

## **СЪДЕБНОПСИХИАТРИЧНИ АПЕКТИ НА НАСИЛИЕТО НАД ДЕЦА**

**Д-р Светлин Върбанов, дм**

**Гл. асистент по съдебна психиатрия към катедра по психиатрия и  
медицинска психология,**

**Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов“, Варна**

### **Резюме:**

В последните години темата за отношението към децата, в това число и насилието спрямо тях, е все по-актуална. Често при обвинения в насилие се налага изготвянето на съдебнопсихиатрична експертиза, както на родителите, така и на децата. Статията разглежда предизвикателствата и спецификите на експертната работа в случаите на пренебрегване, физическо, психическо и сексуално насилие, както и сравнително редкия синдром на Мюнхаузен чрез прокси.

### **Abstract**

In recent years, the topic of treatment of children, including child abuse, has become increasingly relevant. Often, with allegations of abuse, forensic psychiatric expertise is required for both parents and children. The article examines the challenges and specifics of expert work in cases of neglect, physical, mental and sexual abuse, as well as the relatively rare Munchausen syndrome by proxy.

---

Emrey et al. (1999) идентифицира три периода в историята на отношението към детето: безразличие към детето (преди 15-ти век), откриване на детето (15-ти – 18-ти век) и свръхзагриженост за детето (19-ти – 20-ти век). През 21-ви век процесът на свръхзагрижеността набира още по-голяма скорост.

Насилието над деца не е новост, но не винаги му е обръщано толкова внимание, каквото в последните десетилетия. До края на 19-ти век на него не се е обръщало особено внимание, освен в екстремни случаи. Толерантността към тежките физически наказания спрямо децата е била висока и дори от някои е било приемано за правилно и възпитателно. Действително, често родителите, прибегващи до такива възпитателни методи, не са имали намерение да навредят на детето, а са вярвали, че това ще го изгради като по-добър човек, приемайки физическите наказания като най-добрия възпитателен метод. Едва през 1874 г. е създадено Обществото за предотвратяване на жестокост към деца, първата световна агенция за закрила на децата.

Културните възприятия в западния свят по отношение на малтретирането на деца са се променили драстично през последните 20-30 години. Родителството е станало високо ценено умение както за майките, така и за бащите. Ролята на бащата също се е променила, заемайки равностойно място в отглеждането и възпитанието на децата.

В българското законодателство определение на понятието „насилие” е дадено в § 1 от Допълнителните разпоредби на Правилника за прилагане на Закона за закрила на детето. По смисъла на правилника:

1. "Насилие" над дете е всеки акт на физическо, психическо или сексуално насилие, пренебрегване, търговска или друга експлоатация, водеща до

действителна или вероятна вреда върху здравето, живота, развитието или достойнството на детето, което може да се осъществява в семейна, училищна и социална среда.

2. "Физическо насилие" е причиняване на телесна повреда, включително причиняване на болка или страдание без разстройство на здравето.

3. "Психическо насилие" са всички действия, които могат да имат вредно въздействие върху психичното здраве и развитие на детето, като подценяване, подигравателно отношение, заплаха, дискриминация, отхвърляне или други форми на отрицателно отношение, както и неспособността на родителя, настойника и попечителя или на лицето, което полага грижи за детето, да осигури подходяща подкрепяща среда.

4. "Сексуално насилие" е използването на дете за сексуално задоволяване.

5. "Пренебрегване" е неуспехът на родителя, настойника и попечителя или на лицето, което полага грижи за детето, да осигури развитието на детето в една от следните области: здраве, образование, емоционално развитие, изхранване, осигуряване на дом и безопасност, когато е в състояние да го направи.

Определения за различни видове насилие дава Световната здравна организация (СЗО). Според СЗО има четири типа пренебрегване: физическо, образователно, здравно и емоционално. Примерите за пренебрегване включват изоставяне, отказ от здравни грижи, забавяне на здравеопазването, изгонване от дома, недостатъчен надзор, шофиране в нетрезво състояние или оставяне на дете без надзор в моторно превозно средство.

В Закона за защита от домашно насилие е дадено определението на „домашно насилие”, в чл. 2, ал. 1 се сочи, че „Домашно насилие е всеки акт на физическо, сексуално, психическо, емоционално или икономическо насилие, както и опитът за такова насилие, принудителното ограничаване на личния живот, личната свобода и личните права, извършени спрямо лица, които се намират в родствена връзка, които са или са били в семейна връзка или във фактическо съпружеско съжителство.”.

В чл. 2, ал. 2 е визирано, че „За психическо и емоционално насилие върху дете се смята и всяко домашно насилие, извършено в негово присъствие.”.

### **Разпространение**

Съгласно българското законодателство отделите „Закрила на детето” към дирекциите „Социално подпомагане” са оторизирани да предприемат мерки за закрила спрямо деца в риск и да работят с децата и техните семейства. Общият брой случаи на насилие, по които са работили през 2015 г. са 1 839 /нови и стари случаи от предходни години/, общият брой на сигнали за насилие, получени в отделите за закрила на детето са 3 741, от които броят на отворените случаи през 2015 година са 752. Разпределението на случаите според мястото на извършване на насилието в семейството са 1 224 деца, на улицата 206 деца, в училище 183 деца, с специализирана институция 23 деца, в приемно семейство 14 деца, в социална услуга от резидентен тип 89 деца, при близки и роднини 43 деца, на обществено място 57 деца. (Национална програма за превенция на насилието и злоупотребата с деца (2017-2020)).

