

# КЛИНИЧЕСКАЯ НАРКОЛОГИЯ

УДК 616.89-008.441.13-056.83:316.812.1-055.52-055.6:159.922.74

Для цитирования: Катан Е.А. Факторы нарушенных семейных взаимоотношений в структуре неблагоприятного детского опыта у наркологических больных. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2019; 2 (103): 22–31. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-2\(103\)-22-31](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-2(103)-22-31)

## Факторы нарушенных семейных взаимоотношений в структуре неблагоприятного детского опыта у наркологических больных

Катан Е.А.

*Оренбургский государственный медицинский университет  
Россия, 460000, Оренбург, ул. Советская, 6*

### РЕЗЮМЕ

Изучение поведения, связанного с риском для здоровья, психических и физических заболеваний во взрослом возрасте в качестве отдаленных последствий эмоционального, физического, сексуального насилия в детстве или проживания в дисфункциональных семьях родителей/опекунов, является одной из значимых междисциплинарных проблем научных исследований в международном масштабе. **Цель:** изучение роли факторов, определяющих нарушенные семейные взаимоотношения в структуре неблагоприятного детского опыта у наркологических больных. **Материалы и методы.** Итоговая выборка (в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 «Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением ПАВ») составила 402 наблюдения (304 мужчины и 98 женщин). В работе применен Международный опросник неблагоприятного детского опыта (Adverse Childhood Experience – International Questionnaire ACE-IQ). **Результаты.** Выделено 4 фактора неблагоприятного детского опыта, объясняющие 51,8% общей совокупной дисперсии. 1-й фактор «Жестокое обращение» отражает физическое (внутрисемейное) насилие ( $r=0,951$ ), физическое (внутрисемейное) пренебрежение ( $r=0,907$ ), эмоциональное (внутрисемейное) насилие ( $r=0,759$ ), домашнее/партнерское насилие ( $r=0,573$ ). 2-й фактор «Общественное насилие» (буллинг, издевательства) и физическое насилие (драки, избивание сверстниками, представителями силовых структур) интегрирован с эмоциональным (внутрисемейным) пренебрежением. 3-й фактор «Сексуальное насилие» связан с виктимизацией и предрасположенностью к сексуальному насилию в результате психологического (внутрисемейного) насилия. 4-й фактор «Семейная дисфункция» характеризуется тем, что наибольшая нагрузка легла на переменные F1 ( $r=0,879$ ) и F2 ( $r=0,860$ ), описывающие психические заболевания и употребление ПАВ членами семьи. Переменные F4 ( $r=0,849$ ) и F5 ( $r=0,828$ ) были связаны с разводом родителей, разлукой с родителями или смертью родителей, а также с их тюремным заключением. **Выводы.** Среди пациентов с расстройствами употребления ПАВ преобладают такие деструктивные семейные взаимоотношения, как эмоциональная депривация в отношении младших членов семьи, постоянные ссоры и конфликты между родителями, наличие негативного примера для детей в виде старших членов семьи – потребителей ПАВ. Предложено проводить ретроспективную диагностику детских психотравмирующих событий опосредованно, через выявление факторов нарушенных взаимоотношений в семьях родителей/опекунов наркологических пациентов.

**Ключевые слова:** неблагоприятный детский опыт, семейная дисфункция, пациенты, употребляющие психоактивные вещества.

### ВВЕДЕНИЕ

Дисфункциональные семьи – это закрытые семейные системы, в которых присутствуют жесткие правила поведения и закрепленные роли за каждым членом семьи [2]. В таких семьях часто блокируются актуальные потребности членов семьи, имеющих самый низкий социальный статус (чаще всего это дети, подростки, пожилые люди). Субъективно значимые внутрисемейные формы психического воздействия нередко являются семейной психической травмой, приводящей к дезорганизации личностного реагирования, психическим, сома-

тическим расстройствам и поведенческим нарушениям. Асоциальные семьи, а также семьи с затяжными конфликтными отношениями – достаточно большая социальная группа в обществе с повышенным риском эмоционального отторжения детей, отсутствием у них условий для реализации жизненно важных потребностей в защите и уходе. Эти семьи относятся также к группе повышенного риска насилия в отношении детей, развития у детей стабильной социальной дезадаптации с высокой вероятностью формирования зависимости от психоактивных веществ.

В 80-х годах XX века Винсент Фелитти, директор Кайзеровского центра контроля и профилактики заболеваний (Сан-Диего, США) (далее Кайзеровский центр) обратил внимание на высокий отказ (около 50% участников) от дальнейшего участия в программе похудения именно тех клиентов, кто успешно терял лишний вес. При тактичном и детальном собеседовании (n=286) с покинувшими программу было выявлено, что пациенты неосознанно используют ожирение как форму защиты от нежелательного сексуального внимания или как щит от физического нападения. Кроме того, для этих пациентов была характерна высокая распространенность воспоминаний о перенесенном в детстве сексуальном или физическом насилии. В связи со свойственным тому времени общественным запретом на обсуждение сексуального насилия в детстве или детских суицидов это было неожиданно и потребовало качественных научных исследований [7].

