерживали близкие отношения с несколькими представителями противоположного пола, вступали с ними в непродолжительные эротические контакты, легко находили себе новых сексуальных партнеров. Все эти признаки позволили расценить их поведение как промискуитетное.

Наиболее глубокие нарушения полового развития были обнаружены при анализе половой идентичности у 71,4% потерпевших, которые преимущественно приходились на этап становления базовой половой идентичности (1-й этап) и формирования полоролевых стереотипов (2-й этап) у 64,3%. При анализе нарушения первого этапа формирования половой идентичности у большинства потерпевших, независимо от их пола и возраста, была выявлена слабая дифференцированность или недифференцированность мужского и женского образов, что определялось не столько в рамках клинического обследования, сколько при психологическом исследовании сексуальной сферы в рисуночных методиках. В единичных случаях у мальчиков препубертатного возраста отмечается несформированность схемы тела, что находит свое отражение на клиническом уровне в дисморфофобических переживаниях подэкспертных. Эти выявляемые у мальчиков переживания находятся в причинно-следственной связи с криминальными событиями и их возникновение приходится на нетипичный возрастной диапазон (7–9 лет), поскольку дисморфофобический синдром традиционно относится к психическим нарушениям пубертатного возраста. При анализе этапа полоролевых стереотипов у потерпевших выявлялись специфичные для мальчиков и девочек нарушения. У мальчиков отмечались признаки идентификации с женским образом и фемининными стереотипами поведения

при негативном отношении к мужским формам поведения (в отдельных случаях) и негативном или амбивалентном отношении – к женским. Никто из потерпевших мужского пола не обнаруживал идентификацию с маскулинными полоролевыми стереотипами и образами. Таким образом, можно сделать вывод об отсутствии дифференцированности представлений о полоролевых стереотипах или о полоролевой трансформации, т.е. об искаженном становлении половой идентичности по фемининному типу. Указанные особенности соотносятся с негативным или амбивалентным отношением к образу собственного Я, что демонстрирует наличие конфликта в полоролевой идентификации. Выявленные у мальчиков особенности половой идентичности нередко отмечаются у лиц с расстройствами сексуальных предпочтений (педофилией и садизмом), являясь predispositional факторами для формирования парафилий. Таким образом, признаки искажения половой идентичности у данной группы потерпевших в совокупности с их преждевременным половым развитием создают предпосылки для развития у них в будущем сексуальных девиаций.

У несовершеннолетних потерпевших женского пола выявлялись слабо дифференцированные или недифференцированные представления о полоролевых стереотипах поведения. Их полоролевая идентичность характеризовалась нарушением усвоения женской роли, которое сопровождалось негативным отношением к женским и мужским полоролевым образам. Перечисленные особенности искаженного психосексуального развития несовершеннолетних обоего пола свидетельствуют о наличии конфликта полоролевой идентичности.

При психологическом обследовании у большинства девочек определяются тенденции к подражанию фемининным формам поведения, характерным для старших возрастных групп, что нетипично для детей допубертатного и раннего пубертатного возраста. В целом, указанные особенности нарушений половой идентичности и дизонтогенетических состояний у девочек в последующем с высокой степенью вероятности вызовут существенные трудности в выборе партнера и станут причиной супружеской дезадаптации. Это предположение подтверждается и

тем фактом, что у большинства девочек представления о семейных ценностях достаточно формальны и в основном связаны с социально-бытовой функцией брака.

В ходе комплексного освидетельствования несовершеннолетних потерпевших – участников деятельности деструктивно-тоталитарной секты было отмечено, что выявленные у них особенности полового развития находятся в прямой причинно-следственной связи с особенностями деятельности секты.

### **Психологические последствия сексуального насилия и злоупотребления в отношении детей**

Сексуальное насилие относят к экстремальным, чрезвычайным ситуациям, приводящим к особым психологическим последствиям – кризисным ситуациям. Вместе с тем не у всех потерпевших даже подросткового возраста наблюдались клинически выраженные симптомы последствий пережитого сексуального насилия и злоупотребления, в подобных случаях психологи отмечают характерные психологические последствия. Они могут быть определены как негативные изменения психического состояния, индивидуально-психологических свойств потерпевшего, нарушения психического и личностного развития, приводящие к понижению качества его жизни.

Как показывает практика проведения КСППЭ потерпевших, примерно у половины из них комиссией экспертов не было диагностировано каких-либо психических расстройств, в том числе уголовно релевантных последствий пережитого насилия. Однако у этой категории потерпевших психологами отмечались следующие особенности: пониженный фон настроения (12,5%), повышенный уровень тревожности (14,3%), быстрая утомляемость (8,9%), реакции раздражительности и негативизма (23,2%), неуверенность в себе (10,7%).

