

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕЖДУНАРОДНОГО ОПРОСНИКА НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ДЕТСКОГО ОПЫТА ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ПСИХОТРАВМИРУЮЩИХ ФАКТОРОВ В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Катан Е.А.

Катан Евгения Александровна

кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии и наркологии; федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Оренбургский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ул. Советская, 6, Оренбург, 460000, Россия. Тел.: 8 (3532) 50-06-06.

E-mail: katan-evgenija@rambler.ru

Аннотация

Предупреждение распространенности жестокого обращения в детском возрасте и пренебрежения потребностями детей является одной из ключевых видов деятельности Всемирной организации здравоохранения. Научные исследования глобального масштаба доказали устойчивое влияние раннего жизненного опыта на долгосрочную дезадаптацию — основы для прогнозирования в зрелом возрасте будущих проблем со стороны физического, психического здоровья, социальных взаимоотношений, связанных с дисфункцией головного мозга в областях когнитивного и эмоционального функционирования, таких как префронтальная кора и лимбическая система: поведенческие расстройства, диссоциативные, ситуативные депрессивные и тревожные расстройства, суициды, посттравматические стрессовые расстройства.

Цель: представление данных научной литературы, освещающих влияние перенесенного неблагоприятного детского опыта на возникновение, формирование, проявление указанных последствий. Затронут вопрос о необходимости клинической доказательной оценки факторов жестокого обращения в детстве при анализе историй жизни пациентов.

Результаты: приведены определения основных форм жестокого обращения в детстве и обзорно даны основные психометрические методики для ретроспективной оценки психотравмирующих событий детства «Опросник детских травмирующих переживаний — Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)», «Опросник детского опыта запущенности и жестокого обращения (Childhood Experience of Care and Abuse questionnaire CECA-Q)», «Хронологический опросник жестокого обращения и злоупотребления в детстве» (Maltreatment and Abuse Chronology of Exposure, MACE).

С разрешения профессора Александра Батчарта, международного координатора группы ВОЗ по вопросам предупреждения насилия и профессора, д.м.н. М.А. Качаевой, национального координатора данного проекта в РФ, представлена русскоязычная версия международного опросника неблагоприятного детского опыта и информация о истории его возникновения, этапах модификации, структуре, психометрических свойствах.

Выводы. Приведенные методики ретроспективной оценки жестокого обращения и пренебрежения могут быть применены как для быстрого и точного сбора данных анамнеза жизни о неблагоприятном детском опыте у пациентов, так и в качестве инструмента эпидемиологического скрининга распространенности насилия и пренебрежения в детстве.

Ключевые слова: насилие в детстве; пренебрежение в детстве; неблагоприятный детский опыт; опросники.

УДК 159.9.072.432

Библиографическая ссылка

Катан Е.А. Использование международного опросника неблагоприятного детского опыта для выявления психотравмирующих факторов в детском и подростковом возрасте // Медицинская психология в России. – 2019. – Т. 11, № 2. – С. 8. doi: 10.24412/2219-8245-2019-2-8

Поступила в редакцию: 17.02.2019 Прошла рецензирование: 19.03.2019 Опубликована: 19.04.2019

Введение

Жестокое обращение с детьми — сложное социальное явление, отдельные стороны которого изучаются разными науками (социологией, психологией, медициной, уголовным и семейным правом). В 1999 г. Всемирная организация здравоохранения опубликовала определение понятия «насилие над детьми» (child abuse), отождествив его с понятием «жестокое обращение в детстве» (maltreatment in childhood) [2]. Согласно указанному определению, разработана научная терминология, которая описывает четыре основных вида жестокого обращения с детьми: пренебрежение, физическое насилие, сексуальное насилие и эмоциональное, или психологическое, насилие.

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

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

Педагогическая запущенность является вторым наиболее частым видом безнадзорности и включает в себя невозможность организовать адекватное обучение ребенка в средней школе, в том числе неспособность записать ребенка в школу или попустительство к хроническим прогулам, а также отсутствие обучения для детей с особыми образовательными потребностями.

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

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

Физическое насилие может варьироваться от незначительных синяков до убийства ребенка и может быть однократным или систематическим. Физическое насилие включает в себя наказание, которое не соответствует возрасту ребенка, его физическому развитию, состоянию здоровья, интеллектуальному или эмоциональному состоянию. Обычные дисциплинарные меры не требуют медицинского лечения, они не оставляют физических следов, таких как рубцы и синяки. К тяжелым формам физического насилия относятся: избиение ребенка (удары кулаками или пинками по телу или голове), прижигание, угроза ножом или огнестрельным оружием. К умеренным формам: удары руками по ягодицам, подзатыльники, пощечины, вырывание или выстригание клоchieв волос, встрясывание, обливание холодной водой, угрозы с замахиванием кулака или тяжелого предмета, болезненное щипание, выкручивание уха, требования к ребенку стоять на коленях или длительно стоять в неудобной позе, принуждение к вкладыванию в рот острого перца, соли, пищевой соды [Там же].

Сексуальное насилие подразумевает целый комплекс форм поведения, используемых взрослыми для сексуального возбуждения или удовлетворения: тактильные формы орально-генитального, генитального или анального контактов с ребенком (например, ласки гениталий ребенка) или несоприкасающиеся формы (например, эксгибиционизм, вуайеризм), а также половой акт (например, половое сношение, изнасилование, мужеложство) и коммерческую эксплуатацию детей

посредством проституции или производства порнографической продукции. Сексуальные потребности посягающего лица могут быть удовлетворены и без применения физического или психического насилия к детям. Взрослый, основываясь на возрастной неосведомленности ребенка и отсутствии у него осознанного понимания значения и характера совершаемых действий, может добиться достижения своих низменных целей другими способами (например, путем уговоров, обещаний, дарения подарков и др.) [1].