Вижда се, че най-често насилието над деца се случва в семейната среда. Най-чести са случаите на физическо насилие – 733 (39%), последвани от

пренебрегване – 460 (25%), психическо насилие – 406 (22%) и сексуално насилие – 240 (13%). Интересно е сравнението с данни от други държави. Така например данните от САЩ за 2012 година сочат, че най-често срещаната форма на насилие върху деца е пренебрегването (78%), като другите форми на насилие се разпределят в останалите 22% (U.S. Department of Health and Human Services 2014). Разпределението на жертвите на насилие в България, по пол е приблизително равностойно – 904 момчета и 935 момичета. При анализа на данните според извършителя прави впечатление, че в около 60% от случаите извършител е един от двамата родители, като в 481 случая това е бил бащата, а в 587 – майката.

### **Етиология**

Въпреки че няма изолирана причина за проявите на насилие над деца, съществуват фактори, които се срещат по-често в семействата с домашно насилие и повишават риска от проява на насилие в съответното семейство. Такива рискови фактори са (Rosner and Scott, 2016):

- Бедност
- Ниско ниво на образование
- Сериозни брачни проблеми
- Насилие между членовете на семейството
- Липса на подкрепа от разширеното семейство
- Честа смяна на адреса
- Социална изолация
- Безработица
- Прекалено високи очаквания към детето
- Родител, който е бил сам жертва на насилие като дете

- Ниско самочувствие
- Неувереност
- Злоупотреба с алкохол или наркотични вещества
- Влошено соматично здраве
- Психично разстройство
- Прекомерен стрес на работното място

### **Разпознаване на насилието**

Някои признаци за насилие са лесно разпознаваеми, докато за установяването на други се изискват специални умения и подробно изследване. За експерта е изключително важно да може да ги открива, разпознава и анализира. Така не само ще бъде способен да изготви подробно и обективно заключение, но също би могъл да установи насилието там, където родителите се опитват да го прикрият.

### **Физическо насилие**

От видовете насилие физическото е най-очевидно. То е и най-честата форма на насилие над деца в България. Последствия като синини, порязвания, изгаряния, рани и белези са видими за околните, в това число учители, лекари, членове на семейството и приятели. В опит да прикрие действителната причина за нараняванията, родителят понякога би могъл да посочи механизъм за възникването им, който не съответства на тежестта на травмите.

Синините може да са първият и единствен видим признак на физическо насилие. Трябва обаче да се има предвид, че повечето деца получават леки наранявания и синини при обичайната си игра. Разграничаването дали синината се дължи на нормална активност или насилие над деца често е

много трудно, а датирането им – често неточно (Bariciak et al. 2003; Maguire and Mann 2013).

С редки изключения, кърмачетата не следва да имат синини (Sugar et al. 1999). Наличието на синина при кърмаче е индикация за по-нататъшно изследване за неслучайна травма или друго медицинско заболяване. Синини с характерна форма по меките тъкани при непроходили деца или множество синини с еднаква форма насочват към физическо насилие (Maguire et al. 2005). Моделът на изгарянията включва разпространение по дисталните части на горните и долните крайници, перинеални и задни изгаряния в следствие на потапяне и очертания на изгаряния, дължащи се на цигара или друг идентифицируем предмет (Andronicus et al. 1998). Според Kemp et al. (2014 г.) по-голямата част от умишлените изгаряния се дължат на цигари, ютии, сешоари и нагреватели. Единични или множество кръгли и дълбоки изгаряния съответстват на изгаряния от цигари.

Фрактурите са чести при децата, независимо дали са жертва на насилие или не. Вниманието трябва да е повишено при множествени фрактури, двустранни фрактури на дълги кости, фрактури в различни етапи на заздравяване или фрактури при деца с изоставане в развитието. Счупванията на дълги кости като хумерус, тибия или фибула се срещат често при малтретирани малки деца, тъй като при разтърсване или хвърляне те обикновено биват хващани за крайниците.

Фрактурите на пръстите на ръцете и краката може да се дължат на принудителна екстензия. Леките счупвания на черепа или ребрата също може да са знак за насилие. Трябва обаче да се отбележи, че нито един модел на фрактури не е патогномоничен за физическо насилие и заключението трябва да се изготвя единство при обобщен анализ на всички

налични доказателства за злоупотреба (American Academy of Pediatrics 2009; Swoboda and Feldman 2013).

Насилствената мозъчна травма или „синдром на разклатено бебе“ е водеща причина за заболяемост и смъртност при кърмачета и малки деца (Herman et al. 2011). Обикновено такива деца биват довеждани в спешните отделения със симптоми, вариращи от летаргия, раздразнителност, повръщане, скованост и намален апетит, до припадъци, нарушено съзнание и дихателен дистрес поради субдурални хематоми и / или кръвоизливи в ретината (Westrick et al . 2015). Ненавременното поставяне на правилната диагноза може да бъде фатално. Четири от пет смъртни случая в следствие на такава мозъчна травма, могат да бъдат предотвратени при своевременно разпознаване (Jenny, 1999).