Для подтверждения предположения о взаимосвязи детских психотравмирующих событий и здоровья взрослых был разработан опросник неблагоприятных событий детства (Adverse Childhood Exposure, ACE). Полученные результаты оказались беспрецедентными. Из 26 000 постоянных клиентов Кайзеровского центра 17 337 человек, обратившихся за всесторонним медицинским обследованием, имели опыт болезненных детских переживаний и воспитывались в условиях насилия (эмоциональное насилие – 10%, физическое насилие – 26%, сексуальное насилие – 21%) и пренебрежения (эмоциональное пренебрежение – 15%, пренебрежение физиологическими потребностями – 10%) или в условиях серьезных нарушений внутрисемейных отношений (партнерское насилие над матерью или сиблингами – 13%, психические расстройства членов семьи – 20%, развод или разлука с родителями – 24%, тюремное заключение родителей – 6%) [10]. Так же исследовательская группа установила, что указанные психотравмирующие факторы существовали в повседневной жизни ребенка. В последующем предложенная методика оценки неблагоприятных событий детства позволила исследователям структурировать весь спектр тяжелых и болезненных переживаний, связанных с детским возрастом, и определить три основных группы вредоносных факторов: злоупотребление, пренебрежение, внутрисемейная дисфункция. В целом был выделен неблагоприятный детский опыт (НДО) (Adverse Childhood

Experience, ACE) как термин, описывающий все вышеперечисленные факторы детской психотравматизации [7, 12]. В опроснике была использована простая система подсчета баллов неблагоприятных событий детства (Adversive Childhood Exposure score, ACE-score), суммирующая каждый балл за указанное психотравмирующее обстоятельство. Результаты показали, что только 33% не указали неблагоприятных событий детства, 1 психотравмирующее событие было указано у 25% опрошенных, от 2 до 4 – у 25%, переживание 4 и более случаев психотравм вспомнили 17% респондентов [16]. Дальнейшие исследования обнаружили, что увеличение баллов оценки ACE-score повышает шансы употребления табака в 2 раза, приема алкоголя – в 7 раз, риска внутривенного использования наркотиков – в 10 раз, попыток совершить суициды – в 12 раз [15].

Тем не менее, оценка детских переживаний только как неполных, конфликтных, диссоциированных, асоциальных явно недостаточна и ошибочна, потому что, во-первых, определенный уровень конфликтности является постоянным спутником межличностных отношений, так как бесконфликтных отношений нет. Во-вторых, существует достаточно примеров, когда длительные напряженные семейные конфликты не являлись причиной аффективно-личностных расстройств, не вызывали у несовершеннолетних членов семьи цепной реакции патологических изменений. Согласно концепции Дж. Белски (Belsky J., 2007), неблагоприятные последствия от перенесенных детских переживаний более вероятны, если существует наслаивающееся влияние следующих деструктивных факторов: психологические (психопатологические) особенности родителей (опекунов), деструктивная динамика семейных отношений и неблагоприятный характер семейного климата, негативное социальное окружение, некорректное отношение общества к фактам плохого обращения с ребенком [8].

#### **ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Изучение роли факторов, определяющих дисфункциональные семейные взаимоотношения в структуре неблагоприятного детского опыта у наркологических больных.

#### **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ**

Исследование проводилось на базе Оренбургского областного клинического диспансера. Подбор больных осуществлялся из числа готовящихся к выписке пациентов при наличии информированного согласия о целях исследования.

Критериями включения в выборку являлось соответствие состояния пациентов диагностическим критериям МКБ-10: алкогольная зависимость: психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя, синдром зависимости (F10.2x) – 356 пациентов (87,0%); психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов, синдром зависимости (F11.2x) – 28 (6,8%). Указанные химические зависимости сочетались с другими расстройствами: психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением каннабиноидов, синдром зависимости (F12.2x) – 68 респондентов (16,8%); психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением других психостимуляторов (F15.2x) – 47 (11,7%); психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением табака, синдром зависимости (F17.2x) – 249 (61,9%); психические и поведенческие расстройства, вызванные одновременным употреблением нескольких наркотических средств и использованием других ПАВ (F19) – 8 (1,99%).

Общее число участников исследования составило 432 стационарных пациента, однако 30 пациентов по разным причинам не выполнили полный объем инструкций, поэтому в окончательном варианте итоговая выборка составила 402 наблюдения (304 мужчины и 98 женщин). В качестве оценочного инструмента насыщенности указанных переживаний применен Международный опросник неблагоприятного детского опыта (Adverse Childhood Experience – International Questionnaire ACE-IQ) [20].

Согласно положениям разработчиков (Международный опросник неблагоприятного детского опыта (Adverse Childhood Experience – International Questionnaire ACE-IQ), дизайн опросника неблагоприятного детского опыта предполагает перекрестное распределение вопросов на 13 категорий, имеющих непосредственное отношение к неблагоприятному детскому опыту: физическое насилие (A3, A4); эмоциональное насилие (A1, A2); сексуальное насилие (A5, A6, A7, A8); употребление ПАВ родителями и опекунами (F1); криминальное поведение родителей и опекунов (F3); хронические психические заболевания, депрессии, суициды родителей опекунов (F2); партнерское внутрисемейное/домашнее насилие (F6, F7, F8); развод, разлука, смерть родителей (F4, F5); эмоциональное пренебрежение (P1, P2); физическое пренебрежение/пренебрежение основными потребностями (P3, P4, P5); буллинг, издевательства со стороны сверстников (V1, V2, V3.); коллективное насилие (V4, V5, V6); общественное насилие (V7, V8, V9, V10).

Для статистического анализа, т.е. оценки стандартизированного веса регрессии категорий НДО (r) использована программа IBM SPSS-17.0.