Эмоциональное насилие включает в себя отказ взрослых обеспечить надлежащую психологическую поддержку детей и создание неблагоприятной эмоциональной среды, которая вызывает или может вызвать серьезные поведенческие, когнитивные, эмоциональные или психические расстройства. Данная форма может проявляться вербальными действиями, направленными на эмоциональное здоровье и развитие ребенка, такими как запреты на действия, на перемещения ребенка, очернение, осмеяние, угрозы, принижение, дискриминация, неприятие и другие нефизические формы враждебного обращения. Эмоциональное насилие часто сосуществует с другими формами жестокого обращения. Последствия такого насилия длительное время могут протекать скрыто, проявляясь во взрослом возрасте склонностью повторять неблагоприятный опыт и предрасположенностью попадать в неблагоприятные ситуации (victimization) [13].

Существует взаимосвязь последствий жестокого обращения и возрастного периода жизни [20]. Период младенчества и раннего детства — наиболее уязвимый период для возникновения тяжелых последствий жестокого обращения в диапазоне от нарушения нейробиологического развития и созревания головного мозга до смертельных исходов.

Основной формой физического насилия в этот период являются удары по голове и телу, сопровождающиеся черепно-мозговыми травмами, повреждениями внутренних органов, переломами; чрезмерно энергичные потрясывания за конечности или плечи, вызывающие скрытые внутричерепные или внутриглазные кровотечения без признаков внешних травм (battered child syndrome, синдром избитого ребенка) [23].

Последствия пренебрежения или недобросовестного ухода так же драматичны. Несоблюдение норм ухода приводит к нарушению режима питания, регулярного сна, что проявляется значительным отставанием в физическом развитии, проявлениями депривационной карликовости. Последствия эмоционального пренебрежения проявляются поведенческими признаками задержки психического развития: отсутствием улыбки, отсутствием мимической экспрессии, наличием выражения отвращения во взгляде, использованием самостимулирующих действий, нетерпимостью к изменениям в привычной обстановке, низким уровнем активности.

У детей дошкольного и раннего школьного возраста, подвергшихся жестокому обращению, были обнаружены нарушения интеллектуального и речевого развития без признаков неврологических нарушений [30]. Однако в других исследованиях не обнаружено различий в интеллектуальном и когнитивном функционировании, языковых навыках или вербальных способностях. Когнитивный дефицит, возможно, вызван влиянием физического насилия на способности к обработке социальной информации, измененные результаты которой приводят к хроническому агрессивному поведению, склонности к поиску социальных провокаций [18]. В частности, исследования электропотенциалов головного мозга у детей с психотравмирующим опытом показывают картины нервной активации во время выполнения задач, требующих исполнительных функций, аналогичные наблюдающимся закономерностям у детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) [10].

Первые попытки суицидов и членовредительства среди детей, перенесших жестокое обращение, появляются в возрасте 7—12 лет [9].

Также дети этого возраста обнаруживают повышенный уровень депрессии, безнадежности и низкой самооценки. Дети в данном возрастном периоде уязвимы к воздействию факторов эмоционального насилия: третированию, терроризированию и запугиванию ребенка (например, постоянное умаление ребенка или уничтожение любимого объекта).

С наступлением полового созревания увеличиваются риски сексуального насилия, набирая свою максимальную выраженность в подростковый период. Темпы сексуального насилия в 1,5–3 раза выше среди девочек, чем мальчиков [33].

Насилие, особенно сексуальное, в этом возрасте может привести к побегам из дома. Сексуальное надругательство также способствует проявлению депрессивных и шизофреноподобных расстройств и приводит до трети пострадавших подростков к совершению суицидальных действий [31].

Жертвы насилия могут быть более уязвимыми к сексуальной распущенности и риску подростковой беременности [8]. У взрослых жестокое обращение в детстве является причиной психологических нарушений (беспомощность, низкая самооценка, чувство вины, стыд), поведенческих и эмоциональных расстройств: тревожности, депрессии, суицидального поведения, посттравматических стрессовых расстройств, наркологических заболеваний, трудностей в близких или интимных отношениях, диссоциативных (травматических) амнезий, диссоциативного расстройства идентичности, пограничного расстройства личности, антисоциального расстройства личности, соматизации и других медицинских проблем, компульсивной и беспорядочной сексуальной активности, переедания [20]. В целом существуют три научные модели, объясняющие взаимосвязь между воздействием детских переживаний и здоровьем взрослых [27; 32]. Биологическая теория подтверждает, что ранние невзгоды и психотравмы вызывают системную нейроэндокринную дисрегуляцию гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой, лимбической систем, нарушает функции ретикулярной формации и межполярного взаимодействия в коре больших полушарий, что приводит впоследствии к стойким морфологическим изменениям. Психологическая теория считает, что ранние болезненные переживания формируют стойкий дистресс и устойчивое состояние аллостаза как потребности в физиологическом ущербе, приписывая к таковому психосоматические заболевания. Существует также поведенческая теория, которая объединяет предыдущие и позиционирует, что биологическая и психологическая дисрегуляции приводят к формированию поведения, опасного для здоровья, снимающего дистресс и эмоциональное напряжение и, таким образом, выполняющего адаптивную функцию в краткосрочной перспективе.

В научном обзоре, опубликованном в Lancet в 2017 г. [29], авторы сообщают, что в общей сложности существует 11 621 публикация, отражающая результаты исследований распространенности и последствий неблагоприятного детского опыта, из них 2334 имеют размеры полноценных научных статей. По материалам 37 статей, использовавшихся в итоге, авторы (таблица 1) представляют сводную информацию о 253 719 участниках исследований в США, Великобритании, Финляндии, Канаде, Китае, Новой Зеландии, Филиппинах, Саудовской Аравии, странах Европы — Албании, Латвии, Литве, Македонии, России, Румынии, Турции, Черногории.