### **Психическо насилие**

За разлика от физическото и понякога сексуалното насилие, психическото насилие не оставя видими белези. Обикновено симптомите са неспецифични и неясни. Психическото насилие над деца е свързано със сериозни негативни емоционални и поведенчески последици (Hart et al., 1997; Egeland et al., 2000; Yates, 2007). Изследванията в тази област се фокусират върху невrorазвитието, психологическото въздействие върху децата и взаимодействията между родители и деца.

Egeland et al. (2000 г.) демонстрира връзката между психическото насилие, трудното формиране на привързаност към родителя и спада в когнитивното и двигателното развитие през първите години от живота. В училищна възраст психическото насилие над децата се свързва с високи нива на негативизъм, ниски академични постижения, импулсивност, ниска



самооценка и трудности в създаването на приятелства, депресия и самоубийство (Maguire et al. 2015). Отчитат се и промени в невrorазвитието, дължащи се на психическо насилие. Установени са връзки между родителските грижи, привързаността и неблагоприятните ефекти на насилието. Изследванията показват, че последиците кореспондират с промени в лимбично-хипоталамо-хипофизно- надбъбречната ос и норепинефрин – симпатико - надбъбречно - медуларната система чрез промяна на реакциите на стрес (Bugental et al. 2003; Teicher et al. 2003; Martorell and Bugental 2006).

Вербалното насилие на майката през детството е свързано със значително по-висок риск от развитие на гранично, нарцистично, obsесивно-компулсивно и параноидно личностово разстройство (Johnson et al., 2001). Често последиците от вербалното насилие са по-дълготрайни от тези на другите форми на насилие върху децата (Ney, 1987).

### **Пренебрегване**

Пренебрегването е индиректно насилие и често е акт на пропуск по отношение на грижите за детето и неизпълнение на родителските задължения. Пренебрегването на децата може да има дългосрочни сериозни и вредни последици върху когнитивното, социално-емоционалното и поведенческото развитие на децата (Erickson and Egeland 2002; Hildyard and Wolfe 2002).

Примерите за пренебрегване включват недостатъчен надзор, отказ или забавяне на търсенето на здравни грижи, излагане на опасности, които могат да се избегнат, шофиране с детето в нетрезво състояние, неадекватно възпитание, допускане на насилие върху детето от страна на партньора,

незаписване на децата в училище, неотчитане и бездействие към специални образователни потребности.

Последствията от пренебрегването може да бъдат очевидни, като например недохранване, неподходящо облекло, лоша лична хигиена, но понякога може и да са трудно доловими, като умора, ниска самооценка, депресия и оттегляне, забавяне на развитието. При децата, които са жертва на пренебрегване, съществува риск от трудно формиране на привързаност (Baer and Martinez 2006).

### **Синдром на Мюнхаузен чрез прокси**

Синдромът на Мюнхаузен представлява психично разстройство, при което постоянно се имитират или предизвикват соматични симптоми, болести или психична травма в търсене на симпатия, внимание и съчувствие от околните. Лицата със синдрома на Мюнхаузен системно симулират оплаквания, провокират възникването на физикални белези, самонараняват се, фалшифицират изследвания. Зад тези им действия не се крие материална облага, а по-скоро цели ангажиране вниманието на близки, приятели, лекари. Синдромът е описан за първи път през 1951 г. от Ашър (Asher, 1951).

В случаите, в които родител представя детето си за болно, без това да е така, се касае за Мюнхаузен синдром чрез прокси. Въпреки че терминът е широко използван, той не е включен като диагноза в DSM-5. Диагнозата, която обхваща елементите на синдрома, е формулирана като Фалшиво разстройство, наложено от другиго (Factitious Disorder Imposed by Another). Тази диагноза се ползва за описване на случаи при които родителят вреди на

детето си, като го представя за болно, с цел да удовлетвори собствени психологични потребности.

Родителят може да действа по различни начини, за да покаже, че детето му е болно. В най-леките случаи той просто лъже, измисля оплаквания, описва несъществуващи симптоми при детето. При други обаче родителят настоява то да премине през различни манипулации и изследвания, които често могат да са болезнени. Хоспитализациите са чести, като може да се стигне и до оперативна интервенция. Възможно е родителят умишлено да компрометира медицински тестове – например да замърси уринна проба, да фалшифицира медицински документи или да уврежда умишлено детето чрез различни методи – отравяне, задушаване, подлагане на глад, инфектиране и други. Целта най-често е да се събуди съчувствие и специално внимание от околните, каквито получават реално болните деца.

Синдромът на Мюнхаузен чрез прокси е по-чест при майките отколкото при бащите (Malatack et al. 2006). Бащите са отговорни за около 10 % от случаите, но при тях е по-вероятно да се стигне до убийство на детето (Shaw et al. 2008, Schreier 2004). Често майките се представят като всеотдайни, любящи и загрижени. Присъстват по време на процедурите и хоспитализациите и отказват да оставят детето само. Лекарят е поставен в ситуация неволно (и неинформирано) да нанася вреда на детето чрез операции, лекарства и процедури. Майките често са изключително убедителни, когато разказват за симптомите на детето си. Те проявяват по-скоро заинтригуваност относно процедурите, отколкото загриженост за здравословното състояние на детето. Майките активно търсят контакт и се сближават с медицинския персонал (Shaw et al. 2008).