## РЕЗУЛЬТАТЫ

В таблице 1 отражены результаты оценки насыщенности факторами неблагоприятного детского опыта (категорий пренебрежения/применения силы в семейных и социальных взаимоотношениях) в детстве у взрослых наркологических больных.

Т а б л и ц а 1

### Интенсивность неблагоприятных событий детского возраста в выборке наркологических больных

| Код вопроса  | Категории ACE-IQ   | Max* | Min** | Баллы ACE и ее категориальных шкал/стандартное отклонение |           |           |
|--------------|--|------|-------|---|-----------|-----------|
|              |  |      |       | Мужчины   | Женщины   | Общая     |
| A3 A4        | Физическое насилие   | 1    | 4     | 3,94±1,19   | 3,74±1,09 | 3,84±0,01 |
| A1 A2        | Эмоциональное насилие  | 1    | 4     | 3,42±1,36   | 3,44±1,32 | 3,43±0,01 |
| A4 A6 A7 A8  | Сексуальное насилие  | 1    | 4     | 3,94±0,02   | 2,94±1,15 | 3,4±0,01  |
| F1           | Употребление ПАВ родителями/опекунами                                      | 1    | 2     | 1,63±0,35   | 1,42±0,02 | 1,52±0,18 |
| F3           | Горемное заключение родителей/опекунов                                     | 1    | 2     | 1,87±0,64   | 1,84±0,67 | 1,85±0,65 |
| F2           | Хронические психические заболевания, депрессии, суициды родителей/опекунов | 1    | 2     | 1,81±0,76   | 1,83±0,78 | 1,82±0,77 |
| F6 F7 F8     | Материнское/родительское (партнерское) насилие                             | 1    | 4     | 3,05±1,95   | 2,8±0,94  | 2,97±1,44 |
| F4 F5        | Разлука, развод между родителями   | 1    | 2     | 1,64±1,85   | 1,98±0,82 | 1,91±1,33 |
| P1 P2        | Эмоциональное пренебрежение  | 5    | 1     | 1,98±1,76   | 2,11±1,54 | 2,05±1,62 |
| P3 P4 P5     | Пренебрежение потребностями  | 1    | 4     | 3,42±1,68   | 3,44±0,87 | 3,43±1,28 |
| V1 V3        | Буллинг, издевательства  | 1    | 4     | 2,92±0,96   | 2,77±1,54 | 2,85±1,28 |
| V4 V5 V6     | Насилие в сообществе   | 1    | 4     | 3,24±0,88   | 3,66±1,1  | 3,45±0,91 |
| V7 V8 V9 V10 | Коллективное насилие   | 1    | 4     | 3,85±0,77   | 3,90±1,16 | 3,87±0,96 |

П р и м е ч а н и е . \* – Максимальная выраженность в баллах наличия фактора НДО (много раз, всегда/имело наличие), \*\* – отсутствие воздействия фактора НДО (никогда/не было).

Наиболее часто респонденты указывали эмоциональное пренебрежение (включает в себя заметное невнимание к потребности ребенка в любви, отказ или непредставление необходимой психологической поддержки (пренебрежение – P1 и P2 –  $2,05 \pm 1,62$ ; партнерское насилие среди родителей/опекунов – F6, F7 и F8  $2,97 \pm 1,44$ ). Насилие по отношению к матери происходит так же часто, как и насилие по отношению к братьям и сестрам. На самом деле, данный фактор, по-видимому, оказывает существенное влияние в отношении риска для развития экстернальных и интернальных расстройств. Издевательства со стороны сверстников, буллинг (V1 и V3 –  $2,85 \pm 1,28$ ) является не менее распространенным фактором НДО. Опрошенными были отмечены и другие неблагоприятные

обстоятельства детского периода жизни, связанные с употреблением ПАВ родителями/опекунами (F1 –  $1,52 \pm 0,18$ ), их криминальным поведением (F3 –  $1,85 \pm 0,65$ ), хроническими психическими заболеваниями домочадцев (F2 –  $1,82 \pm 0,77$ ). Кроме того, указаны детские переживания, связанные с категориями «Насилие в сообществе» (V4, V5 и V6 –  $3,45 \pm 0,91$ ) и «Коллективное насилие» (V7, V8, V9 и V10 –  $3,87 \pm 0,96$ ). Сексуальное насилие (A3 и A4 –  $3,84 \pm 0,01$ ) и физическое насилие (A4, A6, A7 и A8 –  $3,4 \pm 0,01$ ) являлись наиболее тяжелыми травмами детского периода и были сочетаны. Однако именно эти две формы НДО были наиболее редко встречаемыми в отчетах испытуемых.

Таблица 2

**Расчет отношения шансов формирования расстройств употребления ПАВ в связи с факторами НДО**

| Показатель                                   | СН*   | ФН*   | ЭН*   | ППР*  | НСК*  | ПП*   | ОН*   |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Шанс найти фактор риска в основной группе    | 6,246 | 5,298 | 4,684 | 3,246 | 2,719 | 1,596 | 0,807 |
| Шанс найти фактор риска в контрольной группе | 1,000 | 1,000 | 1,000 | 1,000 | 1,000 | 1,000 | 1,000 |
| Отношение шансов (OR)                        | 6,246 | 5,298 | 4,684 | 3,246 | 2,719 | 1,596 | 0,807 |
| Стандартная ошибка отношения шансов (S)      | 0,159 | 0,161 | 0,162 | 0,167 | 0,170 | 0,183 | 0,210 |
| Нижняя граница 95% ДИ (CI)                   | 4,572 | 3,867 | 3,409 | 2,339 | 1,948 | 1,115 | 0,534 |
| Верхняя граница 95% ДИ (CI)                  | 8,532 | 7,260 | 6,436 | 4,503 | 3,796 | 2,286 | 1,219 |