Таблица 1

Распространенность отдаленных последствий неблагоприятного детского опыта

Проявления отдаленных последствий	Абсолютное количество человек
Курение	152 830
Сердечно-сосудистые заболевания	123 663
Депрессии	104 672

Последствия тяжелых форм употребления алкоголя	84 904
Проблемы, связанные с лишней массой тела	84 840
Респираторные заболевания	72 050
Употребление наркотиков с тяжелыми последствиями	42 816
Проблемы с бытовым употреблением алкоголя	33 992
Ранняя половая жизнь	38 259
Тревога	38 092
Использование наркотиков по ситуации, без формирования зависимости	30 101
Насилие со стороны партнеров	27 935
Насилие со стороны окружающих	25 119
Суицидальные мысли, тенденции, попытки	24 858
Сниженный уровень удовлетворенности жизнью	17 675
Всего:	253 719

Диагностика психотравм детского возраста

Для выявления случаев и оценки интенсивности воздействия жестокого обращения и пренебрежения в детстве был разработан ряд инструментов, предназначенных для использования во взрослом периоде жизни. Одним из наиболее широко используемых инструментов является опросник детских травмирующих переживаний — Childhood Trauma Questionnaire (СТQ), разработанный Bernstein D.P. с соавторами (1997 г.) [34]. Эта методика прошла значимое психометрическое апробирование как в клинических, так и в общих популяциях. Оригинальный СТQ содержал 70 пунктов. Однако позже он был сокращен до краткой формы из 28 элементов (СТQ-SF), которая также была психометрически подтверждена.

Сопоставимым по количеству исследований, направленных на определение психометрической значимости, достоверности и надежности результатов, является опросник детского опыта запущенности и жестокого обращения (Childhood Experience of Care and Abuse questionnaire (CECA-Q) Bifulco A., Brown G.W. 1994) [12; 28]. Опросник включает разделы, посвященные потере родителей (смерть родителей, разлуку на 1 год или более из-за переезда и постоянного проживания родителей в другом месте в возрасте ребенка до 17 лет), оценку родительского ухода и психологического, физического и сексуального насилия со стороны родителей.

«Хронологический опросник жестокого обращения и злоупотребления в детстве» (Maltreatment and Abuse Chronology of Exposure (MACE), 2015 г.) [26] был специально создан для проведения исследований, изучающих взаимосвязь типа и длительности воздействия. Особенностью MACE и основной причиной его разработки является потенциальная способность инструмента определять периоды детства, в которые происходило воздействие факторов жестокого обращения.

Международный опросник неблагоприятного детского опыта и его модификации

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%) от дальнейшего участия в программе именно тех клиентов, кто успешно терял лишний вес. При тактичном и детальном собеседовании (n = 286) с участниками, покинувшими программу, было выявлено, что пациенты неосознанно используют ожирение как форму защиты от нежелательного сексуального внимания или как щит от физического нападения. Также 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. Исследование В. Фелитти и Р. Анда было первым, разрушившим социальное и психологическое табу о возможности откровенных разговоров о насилии, пренебрежении или нарушенных внутрисемейных отношениях в детстве как со стороны взрослых пациентов, так и врачей [3]. Для подтверждения предположения о взаимосвязи детских психотравмирующих событий и здоровья взрослых был разработан опросник неблагоприятных событий детства (Adversive Childhood Exposure, ACE). Методика изучения неблагоприятных событий детства объединила несколько групп факторов: физическое насилие (ФН), психологическое насилие (ПН), сексуальное насилие (СН), психологическое пренебрежение (ПП), физическое пренебрежение (ФП), серьезные нарушения внутрисемейных отношений (СНВО): партнерское насилие над матерью или сиблингами (ПНМС), психические расстройства членов семьи (ПРЧС), употребление ими психоактивных веществ (УЧСПАВ), развод или разлука с родителями (РРР), тюремное заключение родителей (ТЗР), чем отличалась от предыдущих исследований, которые были сосредоточены на отдельных видах жесткого обращения, преимущественно сексуального насилия и связанных с ним психопатологических расстройств [6]. В последующем предложенная методика оценки неблагоприятных событий детства позволила исследователям структурировать весь спектр тяжелых и болезненных переживаний, связанных с детским возрастом, и определить три основные группы вредоносных факторов: злоупотребление, пренебрежение, внутрисемейную дисфункцию, — в целом выделив неблагоприятный детский опыт (НДО — Adversive Childhood Experience, ACE) как термин, описывающий все вышеперечисленное [4; 9; 24]. 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 (ЭН — 10%, ФН — 26%, СН — 21%) и пренебрежения (ЭП — 15%, ФП — 10%) или в условиях серьезных нарушений внутрисемейных отношений (ПНМС — 13%, ПРЧС — 20%, РРР — 24%, ТЗР — 6%) [19].

Также исследовательская группа установила, что указанные психотравмирующие факторы сосуществовали в повседневной жизни ребенка. 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, одно событие было указано у 25%, от 2 до 4 — у 25%, переживание 4 и более случаев психотравм вспомнили 17% респондентов [24].

Массив исследований, принявший форму федерального в США, а позднее — международного (WHO Adversive Childhood Experience Study), выявил доказанные взаимосвязи НДО и онкологических заболеваний, сердечно-сосудистых заболеваний, хронических обструктивных заболеваний легких, хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта (эрозивный гастрит, неспецифический язвенный колит), неврологических нарушений со стороны опорно-двигательного аппарата [19; 30]. Дальнейшие исследования обнаружили, что увеличение баллов оценки ACE-score увеличивает шансы употребления табака в 2 раза, алкоголя — в 7, внутривенного использования наркотиков — в 10 раз, попыток совершить суицид — в 12 раз [4; 9].

В США существует более 10 модификаций опросников неблагоприятного детского опыта, разработанных на базе оригинального опросника неблагоприятных событий детства, разработанного Фелитти и Анда для Кайзеровского центра контроля и профилактики заболеваний. В таблице 2 приводится сравнительная характеристика трех методик, наиболее широко используемых для выявления событий жесткого обращения, пренебрежения, нарушенных внутрисемейных отношений детства [19].