Средната възраст на жертвите на Синдрома на Мюнхаузен е 3 години, като те рядко са на повече от 6 години (Fulton, 2000). Представените оплаквания може да включват почти всеки орган и система и често са мултисистемни. Най-честите са кървене, диария, гърчове, апнея, треска и обрив. Типично е, че детето се влошава само, когато е с конкретния човек, а в присъствието на останалите членове от семейството или обкръжението симптомите не се проявяват. Понякога може да има и анамнеза за смърт на друго дете в същото семейство (Forsyth, 1996).

### **Сексуално насилие**

Въпреки че е сериозен проблем, действителната честота на сексуалното насилие над деца не е известна. Често тези случаи остават недокладвани или се съобщават с голямо закъснение. От друга страна сексуалното насилие е трудно за доказване, в голяма степен защото обичайно няма други свидетели, освен жертвата, както и наранявания или други доказателства, които да подкрепят нейните твърдения.

Експертното изследване на дете, което споделя за преживяно сексуално насилие, е деликатен и емоционално изхабяващ процес. Предизвикателство е и оценяването на правдивостта на детския разказ. Освен това децата могат да бъдат лесно манипулирани от родители и близки, а дори и от служебни лица и експерти, които би трябвало да помогнат за разрешаване на случая.

Емблематичен пример за лоша практика при оценка на детските показания, касаещи сексуално насилие, е процесът срещу семейство Макмартин в САЩ. Процесът е в следствие на обвинение в множество актове на сексуално насилие над деца срещу членовете на фамилията и персонала на детска градина „Макмартин“ в началото на 80-те години на миналия век.

Обвиненията са отправени през 1983 г. Арестите и разследването са продължили от 1984 до 1987 г., а процесът продължава до 1990 г. В края на процеса обвиненията са оттеглени и обвиняемите оправдани. Това е най-скъпия наказателен процес в историята на американското право, като разходите за него възлизат на 15 милиона долара (Reinhold, 1990).

Всичко започва когато Джуди Джонсън, майка на един от малките деца в детската градина, съобщава на полицията, че синът ѝ е бил сексуално насилен от учителя на Рей Бъки. Той е внук на основателя на училището Вирджиния Макмартин и син на директора - Пеги Бъки. Обвиненията си тя основава на болезнена перисталтика и зачервяване в аналната област при сина си.

Освен това Джонсън отправя още няколко обвинения, включително, че персоналът на детската градина е имал сексуални ритуали с животни, че са наранявали децата по всевъзможен начин и че децата са видели Рей Бъки да лети. Самата Джонсън е страдала от параноидна шизофрения и алкохолна зависимост и умира в следствие на усложненията на алкохолизма през 1986 г., преди изслушването и в съдебна зала. Рей Бъки е разпитан, но поради липса на доказателства е освободен. Тогава полицията изпратила запитване до около 200 родители на деца, посещаващи детската градина „Макмартин“, заявявайки, че децата им може да са били малтретирани и моли родителите да разпитат децата си за подобни случаи.

В последствие няколкостотин деца биват интервюирани в Children's Institute International, клиника за лечение на деца, жертви на насилие, базирана в Лос Анжелис и ръководена от Кий Макфарлейн. Техниките, използвани по време на изследванията на децата, са изключително сугестивни и предразполагат децата да спекулират или фантазират относно предполагаемите събития.

Твърди се, че 360 деца са жертва на сексуално насилие. По-късните изследвания показват, че методите за разпитване, използвани върху децата, са изключително манипулативни, което води до лъжливи обвинения.

Майкъл Малоуни, клиничен психолог и професор по психиатрия, преглежда и анализира видеозаписите от проведените интервюта с децата. Малоуни е силно критичен към използваните техники, като ги описва като неправилни, подвеждащи, проблемни, принуждаващи децата да следват определен сценарий. Той заключава, че „много от изявленията на децата в интервютата са генерирани от интервюиращия“ В анализираниите преписи и видеозаписи интервюиращия говори много повече от децата. Анализите показват, че, въпреки използваните силно манипулативни техники, първоначално децата отричат насилие. В тези случаи децата биват критикувани и наричани „страхливи“, като интервютата продължавали, докато детето не се съгласи, че е било жертва на сексуално насилие. В обратните случаи, когато децата потвърждавали насилието, те били поощрявани. Тези интервюта показват, че при неправилно водено интервю и използване на погрешни техники, децата могат да бъдат принудени да дават ярки и драматични показания, без да са били жертва на насилие. (Timnick, 1989)

В крайна сметка след 7 години процесът завършва без присъда и обвиняемите са оправдани поради липса на доказателства, въпреки че някои съмнения остават. През 2005 г. едно от децата, участвали в процеса, вече като възрастен, разказва за дадените тогава показания:

„Никога никой не ми е правил нещо и никога не съм ги виждал да правят каквото и да било. Казах много неща, които не са се случвали. Излъгах. ... Всеки път, когато давах отговор, който не им харесва, те ме питаха отново и ме насърчаваха да им дам отговора, който търсят. ... Чувствах се неудобно и

малко ме е срам, че не бях честен. Но в същото време аз съм такъв човек, че винаги бих направил това, което родителите ми очакват от мен...“ (Zirpolo and Nathan, 2005).