Примечание. \*СН – сексуальное насилие; \*ФН – физическое насилие; \*ЭН – эмоциональное насилие, в том числе партнерское внутрисемейное/домашнее насилие над матерью и сиблингами; \*ППР – психопатологические состояния родителей/опекунов, в том числе употребление ПАВ родителями и опекунами, хронические психические заболевания, депрессии, суициды родителей и опекунов; \*НСК – нарушенные семейные коммуникации (развод, разлука, смерть родителей, криминальное поведение родителей и опекунов с последующей тюремной изоляцией); \*ПП – пренебрежение потребностями, в том числе эмоциональное пренебрежение, физическое пренебрежение; \*ОН – общественное насилие со стороны сверстников, членов общины.

По сравнению с пациентами с благополучным периодом детства у пациентов, перенесших сексуальное насилие в раннем детстве, в 6,2 раза выше вероятность развития расстройств употребления ПАВ. У жертв физического насилия в 5,3 раза чаще в последующем могут возникнуть проблемы с алкоголем и наркотиками. У имевших опыт эмоционального насилия в 4,7 раза чаще вероятнее формирование зависимости от ПАВ. Кроме того, в 3,2 раза увеличивается риск указанных нарушений при наличии психических расстройств или зависимостей от ПАВ у родителей и опекунов. Вероятность употребления ПАВ возрастает в 1,6 раза при воспитании детей в условиях физического и эмоционального пренебрежения. Несмотря на распространённость прецедентов общественного насилия, его влияние на формирование расстройств употребления ПАВ оказалось статистически незначимым.

Регрессионный факторный анализ результатов оценки НДО среди наркологических больных позволил определить факторную структуру детских переживаний у респондентов, представленную в таблице 3.

Было выделено 4 фактора, объясняющие 51,8% общей совокупной дисперсии, содержащие 24 латентных переменных, представленные следующим образом. 1-й компонент интерпретируется как фактор «Жестокое обращение» (26,65% совокупной дисперсии). Наиболее высокие значения зарегистрированы в отношении переменных, отражающих физическое (внутрисемейное) насилие (A4  $r=0,951$ , A3  $r=0,908$ ); физическое (внутрисемейное) пренебрежение (P5  $r=0,907$ , P3  $r=0,867$ ), эмоциональное (внутрисемейное) насилие (A2  $r=0,759$ , A1  $r=0,556$ ), домашнее/партнерское насилие (F8  $r=0,573$ , F7  $r=0,449$ ).

## Результаты регрессионного факторного анализа

| Компонент | Фактор             |                      |                     |                     |
|-----------|--------------------|----------------------|---------------------|---------------------|
|           | Жестокое обращение | Общественное насилие | Сексуальное насилие | Семейная дисфункция |
| A4        | <b>0,951</b>       | -0,186               | 0,053               | -0,234              |
| A3        | <b>0,908</b>       | -0,178               | -0,056              | -0,200              |
| P5        | <b>0,907</b>       | -0,070               | 0,013               | -0,244              |
| P3        | <b>0,867</b>       | -0,074               | 0,434               | -0,200              |
| A2        | <b>0,759</b>       | -0,196               | 0,485               | -0,140              |
| A1        | <b>0,556</b>       | -0,292               | 0,380               | -0,327              |
| F8        | <b>0,573</b>       | -0,198               | 0,430               | -0,065              |
| F7        | <b>0,449</b>       | -0,376               | 0,560               | -0,303              |
| V5        | -0,150             | <b>0,906</b>         | 0,042               | -0,127              |
| P2        | 0,095              | <b>-0,885</b>        | 0,084               | 0,209               |
| V4        | -0,165             | <b>0,860</b>         | -0,136              | -0,050              |
| P1        | -0,110             | <b>-0,684</b>        | 0,217               | 0,386               |
| V1        | -0,103             | <b>0,544</b>         | 0,282               | -0,259              |
| A7        | 0,105              | -0,019               | <b>0,964</b>        | -0,217              |
| A8        | 0,186              | -0,120               | <b>0,868</b>        | -0,340              |
| A6        | -0,053             | 0,020                | <b>0,798</b>        | 0,056               |
| F6        | 0,263              | -0,407               | <b>0,770</b>        | -0,468              |
| A5        | 0,060              | 0,157                | <b>-0,658</b>       | -0,055              |
| F2        | 0,222              | 0,192                | 0,239               | <b>-0,879</b>       |
| F1        | 0,039              | 0,128                | 0,269               | <b>-0,860</b>       |
| F4        | 0,325              | 0,033                | 0,071               | <b>-0,849</b>       |
| F5        | 0,309              | 0,214                | 0,009               | <b>-0,828</b>       |
| F3        | 0,036              | 0,294                | 0,369               | <b>-0,694</b>       |
| V7        | 0,079              | 0,020                | -0,019              | -0,157              |
| V9        | -0,149             | 0,055                | 0,258               | -0,080              |
| V2        | 0,131              | 0,261                | 0,054               | 0,024               |
| V6        | 0,367              | -0,066               | -0,166              | -0,100              |
| V3        | -0,326             | 0,012                | -0,210              | 0,129               |
| P4        | 0,307              | 0,159                | 0,297               | -0,268              |
| V8        | -0,067             | -0,043               | 0,010               | 0,179               |

2-й компонент был связан с фактором «Общественное насилие» (11,38% совокупной дисперсии) и включал ответы пациентов, связанные с эмоциональным (буллинг, издевательства) (микросоциальным) и физическим (микросоциальным) (драки, избивание сверстниками, представителями силовых структур) насилием. Логично появление в этом блоке переменных, связанных с эмоциональным (внутрисемейным) пренебрежением: P1 «Ваши родители разделяли ваши проблемы и переживания?» ( $r=0,684$ ) и P2 «Ваши родители/опекуны владели реальной информацией о том, где вы проводите время, свободное от учебы или работы?» ( $r=0,885$ ).