Сравнительная характеристика методик оценки неблагоприятного детского опыта

Название методики	Оригинальный опросник неблагоприятного детского опыта <i>Adverse Childhood Experience (ACE)</i> , разработанный американским медицинским профилактическим центром Kaiser Permanente (<i>National Center for Injury Prevention and Control</i> , 1995 г.)	Международный опросник неблагоприятного детского опыта Всемирной организации здравоохранения (<i>WHO ACE International Questionnaire</i>), разработан ВОЗ и Кайзеровским центром, 2000	Обследование факторов рискованного поведения на государственном уровне <i>Behavioral Risk Factor Surveillance Survey (BRFSS)</i>
Цель исследования (ЦИ) Целевая аудитория (ЦА) Источники данных (ИД)	ЦИ: скрининг; ЦА: взрослые; ИД: самоотчеты.	ЦИ: распространение и планирование программ международного сравнения распространенности неблагоприятного детского опыта; ЦА: взрослые; ИД: самоотчеты.	ЦИ: обзор мер государственной политики в отношении противодействия распространению рискованного поведения; ЦА: взрослые; ИД: самоотчеты.
Дизайн опросника Типы НДО	28 вопросов, 10 групп в соответствии с типами НДО: ФН, ПН, СН, ЭП, ФП, УЧСПАВ, ПРЧС, ПНМС, РРР, ТЗР.	28 вопросов, 10 групп в соответствии с типами НДО: ФН, ПН, СН, ЭП, ФП, УЧСПАВ, ПРЧС, ПНМС, РРР, ТЗР.	11 вопросов, 8 групп в соответствии с типами НДО: ФН, ПН, СН, УЧСПАВ, ПРЧС, ПНМС, РРР, ТЗР.
Оценка и представление результатов	Суммарный индекс (СИ): 0—10 баллов; группы: 0, 2—3, > 4.	СИ 0—13 баллов.	СИ: 0, 1, 2, 3, 4, >5.
Разработка и апробирование	Разработана на основе: шкала тактики конфликтов (<i>Conflict Tactics Scale</i>); опросник детских травмирующих переживаний — <i>Childhood Trauma Questionnaire</i> ; опросник последствий сексуального насилия в детстве Уайта (<i>Wyatt sexual abuse</i>).	Модификация BRFSS, добавлены вопросы для международного применения. Проведены испытания в 6 странах, в настоящее время проходит проверки надежности и валидности.	Модификация оригинального опросника ACE по результатам факторного анализа.

Дополнительная информация	Демографическая характеристика, история жизни, сопутствующие состояния и расстройства.	Демографическая характеристика, история жизни, сопутствующие состояния и расстройства.	Демографическая характеристика, история жизни, сопутствующие состояния и расстройства.
---------------------------	--	--	--

Таким образом, Международный опросник неблагоприятного детского опыта (Adverse Childhood Experience International Questionnaire, ACE-IQ) является модифицированной версией оригинального опросника НДО, разработанной в 1995 г. в Кайзеровском центре. Помимо основных 10 факторов НДО, в Международный опросник добавлены 3 группы факторов, определяющих насилие, исходящее от группы лиц: на микросоциальном уровне — издевательства со стороны сверстников (буллинг — Б), свидетельство насилия в микрогруппе (коллективное насилие — КН) и на общественном уровне, включающем войны, политические, этнические конфликты, насильственные действия организованных преступных формирований — общественное насилие (ОН) [35].

Международный опросник неблагоприятного детского опыта (Adverse Childhood Experience International Questionnaire, WHO ACE-IQ) представлен следующей структурой (Приложение). Вопросы к респондентам имеют свой номер и закодированы в 6 групп: 1) демографическая (персональная) информация (код С — Core question); 2) настоящая семья (код М — Marriage question); 3) взаимоотношения с родителями/ опекунами (код Р — Parents/guardian question); 4) проблемы семейного окружения (код F — Family question); 5) злоупотребление детским периодом жизни (код А — Abuse question); 6) насилие (применение дополнительной силы) (код V — Violence). Согласно разработчикам, дизайн опросника предполагает перекрестное распределение вопросов на 13 категорий, имеющих непосредственное отношение к неблагоприятному детскому опыту: физическое насилие (А3, А4); эмоциональное насилие (А1, А2); сексуальное насилие (А5, А6, А7, А8); 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). В преамбуле сформулирован запрос «Когда вам не было 18 лет...». В настоящем исследовании используется частотный подход учета указанных категорий НДО (много раз — 1 балл, было несколько раз — 2 балла, однажды — 3 балла, никогда — 4 балла); вопросы, отражающие проблемы семейного окружения (F1—F5), предполагают ответ «да» — 1 балл, ответ «нет» — 2 балла; к вопросам категории «Эмоциональное пренебрежение» (P1, P2) применена 5-балльная шкала с обратным значением.

Международный опросник НДО признан как эффективный инструмент изучения потенциальной распространенности стандартизированных факторов неблагоприятных событий детства. В рамках работы, проводимой ВОЗ по валидации WHO ACE-IQ, происходит накопление научных данных о сходствах и различиях результатов изучения психометрических свойств ACE-IQ, продиктованных этнокультуральными, социальными, экономическими нормами в разных странах [5; 6; 7; 11; 15; 17; 22; 25; 32]. Масса исследований подтвердили хорошую валидность контента WHO ACE-IQ, достоверную внутреннюю согласованность, удовлетворительную тест-ретестовую надежность и семантическую эквивалентность. Согласно этому, все ключевые элементы WHO ACE-IQ являются очень важными и делают информацию, полученную с помощью международного опросника НДО, дискретной и независимой, несмотря на то что рассматривается некоторое множество факторов [15].