Проведените изследвания на децата са показателен пример за вредите, които експертът или терапевтът могат да нанесат, волно или неволно. Недобросъвестното поведение на специалиста в тези случаи не само може да доведе до лъжливи обвинения, които да прераснат в дълги съдебни процеси, но и да причини сериозна психична травма на децата с дългосрочни последици. В някои случаи е възможно поведението на специалиста да бъде повлияно от съчувствие към предполагаемата жертва, нейните родители или пък желание за справедливост, при което той неволно да насочва и сугестира детето или пък твърде свободно да интерпретира неговите разкази. Това отново би било пример за липса на професионализъм. В своята работа експертът по психично здраве следва да бъде обективен и безпристрастен, като основната му цел е да установи действителните факти, причините и последиците от тях.

Освен че получава широка обществена известност и остава в съдебните хроники на САЩ като най-скъпият криминален процес в историята, случаят „Макмартин“ провокира и интензивни изследвания в областта на насилието над деца и по-конкретно – сексуалното насилие. Създават се ръководства, алгоритми, структурирани и полуструктурирани интервюта за изследване на деца, жертва на насилие, определят се критерии за валидиране на подобни обвинения.

Обвиненията в сексуално насилие в контекста на спор за родителски права са все по-чести през последните години. В делата за родителски права могат да се срещнат както основателни, така и неоснователни твърдения за

сексуално насилие върху детето от страна на единия родител. Често на експерта се налага да прецени достоверността на подобни твърдения и да обсъди как те повлияват родителската годност. Според Gardner (1987) по-голямата част от децата, потвърждаващи данните за сексуално насилие в рамките на спор за родителски права, всъщност са манипулирани от отчуждаващия родител като част от противоречивия синдром на родителско отчуждение (СРО), за да повярват в това.

Възможно е сексуалното насилие над деца да е по-често срещано в процеса на развод поради високият стрес, свързан със самия развод и водещ до психическа нестабилност у уязвимия родител. В други случаи става дума за продължаващата злоупотреба, която за първи път излиза на яве по време на бракоразводния процес. Повдигането на обвинение в сексуално насилие, независимо дали е вярно или не, може сериозно да намали шансовете на обвинения родител да получи родителски права. При всички случаи подобни твърдения не бива да се приемат за достоверни с лека ръка. Опасна е и обратната крайност – да се смята, че всички обвинения в сексуално насилие, възникнали по време на спор за родителски права, са изфабрикувани единствено с цел да повлияят на изхода от спора. Работата по такива експертизи е предизвикателство за съдебния психиатър, който трябва внимателно да проучи валидността на обвиненията, като в същото време бъде максимално обективен в оценката си.

Понякога дори фалшиви обвинения в сексуално насилие от страна на единия родител могат да се поддържат от детето, което е било жертва на манипулация и отчуждаващо въздействие. Често в подобни случаи съдебният психиатър трябва да определи надеждността на информацията, споделена от детето. Първо следва да се оцени способността на детето да



отделя реалността от фантазията и неговата способност да си припомня и вербално да описва минали събития, вземайки предвид нивото на развитие на детето. Лъжливи разкрития могат да се наблюдават в няколко типични ситуации. Възможно е да се касае за дете, което е манипулирано от родител, който търси отмъщение или желае да прекрати всички контакти между детето и другия родител. В други случаи родител с актуална психоза (налудни идеи) повлиява на детето, като самият той вярва в истинността на обвиненията. Макар и по-рядко, детето може да даде фалшиви сведения за сексуално посегателство на базата на собствени сексуални фантазии или пък да обвини родителя в сексуално насилие, преследвайки отмъщение. Фалшивите разкрития обикновено се изразяват от детето с лекота, звучат „заучено“ и са без значителна промяна в афекта (каквато обикновено се среща, когато детето разкрива за действително извършено върху него насилие). Такива деца могат да изглеждат откровени, открити, понякога може да използват термини несъответстващи на възрастта им, вероятно научени от манипулиращия родител. Когато детето разкрива действително извършено сексуално насилие, това обикновено става бавно, отлага се във времето и е съпроводено със забележим вътрешен конфликт. Възможно е след като детето разкаже за случилото се, то да се отрече от думите си, а в последствие отново да реши да сподели травматичното преживяване. Реалните разкрития обикновено се съпровождат със съответните негативни емоции. Важно за преценката е наблюдението на взаимодействията и взаимоотношенията на детето с всеки от родителите. В случаите на действително насилие в поведението на детето обикновено се забелязва страх и дистанцираност спрямо обвиняемия родител. Когато жертва на насилието е много малко дете, което не разбира девиантния характер на случващото се, страхът може да отсъства, но е възможно да се наблюдава

заучено съблазняващо поведение спрямо обвиняемия родител. Оценката може да бъде допълнена от игра с кукли или рисунки, въпреки че надеждността на подобни изследвания е малка, тъй като и децата, които не са преживели сексуално насилие, биха могли да покажат откровени сексуални сцени и действия в игрите и рисунките си.