3-й компонент включал переменные, отражающие фактор «Сексуальное насилие» (9,78% совокупной дисперсии) A7, A8, A6. Выявление в этом блоке переменной F6 «Вы видели или слышали родителей/опекунов/домочадцев, которые кричали, проклинали, оскорбляли или

унижали вас?» ( $r=0,770$ ), объясняется виктимизацией и предрасположенностью к сексуальному насилию как следствие психологического (внутрисемейного) насилия.

4-й фактор «Семейная дисфункция» включал переменные, определяющие нарушения внутрисемейного взаимодействия. Наибольшая нагрузка легла на переменные F1 ( $r=0,879$ ) и F2 ( $r=0,860$ ), описывающие психические заболевания и факты употребления ПАВ членами семьи. Переменные F4 ( $r=0,849$ ) и F5 ( $r=0,828$ ) были связаны с разводом родителей, разлукой с родителями или смертью родителей, так же как и их тюремным заключением.

#### ОБСУЖДЕНИЕ

Цель исследования состояла в том, чтобы определить опосредованность дисфункции в семьях родителей/опекунов между всем массивом неблагоприятных детских переживаний и употреблением ПАВ во взрослом возрасте.

Анализ полученных данных позволил выявить три категории нарушенных внутрисемейных взаимоотношений. К ним относятся нарушения эффективной и устойчивой коммуникации (психические заболевания, употребление ПАВ членами семьи, развод родителей, разлука с родителями, смерть одного или обоих родителей, их тюремное заключение; нарушения авторитетного руководства и поддержки со стороны родителей (эмоциональное насилие и эмоциональное пренебрежение, партнерское насилие между родителями/опекунами). Перечисленные факторы предполагают роли и обязанности родителей, которые не могут быть делегированы подрастающему поколению. Наличие указанных категорий неблагоприятного детского опыта способствует виктимизации и последующей подверженности жестокому обращению.

Выявленное в настоящем исследовании сильное влияние факторов среды воспитания наркологических пациентов, имевших неблагоприятный детский опыт, согласуется с результатами исследований De Rick [14], определившим, что низкий уровень эмоциональных взаимоотношений с родителями и отсутствие эмоциональной близости являются предиктором хронического эмоционального дистресса у лиц, имеющих проблемы с употреблением ПАВ. Показано, что холодные взаимоотношения в семье взаимосвязаны с трудностями вербализации и анализа эмоциональных изменений, что совпадает с выводами G. Loas [18] о том, что отсутствие возможности пациентов, употребляющих ПАВ, обрабатывать информацию аналитическим путем приводит к отсутствию у них в дальнейшем социальной уверенности, подкрепляемой эмоциональной неуверенностью в себе и, как следствие, к развитию зависимого поведения. Низкий уровень эмоционального участия родителей в процессе воспитания или, наоборот, высокие, но формальные требования к соблюдению строгой дисциплины predisполагают к заключению о формировании экстернального мышления, проявляющегося значительной привязанностью к внешней реальности, но при этом влияние интроспективного познания значительно снижается, формируя недостаточный уровень прагматического мышления [11].

Третья группа факторов непосредственно является травмирующей и связана с применением открытой силы против ребенка (физическое пренебрежение, физическое и сексуальное со стороны родителей/опекунов насилие).

Данные результаты согласуются с многочисленными исследованиями, доказавшими прочные связи между воздействием жестокого обращения в детстве, посттравматическим расстройством и дисрегуляцией эмоций, нарушением способности к регулированию эмоциональных конфликтов в результате развития «fear structures» – патологической когнитивной структуры, насыщенной эмоцией страха, приводящей к восприятию доброкачественных стимулов как угрожающих. Трудности регуляции эмоций могут функционировать как механизм, связывающий предшествующие в детском возрасте травмирующие переживания и последующее употребление ПАВ. Отсутствие эффективной стратегии регуляции эмоций, нарушения обработки эмоциональных сигналов у перенесших жестокое обращение и получающих лечение в связи с проблемным употреблением ПАВ увеличивают риск развития экстернальных расстройств поведения, в том числе антисоциальное поведение и паранойю. Для таких лиц характерно нежелание принимать помощь, что делает их более уязвимыми к рецидивам. Увеличен риск для интернальных проблем, особенно депрессии и тревоги [13].

В основе подверженности к психическим нарушениям и злоупотреблению ПАВ у детей, рожденных в семьях индивидов с алкогольной или наркотической зависимостью, лежит двойной механизм: с одной стороны, определенную роль играет наследственный фактор, а именно генетическая трансмиссия предрасположения к аддиктивным расстройствам, с другой – пристрастие к ПАВ у родителей порождает либо усугубляет насилие в семье, что закономерно ухудшает психическое здоровье ребенка [4].