В исследовании 2014 года [14], проведенном с использованием модификации оригинальной Кайзеровской модели ACE, авторы предлагают 3-факторную модель опросника, включающую факторы: «Бытовая дисфункция», «Физическое/эмоциональное насилие», «Сексуальное насилие». Изучение межфакторной корреляции позволяет авторам делать вывод о связи всех 3 факторов в направлениях: «Бытовая дисфункция — Сексуальное насилие»; «Сексуальное насилие — Физическое/эмоциональное насилие» — и предположить наличие дополнительного фактора НДО более высокого порядка. Также, по мнению исследователей [36], высокая чувствительность и информативность в отношении выявления эпизодов НДО, факторов физического, сексуального, эмоционального насилия, в связи с их особым, интрузивным значением для респондентов, определяющимся болезненным погружением в воспоминания и опасением предполагаемых последствий раскрытия, делает эти пункты опросника нежелательными для включения в инструменты быстрого скрининга НДО. В связи с этим авторы предлагают 2-позиционную модель опросника НДО, состоящую из фактора «Употребление ПАВ домочадцами» и фактора «Эмоциональное насилие». Валидность данной модели была подтверждена результатами регрессионного анализа, который продемонстрировал эквивалентные исходы здоровья у пациентов, НДО которых выявлялся с помощью оригинальной и двухмерной моделей.

В более позднем исследовании 2018 года [16] использована расширенная оценка неблагоприятных детских переживаний, объединившая оригинальные элементы WHO ACE IQ с элементами опросника виктимизации подростков. В результате предложена модель с 4 взаимосвязанными факторами: «Жестокое обращение», «Дисфункция домочадцев», «Дисфункция общины», «Дисфункция сверстников». Модель показала надежность тест-ретестирования, конвергентную и прогностическую валидность и, по мнению исследователей, позволяет оценить кумулятивное травматическое влияние раннего опыта виктимизации и беспомощности перед лицом преднамеренных эмоциональных или физических угроз или фактического вреда со стороны других.

Заключение

Определение надежности и валидности международного опросника неблагоприятного детского опыта (WHO ACE-IQ) в настоящее время является главным содержанием деятельности ВОЗ, направленной на международное распространение опросника для исследования насилия над детьми в мире и разработку мер противодействия ему. Использование в нашей работе международного опросника неблагоприятного детского опыта (WHO ACE-IQ) было разрешено профессором Александром Батчартом (Alexander Butchart, MA, PhD), международным координатором группы ВОЗ по вопросам предупреждения насилия Prevention of Violence Team (PVL), и профессором, д.м.н. М.А. Качаевой, национальным координатором данного проекта в РФ (Приложение).

Неблагоприятный опыт детства, включая эмоциональное насилие, злоупотребление психоактивными веществами в семье, раздельное проживание или развод родителей, физическое насилие, насилие в отношениях между взрослыми, психические заболевания в семье, сексуальное насилие или лишение свободы члена семьи, может оказать глубокое воздействие на здоровье и благополучие во взрослом возрасте. Значительный объем научных данных, определяющих сильную взаимосвязь между детской психотравмой и риском заболевания во взрослой жизни, порождает интерес к выявлению неблагоприятных событий детства. Для поддержки дальнейшей разработки психолого-профилактических мероприятий, направленных на преодоление детских невзгод, потребуются эффективные подходы к выявлению пережитых детских травматических событий. Использование международного вопросника неблагоприятного детского опыта (WHO ACE-IQ) отвечает этим потребностям.

ADVERSE CHILDHOOD EXPERIENCES INTERNATIONAL QUESTIONNAIRE (ACE-IQ)
НЕБЛАГОПОЛУЧНЫЙ ДЕТСКИЙ ОПЫТ
(МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПРОСНИК)

0		ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ	
0.1. С.1	Пол	Мужчина	
		Женщина	
0.2. С.2	Дата вашего рождения	...день ...месяцгод	
0.3. С.3	Сколько вам полных лет		
0.4. С.4	Ваша национальность и вероисповедание	
0.5. С.5	Уровень вашего образования	Не обучался	
		Не закончил начальную школу	
		Начальная школа	
		Среднее/средне специальное	
		Высшее	
		Аспирантура	
0.6. С.6	Какой из следующих вариантов лучше всего описывает вашу основную работу в течение последних 12 месяцев?	Не определено	
		Государственное учреждение	
		Частная организация	
		Собственное предприятие	
		Случайные приработки	
		Студент	
		Домохозяйка	
		Пенсионер/инвалид	
		Безработный (могу работать)	
Безработный (не могу работать)			
0.7. С.7	Ваше семейное положение	Не определено	
		Женат/замужем (переход к Q/M2)	
		Живу гражданским браком	
		Разведен / разлучен	
		Одинок/одинок	
		Вдовец/вдова (переход к Q.M2)	
Другое			
Не определено			
1		ВАША СЕМЬЯ	
1.1. М.1	Вы были женаты/замужем?	Да	
		Нет (переход к в. М5)	
1.2.	В каком возрасте вы женились/вышли замуж?лет	

М.2		Не определено
1.3. М.3	Вы сами выбрали свою первую жену/первого мужа?	Да (переход к в. М5) Нет Не определено
1.4. М.4	Во время своего первого брака, если Вы не сами выбирали себе мужа/жену, а дали свое согласие на чей-то выбор?	Да Нет Не определено
1.5. М.5	Если вы отец или мать, сколько вам было лет, когда у вас появился первый ребенок?лет Нет детей Не определено
2	ВЗАИМООТНОШЕНИЯ С РОДИТЕЛЯМИ/ОПЕКУНАМИ	
Когда вы росли, в возрасте до 18 лет...		
2.1. Р.1	Ваши родители или опекуны разделяли ваши проблемы или переживания	Всегда
		В большинстве случаев
		Иногда
		Редко
		Никогда
2.2. Р.2	Ваши родители или опекуны владели реальной информацией о том, где вы проводите время в свободное от учебы и работы время?	Всегда
		В большинстве случаев
		Иногда
		Редко
		Никогда
3.1. Р.3	Как часто Ваши родители/опекуны не давали вам достаточно еды, даже когда они могли легко сделать это?	Много раз
		Было несколько раз
		Однажды
		Никогда
		Не определено
3.2. Р.4	Были ли ваши родители / опекуны опьянены алкоголем или наркотиками настолько, чтобы не заботиться о вас?	Много раз
		Было несколько раз
		Однажды
		Никогда
		Не определено
3.3. Р.5	Как часто Ваши родители/опекуны не отправляли вас в школу, даже когда это было необходимо?	Много раз
		Было несколько раз
		Однажды
		Никогда
		Не определено
4	СЕМЕЙНОЕ ОКРУЖЕНИЕ	
4.1. F.1	Кто то из тех с кем вы жили в детстве, имели проблемы с употреблением алкоголя или других веществ?	Да
		Нет
		Не определено
4.2. F.2	Кто-то из тех, с кем вы жили в детстве, страдал депрессиями, психическими расстройствами или совершал суицид?	Да
		Нет
		Не определено