### **Домашно насилие**

Много проучвания показват наличието на корелация между домашното насилие и физическото насилие над деца. В семействата, където има домашно насилие, децата често стават свидетели на емоционалното и физическото насилие над родителя си. Дори и да не са преки свидетели на насилието, те често знаят за неговото съществуване. Връзката между домашното насилие и насилието над деца е тема на изследване от много години. Моогe (1975 г.) съобщава, че 13% от децата от изследвани 23 семейства с установено домашно насилие са малтретирани.

Домашното насилие може бъде причина за развитие на посттравматично стресово разстройство (ПТСР) дори без конкретно преципитиращо травматично събитие, особено ако насилието често се повтаря. Повтарящата се травма сериозно застрашава чувството за безопасност на детето. Домашното насилие е свързано и с повишен стрес при родителите, което също може да повлияе неблагоприятно на родителството им (Roberts et al. 2013). Майките на малки деца, които са обект на домашно насилие, са изложени на повишен риск от депресия и стрес (Huth-Bocks et al. 2001), което води до трудности в изпълнението на родителските им задължения.

Добре известен е „дикълът на домашно насилие“. Хората, които като деца са били свидетели на домашно насилие в генеричните си семейства, са

изложени на повишен риск от проява на домашно насилие в техните собствени семейства (O’Leary et al., 2007). Също така жертвите на насилие и пренебрегване като деца по-често стават жертва на домашно насилие като възрастни. Widom et al. (2014) установяват, че пренебрегването в детска възраст увеличава уязвимостта и вероятността да бъде жертва на домашно насилие в зряла възраст. Двата най-консистентни предиктора за извършване на домашно насилие остават преживяно насилие в детска или юношеска възраст и насилие в генеричното семейство.

### **Последици от насилието над деца**

Последствията от малтретиране на деца засягат жертвите през целия им живот, от детството до зряла възраст. Насилието в детска възраст може да повлияе негативно на физическото, когнитивното, емоционалното и поведенческото им развитие, като по този начин наруши възможността за нормален живот. Goldman (2003) дефинира три припокриващи се проблемни области, повлияни от преживяното насилие: здраве и физическо благополучие; интелектуално и когнитивно развитие и емоционални, психологически и поведенчески последици.

McSherry (2011) установява, че малтретирането и пренебрегването причиняват лошо представяне в училище и влошена дисциплина, водещи до по-чести възпитателни мерки, предприети срещу тези деца.

Децата и юношите, жертва на насилие, са изложени на повишен риск от развитие на депресивни разстройства, поведенчески разстройства, психотични симптоми, суицидно поведение, рисково сексуално поведение, злоупотреба с вещества и тютюнопушене (Norman et al. 2012; Arseneault et al. 2014; Kaplan et al. 2014). Насилието в детството увеличава вероятността

от пожизнена психопатология. Тази връзка е по-силно изразена при жените в сравнение с мъжете (Macmillan et al. 2014). При възрастни, малтретирани като деца, има повишен риск от злоупотреба с вещества, тревожност, депресия, суицид, дисоциативни разстройства и хранителни разстройства (Herrenkohl et al. 2013; Chu et al. 2014; Johnson et al. 2014; McHolm et al. 2014). Детската психотравма като следствие от преживяното насилие е рисков фактор за развитие на Посттравматично стресово разстройство (Александров, 2018)

Сексуалното насилие над деца е свързано с 47% от всички психиатрични разстройства, отключени в детска възраст и с 26% -32% от разстройствата, отключени по-късно (Wilsnack et al. 1997; Green et al. 2010; Pérez-Fuentes et al. 2013). Изнасилването, познаването на извършителя и повтарящото се насилие са свързани с повишен риск от психиатрични разстройства (Finkelhor и Browne 1985; Pérez-Fuentes et al. 2013).

Няма специфичен патогномоничен или психопатологичен синдром, проявяващ се в зряла възраст при жертви на сексуално насилие като деца. Въпреки това, има множество дългосрочни последици, включително повишена вероятност за раздяла или развод (Finkelhor et al. 1990), проблеми в междуличностните отношения и психиатрични разстройства, особено ПТСР и афективни разстройства.

Необходимо е непрекъснато обучение на учители, социални работници и медицински персонал за идентифициране, оценка и лечение на деца, които са били жертви на насилие. Кампаниите за повишаване на обществената осведоменост са важни за обучението на обществеността относно родителските практики и безопасните практики за отглеждане на деца. Рискови фактори за малтретиране на деца са сложни социални проблеми

като бедност, липса на образование и безработица, които в крайна сметка продължават цикъла на насилие. Превенцията, а не реакцията, е от ключово значение за намаляване на разпространението на насилие над деца.