В целом исследовательская литература, объединяющая проблемы жестокого обращения с детьми и последующего употребления ПАВ, с одной стороны, и проблемы употребления психоактивных веществ родителями и виктимизации потомства, с другой стороны, рассматривает гипотезу «intergenerational continuity» как возможный путь внутрисемейной преемственности поколений. Согласно этому положению, жестокое обращение родителей с детьми повышает риск последующих проблем, связанных с употреблением психоактивных веществ, которые затем, по мере того, как перенесшие насилие в детстве сами становятся родителями, повышают риск жестокого обращения и безнадзорности для их собственных детей [8, 10].

С другой стороны, более недавние исследования показывают, что ранний жизненный стресс также может вызвать изменения на клеточном уровне в виде ускоренного сокращения теломеры, что способствует быстрому старению клеток, их отмиранию или приобретению свойств злокачественной опухоли. Длина теломер была значительно короче у детей с высоким риском неблагоприятного детского опыта, находящихся в учреждениях социальной защиты по сравнению с детьми из группы низкого риска, находящихся в семье. Кроме того, родительская отзывчивость смягчила связь между ранними невзгодами и длиной теломеры, при этом более высокая эмпатийность родителей прогнозирует более длинные теломеры только среди детей высокого риска. Совместно рассматриваемые, эти результаты подтверждают критическую роль высококачественного родительского поведения в изменении биологического воздействия стресса ранней жизни [9, 19].

#### **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Доказанная взаимосвязь последствий неблагоприятного детского опыта с употреблением психоактивных веществ во взрослом возрасте [4, 5, 6, 7] предполагает необходимость обязательного исследования этой части жизни наркологических пациентов. Однако, несмотря на высокую чувствительность и информативность в отношении выявления массива НДО факторов физического, сексуального насилия, в связи с их особым значением для опрашиваемых, определяющимся болезненным погружением в воспоминания и опасением предполагаемых последствий раскрытия, делает для респондента вопросы об этом нежелательными, тем самым снижая эффективность скрининга неблагоприятного детского опыта. В связи с этим целесообразно проводить ретроспективную диагностику детских психотравмирующих событий опосредованно, т.е. через выявление факторов нарушенных взаимоотношений в семьях родителей/опекунов наркологических пациентов. Подтверждение сведений анамнеза о неблагоприятном детском травматическом опыте с последующей целевой коррекцией проблем дисрегуляции эмоций может являться эффективным дополнением к терапевтическим и профилактическим мероприятиям у пациентов, употребляющих ПАВ или находящихся в группе риска употребления.

#### **КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ**

Автор заявляет об отсутствии возможных конфликтов интересов в связи с публикацией данной статьи.

#### **ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ**

Автор подтверждает отсутствие финансирования и спонсорской поддержки при проведении исследования.

#### **СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ**

Работа соответствует этическим стандартам, разработанным в соответствии с Хельсинской декларацией ВМА (протокол заседания этического комитета ГАУЗ «Оренбургский областной клинический наркологический диспансер» № 1/2017 от 4 октября 2017 г., на базе которого проведено исследование).

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Ахметова Э.А. Дисгармоничная семья как фактор формирования зависимости к новым синтетическим «дизайнерским» наркотикам. *Медицинский вестник Башкортостана*. 2017; 12, 1(67): 15–20.
2. Семья как объект антинаркотической профилактической работы / под ред. проф. В.Н. Вострокнутова. М.: Министерство Образования РФ, 2002: 398.
3. Кибитов А.О. Семейная отягощенность по наркологическим заболеваниям: биологические, генетические и клинические характеристики. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2015; 25(1): 98–104.
4. Портнова А.А., Сиволап Ю.П. Злоупотребление психоактивными веществами: связь с травмами детского возраста. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2017; 117(4): 92–95. doi: 10.17116/jnevro20171174192-95
5. Цымбал Е.И. Жестокое обращение с детьми: причины, проявления, последствия. Издание второе исправленное и дополненное. М.: РБФ НАН, 2010: 286.
6. Ярцева Е.В., Гречаная Т.Б., Корчагина Г.А., Исаев Р.Н. Распространенность неблагоприятного детского опыта у реабилитантов с расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ. *Вопросы наркологии*. 2018; 7(31–45).
7. Adverse Childhood Experiences (ACE) Study Child Maltreatment Violence Prevention Injury Center CDC [Electronic Resource]. <http://www.cdc.gov/violenceprevention/acestudy/> (Дата обращения 23.09.2017)
8. Appleyard K., Berlin L.J., Rosanbalm K.D. Preventing Early Child Maltreatment: Implications from a Longitudinal Study of Maternal Abuse History, Substance Use Problems, and Offspring Victimization. *Prevention science. Society for Prevention Research*. 2011; 12(2): 139–149. <https://doi:10.1007/s11121-010-0193-2>
9. Asok A., Bernard K., Roth T.L., Rosen J.B., Dozier M. Parental Responsiveness Moderates the Association Between Early-life Stress and Reduced Telomere Length. *Development and Psychopathology*. 2013; 25 (3): 577–585. <https://doi:10.1017/S0954579413000011>