4.3. F.3	Вы жили с членом семьи, который побывал в СИЗО или тюрьме?	Да
		Нет
		Не определено
4.4. F.4	Были ли ваши родители когда-либо разлучены или разведены?	Да
		Нет
		Не определено
4.5. F.5	Кто-то из ваших родителей/опекунов умер, когда вам не было 18 лет?	Да
		Нет
		Не определено
Следующие вопросы — о некоторых событиях, о которых вы, возможно, слышали или видели у себя дома. Эти действия также могли быть совершены в отношении не только вас, но и другого члена семьи.		
4.6. F.6	Вы видели или слышали родителя или члена вашей семьи, который кричал, проклинал, оскорблял или унижал домочадцев?	Много раз
		Было несколько раз
		Однажды
		Никогда
		Не определено
4.7. F.7	Вы видели или слышали родителя или члена вашей семьи, который ударял, пинал или избивал домочадцев?	Много раз
		Было несколько раз
		Однажды
		Никогда
		Не определено
4.8. F.8	Вы видели или слышали родителя или члена вашей семьи, пострадавшего или получившего раны от таких объектов, как палка (или трость), бутылка, дубинка, нож, кнут?	Много раз
		Было несколько раз
		Однажды
		Никогда
		Не определено
Следующие вопросы — о некоторых вещах, которые вы, возможно, испытали.		
Когда вы росли, в течение первых 18 лет своей жизни...		
5.1. A.1	Родитель, опекун или другие домочадцы могли кричать, ругаться на вас, оскорблять или унижать вас?	Много раз
		Было несколько раз
		Однажды
		Никогда
		Не определено
5.2. A.2	Родитель, опекун или другие домочадцы могли угрожать, или на самом деле, отказаться от вас или выгнать вас из дома?	Много раз
		Было несколько раз
		Однажды
		Никогда
		Не определено
5.3. A.3	Родитель, опекун или другие домочадцы могли бить, пинать, ударять или избивать вас?	Много раз
		Было несколько раз
		Однажды
		Никогда
		Не определено
5.4.	Родитель, опекун или другие домочадцы могли	Много раз

A.4	избить или нанести вам раны такими предметами, как палка (или трость), бутылка, дубинка, нож, кнут?	Было несколько раз
		Однажды
		Никогда
		Не определено
5.5. A.5	Кто-то трогал или ласкал ваши половые органы, когда вы этого не хотели?	Много раз
		Было несколько раз
		Однажды
		Никогда
5.6. A.6	Кто-то заставил вас прикоснуться к своим половым органам, когда вы этого не хотели?	Много раз
		Было несколько раз
		Однажды
		Никогда
5.7. A.7	Кто-то пытался установить оральный, анальный или влагалищный контакт с вами, когда вы не хотели этого?	Много раз
		Было несколько раз
		Однажды
		Никогда
5.8. A.8	Кто-то смог установить оральный, анальный или влагалищный контакт с вами, когда вы не хотели этого?	Много раз
		Было несколько раз
		Однажды
		Никогда
5	НАСИЛИЕ В СООБЩЕСТВЕ	Не определено
<p>Следующие вопросы о том, запугивали ли вас или издевались ли над вами, когда вы росли. Запугивание – это ситуации, когда человек или группа людей говорят или делают плохие и неприятные вещи в отношении другого человека. Издевательством также являются ситуации, когда молодого человека много дразнят или обижают. Но издевательством не являются ситуации, когда двое равных по силе молодых человека спорят или шутят друг над другом в веселой и дружественной обстановке.</p>		
Когда вы росли, в течение первых 18 лет своей жизни...		
6.1. V.1	Как часто над вами издевались?	Много раз
		Было несколько раз
		Однажды
		Никогда
6.2. V.2	Каким образом над вами чаще всего издевались:	Не определено
		Меня избивали, пинали, выкручивали, запирали в закрытом помещении
		Смеялись над моей национальностью, цветом кожи, расовой принадлежностью
		Я был высмеян из-за своей религиозной принадлежности

		Я был высмеян с помощью сексуальных шуток или жестов
		Меня выгоняли или полностью игнорировали
		Были высмеяны мой внешний вид или мое лицо
		Надо мной издевались другими способами
Следующий вопрос — о физических драках. Драка происходит, когда двое молодых людей примерно равной силы наносят побои друг другу.		
Когда вы росли, в течение первых 18 лет своей жизни...		
6.3. V.3	Как часто вы дрались?	Много раз
		Было несколько раз
		Однажды
		Никогда
		Не определено
СВИДЕТЕЛЬСТВО НАСИЛИЯ В ОБЩЕСТВЕ		
Следующие вопросы - о том, как часто, когда вы были ребенком, вы, возможно, видели или слышали некоторые вещи в вашем районе или в окружении (но не в вашем доме или на ТВ/радио).		
Когда вы росли, в течение первых 18 лет своей жизни		
7.1. V.4	Вы видели или слышали, как кого-то избивали в реальной жизни?	Много раз
		Было несколько раз
		Однажды
		Никогда
		Не определено
7.2. V.5	Вы видели или слышали как кому-то угрожали ножом или пистолетом в реальной жизни?	Много раз
		Было несколько раз
		Однажды
		Никогда
		Не определено
7.3. V.6	Вы видели как кому-то наносили ножевые ранения или стреляли в реальной жизни?	Много раз
		Было несколько раз
		Однажды
		Никогда
		Не определено
Эти вопросы о следующих событиях из вашего детства, связанных с коллективным насилием, включая войны, терроризм, политические или этнические конфликты, геноцид, репрессии, исчезновения, пытки и организованные насильственные преступления, такие как бандитизм.		
Когда вы росли, в течение первых 18 лет своей жизни...		
8.1. V.7	Вы были вынуждены переехать и жить в другом место из-за любого из этих событий?	Много раз
		Было несколько раз
		Однажды
		Никогда
		Не определено
8.2.	Вы испытали на себе умышленное разрушение вашего	Много раз