Наличието на психично разстройство у родителя увеличава риска от домашно насилие, включително и пренебрегване, физическо, психическо или сексуално насилие спрямо децата. Съдебнопсихиатричната експертиза в тези ситуации е свързана с редица предизвикателства, както по отношение на оценката на психичното здраве на родителя, така и по отношение на последиците за децата, но също така и относно достоверността на техните показания. Към данни за евентуално насилие винаги трябва да се подхожда отговорно и с особено внимание. Въпреки това професионалният подход изисква обективност и критичност, като се разгледа и хипотезата за фалшиви обвинения. Това важи с особена сила, когато обвиненията в насилие възникнат в контекста на родителски конфликт.

---

Използвана литература:

1. American Academy of Pediatrics. (2009). Diagnostic imaging of child abuse. *Pediatrics* 123(5):1430.
2. Andronicus M, RK Oates, J Peat, S Spalding, and H Martin. (1998). Non-accidental burns in children. *Burns* 24(6):552–558.
3. Arseneault L, M Cannon, HL Fisher, G Polanczyk, TE Moffitt, and A Caspi. (2014). Childhood trauma and children's emerging psychotic symptoms: A genetically sensitive longitudinal cohort study. *American Journal of Psychiatry* 168(1):65.
4. Asher, R. (1951) Munchausen's syndrome. *Lancet*, 10, 339-341.

5. Baer JC and CD Martinez. (2006). Child maltreatment and insecure attachment: A meta-analysis. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 24(3):187–197.
6. Bariciak ED, Plint AC, Gaboury I, and Bennett S. (2003). Dating of bruises in children: An assessment of physician accuracy. *Pediatrics* 112(4):804–807.
7. Bugental DB, GA Martorell, and V Barraza. (2003). The hormonal costs of subtle forms of infant maltreatment. *Hormones and Behavior* 43(1):237–244.
8. Chu JA, LM Frey, BL Ganzel, and JA Matthews. (2014). Memories of childhood abuse: Dissociation, amnesia, and corroboration. *American Journal of Psychiatry* 156(5):749.
9. Egeland B, NS Weinfield, M Bosquet, and VK Cheng. (2000). Remembering, repeating, and working through: Lessons from attachment-based interventions. In *WAIMH Handbook of Infant Mental Health*, edited by JD Osofsky and HE Fitzgerald, New York: Wiley, 35–89.
10. Empey L, M Stafford, and C Hay. (1999). *American Delinquency: Its Meaning and Construction*. New York: Wadsworth.
11. Erickson MF and B Egeland. (2002). Child neglect. *The APSAC Handbook on Child Maltreatment* 2:3–20.
12. Finkelhor D, G Hotaling, I Lewis, and C Smith. (1990). Sexual abuse in a national survey of adult men and women: Prevalence, characteristics, and risk factors. *Child Abuse and Neglect* 14(1):19–28.
13. Forsyth BWC. (1996). Munchausen syndrome by proxy. edited by Lewis M and Stubbe D. *Psychiatry: A Comprehensive Textbook*. 4th edition. Lippincott Williams & Wilkins, 1048–1054.
14. Fulton DR. (2000). Early recognition of Munchausen syndrome by proxy. *Critical Care Nursing Quarterly* 23(2):35–42.
15. Goldman J, MK Salus, D Wolcott, and KY Kennedy. (2003). *A Coordinated Response to Child Abuse and Neglect: The Foundation for Practice*. Washington,

DC. U.S. Department of Health and Human Services, Office on Child Abuse and Neglect.

16. Green JG, KA McLaughlin, PA Berglund, MJ Gruber, NA Sampson, AM Zaslavsky, and RC Kessler. (2010). Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the national comorbidity survey replication I: Associations with first onset of DSM-IV disorders. *Archives of General Psychiatry* 67(2):113–123.
17. Hart SN, NJ Bingseli, and MR Brassard. (1997). Evidence for the effects of psychological maltreatment. *Journal of Emotional Abuse* 1(1):27–58.
18. Herman BE, KL Makoroff, and HM Corneli. (2011). Abusive head trauma. *Pediatric Emergency Care* 27(1):65–69.
19. Herrenkohl TI, S Hong, JB Klika, RC Herrenkohl, and MJ Russo. (2013). Developmental impacts of child abuse and neglect related to adult mental health, substance use, and physical health. *Journal of Family Violence* 28(2):191–199.
20. Hildyard KL and DA Wolfe. (2002). Child neglect: Developmental issues and outcomes. *Child Abuse and Neglect* 26(6):679–695.
21. Huth-Bocks AC, A Levendosky, and MA Semel. (2001). The direct and indirect effects of domestic violence in young children's intellectual functioning. *Journal of Family Violence* 16:269–290.
22. Jenny C, KP Hymel, A Ritzen, SE Reinert, and TC Hay. (1999). Analysis of missed cases of abusive head trauma. *JAMA* 281(7):621–626.
23. Johnson JG, P Cohen, EM Smailes, AE Skodol, J Brown, and JM Oldham. (2001). Childhood verbal abuse and risk for personality disorders during adolescence and early adulthood. *Comprehensive Psychiatry* 42(1):16–23.
24. Johnson JG, P Cohen, S Kasen, and JS Brook. (2014). Childhood adversities associated with risk for eating disorders or weight problems during adolescence or early adulthood. *American Journal of Psychiatry* 159(3):394–400.