10. Belsky J., Bakermans-Kranenburg M., Van Ijzendoorn M. For Better and for Worse: Differential Susceptibility to Environmental Influences. *Current directions in psychological science*. 2007; 12(6): 300–304. doi: 10.1111/j.1467-8721.2007.00525.x
11. Barahmand U., Khazae A., Hashjin G.S. Emotion Dysregulation Mediates Between Childhood Emotional Abuse and Motives for Substance Use. *Arch Psychiatr Nurs*. 2016; 30 (6): 653–659. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.02.007>
12. Bethell C.D., Carle A., Hudziak J., Gombojav N., Powers K., Wade R., Braveman P. Methods to Assess Adverse Childhood Experiences of Children and Families: Toward Approaches to Promote Child Well-being in Policy and Practice. *Acad. Psychiatr*. 2017; 17: S51–S69. doi: 10.1016/j.acap.2017.04.161
13. Curran E., Adamson G., Stringer M. Severity of mental illness as a result of multiple childhood adversities: US National Epidemiologic Survey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2016; 1(5): 647–57. DOI: 10.1007/s00127-016-1198-3
14. De Rick A., Vanheule S. The relationship between perceived parenting, adult attachment style and alexithymia in alcoholic inpatients. *Addictive Behaviors*. 2006; 31(7): 1265–1270. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2005.08.010>
15. Dube S.R., Anda R.F., Felitti V.J., Chapman D.P., Williamson D.F., Giles W.H. Childhood abuse, household dysfunction and the risk of attempted suicide throughout the life span: Findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *JAMA*. 2001. 286: 3089–3096. doi.org/10.1001/jama.286.24.3089
16. Felitti V.J., Anda R.F., Nordenberg D., Williamson D.F., Spitz A.M., Edwards V., Koss M.P., Marks J.S. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*. 1998; 14(4): 245–258. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)
17. Loas G., Otmani O., Lecercle C., Jouvent R. Relationships between the emotional and cognitive components of alexithymia and dependency in alcoholics. *Psychiatry Research*. 2000; 96 (1): 63–74. [https://doi.org/10.1016/S0165-1781\(00\)00189-X](https://doi.org/10.1016/S0165-1781(00)00189-X)
18. Powers A., Etkin A., Gyurak A., Bradley B., Jovanovic T. Associations Between Childhood Abuse, Posttraumatic Stress Disorder, and implicit Emotion Regulation Deficits: Evidence From a Low-Income Inner City Population. *Psychiatry*. 2015; 78 (3): 251–264. doi:10.1080/00332747.2015.1069656
19. Price L.H., Kao H.-T., Burgers D.E., Carpenter L.L., Tyrka A.R. Telomeres and Early-Life Stress: An Overview. *Biological Psychiatry*. 2013; 73(1): 15–23. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2012.06.025>
20. World Health Organization. Adverse Childhood Experiences International Questionnaire. In Adverse Childhood Experiences International Questionnaire (ACE-IQ). [website]: Geneva: WHO, 2018. [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/activities/adverse\\_childhood\\_experience/](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/activities/adverse_childhood_experience/)

Поступила в редакцию 28.01.2019  
Утверждена к печати 8.04.2019

Катан Евгения Александровна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии и наркологии Оренбургского государственного медицинского института.

✉ Катан Евгения Александровна, k\_psynark\_fkp@orgma.ru

УДК 616.89-008.441.13-056.83:316.812.1-055.52-055.6:159.922.74

For citation: Katan E.A. Factors of dysfunctional family interrelations in the structure of adverse childhood experience in substance addicted patients. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2019; 2 (103): 22–31. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-2\(103\)-22-31](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-2(103)-22-31)

## Factors of dysfunctional family interrelations in the structure of adverse childhood experience in substance addicted patients

Katan E.A.

Orenburg State Medical University  
Sovetskaya Street 6, 460000, Orenburg, Russian Federation

### ABSTRACT

The factor structure of adverse childhood events in substance addicted patients was studied. Three categories of dysfunctional family relationships were identified: ineffective and unsustainable communication (mental illness and substance use by family members, divorce of parents, separation from parents or death of one/both parents, as well as their imprisonment; non-authoritative guidance and lack of support from parents (emotional abuse and emotional neglect, partner violence between parents/guardians); the use of open force against the child or the use of his feebleness (physical neglect, physical and sexual (by parents/guardians) abuse). It was suggested to carry out retrospective diag-

nostics of children's traumatic events indirectly, through identification of factors of the dysfunctional family of parents/guardians of substance addicted patients.