У 20,6% потерпевших с диагностированными расстройствами, не связанными с пережитым психотравмирующим воздействием (например, органическое расстройство личности, легкое когнитивное расстройство, эмоционально-лабильное расстройство), психологами отмечались эмоциональная неустойчивость (34,8%), нарушения поведения (21,7%), страх повторения пси-

хотравмирующей ситуации (23,6%). Данные психологические последствия пережитого сексуального насилия носили изолированный характер и не достигали выраженности, позволяющей квалифицировать у потерпевшего какое-либо психическое расстройство, тем не менее они влияли на качество его жизни. Значительная часть потерпевших описывала трудности общения со сверстниками (52,4%), изменения в настроении (42,8%), степени активности (36,5%), оценке своих собственных возможностей и своего будущего (28,6%).

В зависимости от типа насилия (внутрисемейное, внесемейное) различаются психологические последствия травматичного опыта. При внутрисемейном типе насилия выраженность последствий сексуального насилия выше, чем при внесемейном. И в том и в другом случае отмечались психическое напряжение (13,3%), повышенный уровень тревоги (13,3%), подавленность (14,6%) при затрагивании темы пережитого насилия. При внутрисемейном насилии наблюдались неуверенность ребенка в себе и трудности общения со сверстниками (28,6%), тогда как при внесемейном типе такими последствиями были негативный образ мужчины и неприятие интимных отношений (21,6%). Еще одной особенностью внутрисемейного сексуального насилия и злоупотребления является возникновение у потерпевших амбивалентного отношения к посягателю (26,7%), который чаще всего был для них значимым взрослым (родителем или близким родственником). Это проявляется в неоднозначной оценке ребенком происходивших событий, личности посягателя, принятие ответственности за преступление на себя. Кроме того, амбивалентная оценка ситуации насилия (злоупотребления) и посягателей была характерна для детей и подростков – жертв тоталитарных сект. Такие потерпевшие, кроме негативной оценки происходивших событий, обращают внимание и на положительные стороны ситуации либо активно отрицают сам факт сексуального злоупотребления, тем самым оказывая помощь посягателю.

При сравнении реакций потерпевших на травматическое событие в зависимости от гендерной принадлежности более выраженные последствия пережитого сексуального насилия



были выявлены у мальчиков. Кроме того, у них в несколько раз чаще наблюдались случаи обеспокоенности своим состоянием и негативные ожидания по поводу будущего (37,8%). Для несовершеннолетних женского пола, переживших внесемейное насилие, характерным является негативный образ мужчины (28,3%). Также у них чаще наблюдалась проекция пережитого травматического опыта в содержание игровой деятельности и материал диагностических методик (17,2%).

Опыт производства КСППЭ по таким правонарушениям и работа с потерпевшими в последующем показывают, что вред, причиняемый сексуальным насилием и злоупотреблением, затрагивает все сферы жизнедеятельности ребенка, ухудшая его актуальное состояние, нарушает социальное функционирование и общую продуктивность деятельности, оказывая влияние на психическое развитие в целом и в последующие периоды онтогенеза. В перспективе у потерпевших могут быть выявлены не только когнитивные, поведенческие (психопатоподобные) расстройства, но и комплекс психосексуальных проблем с девиациями сексуального развития, в том числе формирование перверзий. Помимо этого, осознание перенесенной психической травмы, связанной с сексуальным насилием и злоупотреблением, навязчивые переживания о произошедшем зачастую приводят к развитию стрессовых расстройств с невротическими, аффективными нарушениями, вплоть до проявления суицидальных тенденций в подростково-юношеском возрасте.

Своевременная и квалифицированная диагностика психогенных расстройств, девиаций психосексуального развития и психологических последствий сексуальной травмы у детей и подростков имеет важнейшее значение для проведения дифференцированных психокоррекционных и лечебно-реабилитационных мероприятий в отношении данной категории лиц. Предложенные алгоритм и критерии комплексной психолого-сексолого-психиатрической оценки психического состояния малолетних и несовершеннолетних жертв сексуального насилия помогут оптимизировать работу экспертных комиссий при освидетельствовании малолетних и несовершеннолетних потерпевших.

**Психические расстройства у детей и подростков,  
пострадавших от преступлений сексуального  
характера  
(клинический и клинико-психологический аспекты)**

***Методические рекомендации***

*Редактор*

*М.М.Игнатенко*

*Компьютерная верстка*

*М.М.Абрамовой*

Подписано в печать 12.11.15 г.

Формат 60х84/16. Гарнитура Century Schoolbook.

Бумага офсетная. Цифровая печать. Усл. печ. л. 1,6.

Федеральное государственное бюджетное учреждение  
“Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии  
и наркологии имени В.П. Сербского” Министерства здравоохранения  
Российской Федерации

119991 ГСП-1, Москва, Кропоткинский пер., 23.

## ДЛЯ ЗАМЕТОК

ДЛЯ ЗАМЕТОК