25. Kaplan SJ, D Pelcovitz, S Salzinger, M Weiner, FS Mandel, ML Lesser, and VE Labruna. (2014). Adolescent physical abuse: Risk for adolescent psychiatric disorders. *American Journal of Psychiatry* 155(7):954–959.
26. Kemp AM, SA Maguire, RC Lumb, SM Harris, and MK Mann. (2014). Contact, cigarette and flame burns in physical abuse: A systematic review. *Child Abuse Review* 23(1):35–47.
27. MacMillan HL, JE Fleming, DL Streiner, E Lin, MH Boyle, E Jamieson, and WR Beardslee. (2014). Childhood abuse and lifetime psychopathology in a community sample. *American Journal of Psychiatry* 158(11):1878–1883.
28. Maguire S and M Mann. (2013). Systematic reviews of bruising in relation to child abuse—What have we learnt: An overview of review updates. *Evidence-Based Child Health* 8(2):255–263.
29. Maguire SA, B Williams, AM Naughton, LE Cowley, V Tempest, MK Mann, and AM Kemp. (2015). A systematic review of the emotional, behavioral and cognitive features exhibited by school-aged children experiencing neglect or emotional abuse. *Child: Care, Health and Development* 41:641–653.
30. Malatack JJ, D Consolini, K Mann, and C Raab. (2006). Taking on the parent to safe a child: Munchausen syndrome by proxy. *Contemporary Pediatrics* 23:50–63.
31. Martorell GA and DB Bugental. (2006). Maternal variations in stress reactivity: Implications for harsh parenting practices with very young children. *Journal of Family Psychology* 20(4):641.
32. McHolm AE, HL MacMillan, and E Jamieson. (2014). The relationship between childhood physical abuse and suicidality among depressed women: Results from a community sample. *American Journal of Psychiatry* 160(5):933–938.
33. McSherry D. (2011). Lest we forget: Remembering the consequences of child neglect—A clarion call to “feisty advocates.” *Child Care in Practice* 17(2):103–113.



34. Moore JG. (1975). Yo-Yo children—Victims of matrimonial violence. *Child Welfare* 54(8).
35. Ney PG. (1987). Does verbal abuse leave deeper scars: A study of children and parents. *Canadian Journal of Psychiatry* 32:371–378.
36. Norman RE, M Byambaa, R De, A Butchart, J Scott, and T Vos. (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine* 9(11):e1001349.
37. O’Leary KD, AM Smith Slep, and SG O’Leary. (2007). Multivariate models of men’s and women’s partner aggression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 75(5):752–764.
38. Pérez-Fuentes G, M Olfson, L Villegas, C Morcillo, S Wang, and C Blanco. (2013). Prevalence and correlates of child sexual abuse: A national study. *Comprehensive Psychiatry* 54(1):16–27.
39. Reinhold, R. (January 24, 1990). "The Longest Trial – A Post-Mortem. Collapse of Child-Abuse Case: So Much Agony for So Little". *The New York Times*.
40. Rosner, R. , Scott, C. L (2016). *Principles and Practice of Forensic Psychiatry*, 3rd Edition
41. Schreier H. (2004). Munchausen by proxy. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care* 34(3):126–143.
42. Shaw RJ, D Dayal, JK Hartman, and D DeMaso. (2008). Factitious disorder by proxy: Pediatric condition falsification. *Harvard Review of Psychiatry* 16:215–224.
43. Sugar NF, JA Taylor, and KW Feldman. (1999). Bruises in infants and toddlers: Those who don’t bruise, rarely bruise. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* 153(4):399–403.
44. Swoboda SL and KW Feldman. (2013). Skeletal trauma in child abuse. *Pediatric Annals* 42(11):236.

45. Teicher MH, SL Andersen, A Polcari, CM Anderson, CP Navalta, and DM Kim. (2003). The neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 27:33–44.
46. Timnick, L. (1989). Videotaped Interviews in McMartin Case Hit, Los Angeles Times
47. Westrick AC, M Moore, S Monk, A Greeno, and C Shannon. (2015). Identifying characteristics in abusive head trauma: A single-institution experience. *Pediatric Neurosurgery* 50(4):179–186.
48. Widom CS, S Czaja, and MA Dutton. (2014). Child abuse and neglect and intimate partner violence victimization and perpetration: A prospective investigation. *Child Abuse and Neglect* 38(4):650–663.
49. Wilsnack SC, ND Vogeltanz, AD Klassen, and TR Harris. (1997). Childhood sexual abuse and women's substance abuse: National survey findings. *Journal of Studies on Alcohol* 58(3):264–271.
50. Yates TM. (2007). The developmental consequences of child emotional abuse: A neurodevelopmental perspective. *Journal of Emotional Abuse* 7(2):9–34.
51. Zirpolo, K; Nathan D (October 30, 2005). "I'm Sorry; A long-delayed apology from one of the accusers in the notorious McMartin Pre-School molestation case". Los Angeles Times Magazine.
52. Александров, И (2018) Посттравматично стресово разстройство. Клинико психологични аспекти. Стено, Варна
53. Национална програма за превенция на насилието и злоупотребата с деца (2017-2020)