**Keywords:** adverse childhood experience, dysfunctional family, substance addicted patients.

#### REFERENCES

- Akhmetova E.A. Disgarmnichnaya sem'ya kak faktor formirovaniya zavisimosti k novym sinteticheskim «dizajnerskim» narkotikam» [Importance of Family Issues as a Factor Contributing to Development of Addiction to New “Designer” Drugs]. *Medicinskij vestnik Bashkortostana – Medical Bulletin of Bashkortostan*. 2017; 12, 1(67): 15–20 (in Russian).
- Sem'ya kak ob'ekt antinarkoticheskoj profilakticheskoj raboty / pod redakciej professora V.N. Vostroknutova [Family as the object of anti-drug preventive work]. V.N. Vostroknutov, ed. Moscow: Ministry of Education, 2002: 398 (in Russian).
- Kibitov A.O. Semejnaya otyagoshchennost' po narkologicheskim zabolevaniyam: biologicheskie, geneticheskie i klinicheskie karakteristiki [Familial Vulnerability for Addictions: Biological, Genetic and Clinical Characteristics]. *Social'naya i klinicheskaya psixiatriya – Social and Clinical Psychiatry*. 2015; 25(1): 98–104 (in Russian).
- Portnova A.A. Sivolap Yu.P. Zloupotreblenie psihoaktivnymi veshchestvami: svyaz' s travmami detskogo vozrasta [Substance abuse: a relationship with childhood traumas]. *Zhurnal nevrologii i psixiatrii im. S.S. Korsakova – S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2017; 117(4): 92–95 doi: 10.17116/jnevro20171174192-95 (in Russian).
- Cymbal E.I. Zhestokoe obrashchenie s det'mi: prichiny, proyavleniya, posledstviya. Izdanie vtoroe ispravlennoe i dopolnennoe [Child abuse: causes, manifestations, consequences. 2<sup>nd</sup> edition corrected and supplemented]. Moscow, 2010: 286 (in Russian).
- Yarceva E.V., Grechanaya T.B., Korchagina G.A., Isaev R.N. Rasprostranennost' neblagopriyatnogo detskogo opyta u reabilitantov s rasstrojstvami, svyazannymi s upotrebleniem psihoaktivnyh veshchestv [Prevalence of Adverse Childhood Experiences among Clients of Drug Rehab Centers with Substance Use Disorders]. *Voprosy narkologii – Journal of Addiction Problems*. 2018; 7(31–45).
- Adverse Childhood Experiences (ACE) Study Child Maltreatment Violence Prevention Injury Center CDC [Electronic Resource]. <http://www.cdc.gov/violenceprevention/acestudy/> (Date of Access 23.09.2017)
- Appleyard K., Berlin L.J., Rosanbalm K.D. Preventing Early Child Maltreatment: Implications from a Longitudinal Study of Maternal Abuse History, Substance Use Problems, and Offspring Victimization. *Prevention science. Society for Prevention Research*. 2011; 12(2): 139–149. <https://doi.org/10.1007/s11121-010-0193-2>
- Asok A., Bernard K., Roth T.L., Rosen J.B., Dozier M. Parental Responsiveness Moderates the Association Between Early-life Stress and Reduced Telomere Length. *Development and Psychopathology*. 2013; 25 (3): 577–585. <https://doi.org/10.1017/S0954579413000011>
- Belsky J., Bakermans-Kranenburg M., Van Ijzendoorn M. For Better and For Worse: Differential Susceptibility to Environmental Influences. *Current directions in psychological science*. 2007; 12(6): 300–304. doi: 10.1111/j.1467-8721.2007.00525.x
- Barahmand U., Khazaei A., Hashjin G.S. Emotion Dysregulation Mediates Between Childhood Emotional Abuse and Motives for Substance Use. *Arch Psychiatr Nurs*. 2016; 30 (6): 653–659. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.02.007>
- Bethell C.D., Carle A., Hudziak J., Gombojav N., Powers K., Wade R., Braveman P. Methods to Assess Adverse Childhood Experiences of Children and Families: Toward Approaches to Promote Child Well-being in Policy and Practice. *Acad. Pediatr*. 2017; 17: S51–S69. doi: 10.1016/j.acap.2017.04.161
- Curran E., Adamson G., Stringer M. Severity of mental illness as a result of multiple childhood adversities: US National Epidemiologic Survey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2016; 1(5): 647–57. DOI: 10.1007/s00127-016-1198-3
- De Rick A., Vanheule S. The relationship between perceived parenting, adult attachment style and alexithymia in alcoholic inpatients. *Addictive Behaviors*. 2006; 31(7): 1265–1270. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2005.08.010>
- Dube S.R., Anda R.F., Felitti V.J., Chapman D.P., Williamson D.F., Giles W.H. Childhood abuse, household dysfunction and the risk of attempted suicide throughout the life span: Findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *JAMA*. 2001. 286, 3089–3096. [doi.org/10.1001/jama.286.24.3089](https://doi.org/10.1001/jama.286.24.3089)
- Felitti V.J., Anda R.F., Nordenberg D., Williamson D.F., Spitz A.M., Edwards V., Koss M.P., Marks J.S. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*. 1998; 14(4): 245–258. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)
- Loas G., Otmani O., Lecercle C., Jouvent R. Relationships between the emotional and cognitive components of alexithymia and dependency in alcoholics. *Psychiatry Research*. 2000; 96 (1): 63–74. [https://doi.org/10.1016/S0165-1781\(00\)00189-X](https://doi.org/10.1016/S0165-1781(00)00189-X)
- Powers A., Etkin A., Gyurak A., Bradley B., Jovanovic T. Associations Between Childhood

- Abuse, Posttraumatic Stress Disorder, and implicit Emotion Regulation Deficits: Evidence From a Low-Income Inner City Population. *Psychiatry*. 2015; 78 (3): 251–264. doi:10.1080/00332747.2015.1069656
19. Price L.H., Kao H.-T., Burgers D.E., Carpenter L.L., Tyrka A.R. Telomeres and Early-Life Stress: An Overview. *Biological Psychiatry*. 2013; 73(1): 15–23. <https://doi:10.1016/j.biopsych.2012.06.025>
20. World Health Organization. Adverse Childhood Experiences International Questionnaire. In Adverse Childhood Experiences International Questionnaire (ACE-IQ). [website]: Geneva: WHO, 2018. [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/activities/adverse\\_childhood\\_expe](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/activities/adverse_childhood_expe)
- Received January 28.2018  
Accepted April 08.2019

Katan Evgenia A., PhD, Associate Professor of Psychiatry and Narcology Department of Orenburg State Medical Institute, University, Orenburg, Russian Federation.

✉ Katan Evgenia A., [k\\_psynark\\_fkp@orgma.ru](mailto:k_psynark_fkp@orgma.ru)