V.8	дома из-за любого из этих событий?	Было несколько раз
		Однажды
		Никогда
		Не определено
8.3. V.9	Были ли вы избиты солдатами, полицейскими, милиционерами или бандитами?	Много раз
		Было несколько раз
		Однажды
		Никогда
8.4. V.10	Член вашей семьи или друг погиб или был избит солдатами, полицией, милицией, или бандитской группировкой?	Много раз
		Было несколько раз
		Однажды
		Никогда
		Не определено

Литература

1. Коваль Н.В. К вопросу о необходимости определения понятия «жестокое обращение с ребенком» // Национальный психологический журнал. – 2015. – № 1 (17). – С. 16–25.
2. Насилие и его влияние на здоровье. Доклад о ситуации в мире / под ред. Э.Г. Круга, Л.Л. Дальберг, Дж.А. Мерси [и др.] / пер. с англ. – Женева: ВОЗ; М: Весь Мир, 2003. – 376 с.
3. Adverse Childhood Experiences (ACEs). – Available at: <http://www.cdc.gov/violence-prevention/acestudy/> (accessed 23 September 2017).
4. Adverse childhood experiences and the association with ever using alcohol and initiating alcohol use during adolescence / S.R. Dube, J.W. Miller, D.W. Brown [et al.] // J Adolesc Health. – 2006. – Vol. 38, № 4. – P. 410–421.
5. Adverse childhood experiences, chronic diseases, and risky health behaviors in Saudi Arabian adults: A pilot study / M. Almuneef, M. Qayad, M. Aleissa [et al.] // Child Abuse and Neglect. – 2014. – Vol. 38, № 11. – P. 1787–1793.
6. Al-Shawi A.F., Lafta R.K. Effect of adverse childhood experiences on physical health in adulthood: Results of a study conducted in Baghdad city // Journal of Family and Community Medicine. – 2015. – Vol. 22, № 2. – P. 78–84.
7. An analysis of retrospective and repeat prospective reports of adverse childhood experiences from the South African Birth to Twenty Plus cohort / S.N. Naicker, S.A. Norris, M. Mabaso [et al.] // PLoS ONE. – 2017. – Vol. 12, № 7. – P. e0181522.
8. Browne A., Finkelhor D. Impact of child sexual abuse: A review of the research // Psychological Bulletin. – 1986. – Vol. 99, № 1. – P. 66–77.
9. Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: findings from the Adverse Childhood Experiences Study / S.R. Dube, R.F. Anda, V.J. Felitti [et al.] // JAMA. – 2001. – Vol. 286, № 24. – P. 3089–3096.
10. Clinician Perspectives on Treating Adolescents with Co-occurring Post-Traumatic Stress Disorder, Substance Use, and Other Problems / Z.W. Adams, J.L. McCauley, S.E. Back [et al.] // J Child Adolesc Subst Abuse. – 2016. – Vol. 25, № 6. – P. 575–583.
11. Damodaran D.K., Paul V.K. Patterning/Clustering of Adverse Childhood Experiences (ACEs): The Indian Scenario // Psychological Studies. – 2017. – Vol. 62, № 1. – P 75–84.

12. Development of a retrospective interview measure of parental maltreatment using the Childhood Experience of Care and Abuse (CECA) instrument – A life-course study of adult chronic depression – 1 / G.W. Brown, T.K. Craig, T.O. Harris [et al.] // *J Affect Disord.* – 2007. – Vol. 103, № 1-3. – P. 205–215.
13. Effects of early intervention and the moderating effects of brain activity on institutionalized children’s social skills at age 8 / A.N. Almas, K.A. Degnan, A. Radulescu [et al.] // *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America.* – 2012. – Vol. 109 (Suppl 2). – P. 17228–17231.
14. Examination of the factorial structure of adverse childhood experiences and recommendations for three subscale scores / D.C. Ford, M.T. Merrick, S.E. Parks [et al.] // *Psychology of Violence.* – 2014. – Vol. 4, № 4. – P. 432–444.
15. Examining patterns of adversity in Chinese young adults using the Adverse Childhood Experiences – International Questionnaire (ACE-IQ) / G.W.K. Ho, A.C.Y. Chan, W.T. Chien [et al.] // *Child Abuse Negl.* – 2019. – Vol. 88. – P. 179–188.
16. Karatekin C., Hill M. Expanding the Original Definition of Adverse Childhood Experiences (ACEs) // *Journal of Child and Adolescent Trauma.* – 2018. – P. 1–18.
17. Kazeem O.T. A Validation of the Adverse Childhood Experiences Scale in Nigeria // *Research on Humanities and Social Sciences.* – 2015. – Vol. 5, № 11. – P. 18–23.
18. Maltreatment-associated neurodevelopmental disorders: a co-twin control analysis / L. Dinkler, S. Lundström, R. Gajwani [et al.] // *J Child Psychol Psychiatry.* – 2017. – Vol. 58, № 6. – P. 691–701.
19. Methods to Assess Adverse Childhood Experiences of Children and Families: Toward Approaches to Promote Child Well-being in Policy and Practice / C.D. Bethell, A. Carle, J. Hudziak [et al.] // *Academic Pediatrics.* – 2017. – Vol. 17, № 7 (Suppl.). – P. S51–S.69.
20. *New Directions in Child Abuse and Neglect Research* / ed. by A.C. Petersen, J. Joseph, M. Feit. – Washington, DC: National Academies Press, 2014. – 442 p.
21. Olofson M.W. A New Measurement of Adverse Childhood Experiences Drawn from the Panel Study of Income Dynamics Child Development Supplement // *Child Indicators Research.* – 2018. – Vol. 11, № 2. – P. 629–647.
22. Psychometric properties of the Adverse Childhood Experiences Abuse Short Form (ACE-ASF) among Romanian high school students / F. Meinck, A.P. Cosma, C. Mikton [et al.] // *Child Abuse Negl.* – 2017. – Vol. 72. – P. 326–337.
23. Reith W., Yilmaz U., Kraus C. Shaken baby syndrome // *Radiologe.* – 2016. – Vol. 56, № 5. – P. 424–431 [in German].
24. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study / V.J. Felitti, R.F. Anda, D. Nordenberg [et al.] // *Am J Prev Med.* – 1998. – Vol. 14, № 4. – P. 245–258.
25. Reliability and validity of the korean version of the childhood trauma questionnaire – short form for psychiatric outpatients / D. Kim, S.C. Park, H. Yang [et al.] // *Psychiatry Investig.* – 2011. – Vol. 8, № 4. – P. 305–311.
26. Teicher M.H., Parigger A. The 'Maltreatment and Abuse Chronology of Exposure' (MACE) Scale for the Retrospective Assessment of Abuse and Neglect During Development // *PLoS ONE.* – 2015. – Vol. 10, № 2. – P. e0117423.
27. Teicher M.H., Samson J.A. Annual Research Review: Enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect // *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines.* – 2016. – Vol. 57, № 3. – P. 241–266.
28. The childhood experience of care and abuse questionnaire (CECA.Q): validation in a community series / A. Bifulco, O. Bernazzani, P.M. Moran [et al.] // *Br J Clin Psychol.* – 2005. – Vol. 44 (Pt 4). – P. 563–581.
29. The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis / K. Hughes, M.A. Bellis, K.A. Hardcastle [et al.] // *Lancet Public Health.* – 2017. – Vol. 2, № 8. – P. e356–e366.

30. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis / R.E. Norman, M. Byambaa, R. De [et al.] // *PLoS Med.* – 2012. – Vol. 9, № 11. – P. e1001349.
31. The relationship between child abuse and negative outcomes among substance users: psychopathology, health, and comorbidities / A.N. Banducci, E. Hoffman, C.W. Lejuez [et al.] // *Addict Behav.* – 2014. – Vol. 39, № 10. – P. 1522–1527.
32. The reliable, valid and economic assessment of early traumatization: First psychometric characteristics of the German version of the Adverse Childhood Experiences Questionnaire (ACE) / K. Wingenfeld, I. Schäfer, K. Terfehr [et al.] // *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie.* – 2011. – Vol. 61, № 1. – P. e10–e14 [in German].
33. Trickett P.K., Noll J.G., Putnam F.W. The impact of sexual abuse on female development: Lessons from a multigenerational, longitudinal research study // *Development and Psychopathology.* – 2011. – Vol. 23, № 2. – P. 453–476.
34. Validity of the Childhood Trauma Questionnaire in an adolescent psychiatric population / D.P. Bernstein, T. Ahluvalia, D. Pogge [et al.] // *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* – 1997. – Vol. 36, № 3. – P. 340–348.
35. WHO. Adverse Childhood Experiences International Questionnaire (ACE-IQ). – Available at: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/activities/adverse_childhood_experiences/guide/en/ (accessed 15 February 2019).
36. Widom C.S., Raphael K.G., Du Mont K.A. The case for prospective longitudinal studies in child maltreatment research: Commentary on Dude, Williamson, Thompson, Felitti, and Anda (2004) // *Child Abuse and Neglect.* – 2004. – Vol. 28, № 7. – P. 715–722.

Using the international questionnaire of adverse childhood experiences to identify psychotraumatic factors in childhood and adolescence

Katan E.A.¹

E-mail: katan-evgenija

¹ Orenburg State Medical University
6 Sovetskaya str., Orenburg, 460000, Russia
Phone: +7 (3532) 50-06-06

Abstract

Preventing the prevalence of childhood abuse and neglect of the needs of children is one of the key activities of the World Health Organization. Global scientific research has proven the lasting impact of early life experience on long-term maladjustment — the basis for predicting future problems in adulthood from the side of physical, mental health, social relationships associated with brain dysfunction in areas of cognitive and emotional functioning, such as the prefrontal cortex and limbic system: behavioral disorders, dissociative, situational depressive and anxiety disorders, suicides, post-traumatic stress disorder.

Purpose: presentation of scientific literature data highlighting the influence of the transferred unfavorable childhood experience on the emergence, formation, manifestation of these consequences. The question of the need for clinical evidence-based assessment of factors of abuse in childhood in the analysis of patients' life histories is raised.

Results: the definitions of the main forms of abuse in childhood are given and an overview of the main psychometric techniques for retrospective assessment of traumatic childhood events "Childhood Trauma Questionnaire" (CTQ), "Childhood Experience of Care and Abuse questionnaire" (CECA-Q), "Maltreatment and Abuse Chronology of Exposure" (MACE).

Courtesy of Professor Alexander Butchart, International Coordinator of the WHO Group on Violence Prevention and Professor, Ph.D. M.A. Kachaeva, the national coordinator of this project in the Russian Federation, presented the Russian-language version of the international questionnaire of adverse childhood experiences and information on the history of its occurrence, stages of modification, structure, and psychometric properties.

Conclusions. These retrospective assessments of abuse and neglect can be used both to quickly and accurately collect life history data on adverse childhood experiences in patients and as a tool for epidemiological screening of the prevalence of violence and neglect in childhood.

Key words: childhood violence; childhood neglect; adverse childhood experiences; questionnaires.

For citation

Katan E.A. Using the international questionnaire of adverse childhood experiences to identify psychotraumatic factors in childhood and adolescence. *Med. psihol. Ross.*, 2019, vol. 11, no. 2, p. 8. doi: 10.24412/2219-8245-2019-2-8 [in Russian, abstract in English].