

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ НАУЧНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ЦЕНТР ИССЛЕДОВАНИЯ ПРОБЛЕМ ВОСПИТАНИЯ,
ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ,
ПРОФИЛАКТИКИ НАРКОМАНИИ,
СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПОДДЕРЖКИ
ДЕТЕЙ И МОЛОДЕЖИ»**

Л. О. Пережогин

**СИСТЕМАТИКА И КОРРЕКЦИЯ
ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ
У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ
С БЕЗНАДЗОРНОСТЬЮ
И КРИМИНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТЬЮ**

Монография

Москва — 2009

ББК 67.51я73

П27

Рецензенты:

Член-корреспондент Российской академии образования
доктор медицинских наук, профессор **Н.В. Вострокнутов**
Доктор психологических наук, профессор **Н. Ю. Синягина**

Пережогин Л.О.

П27 Систематика и коррекция психических расстройств у несовершеннолетних с безнадзорностью и криминальной активностью: Монография. — М.: ФГНУ «ЦПВиСППДМ», 2009. — ... с.

В монографии осуществлен комплексный клинический сравнительный анализ и систематизация психических и поведенческих расстройств у несовершеннолетних, находящихся в условиях беспризорности, безнадзорности и с систематической криминальной активностью и в условиях социальных учреждений реабилитирующего типа. Прослежено формирование асоциального поведения у несовершеннолетних, произведено катamnестическое исследование несовершеннолетних, прошедших через реабилитационные программы (включая: фармакологию, психотерапию, коррекцию, правовую поддержку). Исследованы и систематизированы психические и поведенческие расстройства у несовершеннолетних в условиях беспризорности, безнадзорности, криминальной среды и проведен сравнительный анализ несовершеннолетних, находящихся в различных социальных учреждениях реабилитирующего типа. Выделены специфические особенности развития личности несовершеннолетних с психическими и поведенческими расстройствами, находящихся в различных социальных ситуациях в связи с безнадзорностью и систематической криминальной активностью. Предложены методы и средства лечебно-терапевтической помощи для несовершеннолетних с психическими и поведенческими расстройствами в условиях безнадзорности и в условиях систематической криминальной активности. Для врачей-психиатров, психотерапевтов, клинических психологов, педагогов.

ББК 67.51я73

**Утверждено и рекомендовано решением
Ученого Совета ФГНУ «ЦПВиСППДМ»
в качестве монографии
(протокол № 4 от 14.09.2009 г.)**

ISBN

© ФГНУ «ЦПВиСППДМ», 2009

© Пережогин Л.О., 2009

Введение

Социальная ситуация развития ребенка оказывает существенное влияние на его возрастное психическое развитие, личностное развитие, обуславливает риск формирования социально-зависимых динамических психических расстройств, спровоцированных стрессом. Социальная ситуация развития, протекающая с явлениями безнадзорности, беспризорности и вовлечением в криминальную среду существенным образом влияет на перечисленные аспекты психического здоровья ребенка и обнаруживает непосредственную зависимость от специфических особенностей действия социальных факторов (Беличева В. С., 1994; Тростанецкая Г. Н., Шипицына Л. М., 1995 и др.). Известно, что раннее включение в ситуацию безнадзорности определяется преимущественно депривационными механизмами психических расстройств, длительное пребывание в криминальной среде с формированием криминального опыта включает механизм развития психических расстройств по дистрессовому и диссоциальному механизмам (Вострокнутов Н. В., 2003).

К детям социального риска по мнению ряда исследователей (Дмитриева Т. Б., 2001, Макушкин Е. В., 2004, Вострокнутов Н. В., 2002-2004) следует относить следующие группы: дети, лишенные родительского попечения (сироты, беспризорные и безнадзорные); дети с криминальной активностью, не достигшие возраста уголовной ответственности (14 лет); дети и подростки, находящиеся в связи с антисоциальным поведением в специальных воспитательных и исправительных учреждениях (специальные школы, ПТУ, социальные приюты). Эти группы детей «социального риска» существенно различаются характером десоциализации. В каждой из групп детей прямые и косвенные десоциализирующие воздействия могут быть связаны с семейной депривацией, острым или хроническим психосоциальным дистрессом, асоциальным влиянием неформальных подростковых групп.

Это определяет различия в типологии психических расстройств и объектов лечебно-терапевтической, социотерапевтической помощи, а также различные аспектов правовой поддержки.

В современных условиях в России отмечается снижение влияния семьи, как социального института, на характер психического развития детей. Этому во многом способствуют социальные потрясения, реформы, тяжелая экономическая ситуация. По эпидемиологическим данным в последние годы стремительно увеличивается число детей с психическими расстройствами непсихотического регистра (Дмитриева Т. Б., 2001, Шалимов В. Ф., 2007), что в совокупности с нестабильной социальной ситуацией требует активных превентивных мер, обеспечивающих защиту несовершеннолетних от воздействия факторов, обуславливающих декомпенсацию (развитие) психических расстройств и формирование асоциального поведения. Однако, в последние годы эта задача решается в основном в условиях социальных учреждений (Филиппов В. М., 2003), где психиатрическая помощь минимальна. Несмотря на работу психиатров в детских социальных учреждениях реабилитирующего типа, до сих пор не разработаны методические формы помощи в столь специфических условиях, включая: фармакологию, психотерапию, коррекцию, правовую поддержку. Для обеспечения этого направления медико-социальной помощи необходима разработка специфической модели оказания помощи на региональном уровне, основанной на принципах межведомственного и междисциплинарного взаимодействия с элементами социального партнерства.

В последнее десятилетие в подростковой популяции идут параллельно два крайне негативных процесса: с одной стороны, последовательно утяжеляется ситуация с подростковой преступностью, с другой стороны — растет число несовершеннолетних, страдающих психическими расстройствами (Гиндикин В. Я., Исаев Д. Н., 2001, Козловская Г. В., 2001; Северный А. А., 2002, Шевченко Ю. С., 2002, Вострокнутов Н. В. с соавт., 2003, Мамцева В. Н., 2003, Долгова А. И., 2004, Макушкин Е. В., 2005, Шалимов В. Ф., 2007, Дмитриева Т. Б. с соавт., 2008, Дмитриева Т.Б., Положий Б. С., 2009 и др.).

По данным МВД РФ, за последние 10 лет преступность несовершеннолетних претерпела существенную динамику. В 1990-1995 годах отмечался ее неуклонный рост в среднем на 8-10% ежегодно. Сравнительный анализ преступности несовершеннолетних за 1991-2000 гг. (по данным МВД РФ) не внушал оптимизма: если в 1991 г. несовершеннолетними совершены 503 убийства, то в 1997 — 1350, в 1991 г. 2338 разбойных нападений, в 2000 г. — 5300, в 1991 г. на долю подростков пришлось 173 тыс. преступлений, в 2003 г. — около 250 тыс. Сходные данные приводятся и в

Государственном докладе «О положении детей в Российской Федерации» (2002). С 1998-1999 годов число преступлений, совершенных несовершеннолетними или с участием несовершеннолетних стабилизировалось и стало медленно снижаться, однако все большую долю стали занимать тяжкие преступления, включая убийства (информация находится в открытом доступе на сайтах МВД РФ и Росстата). При этом из статистики МВД РФ выпадают противоправные деяния, совершенные несовершеннолетними, не достигшими возраста уголовной ответственности (14 или 16 лет в зависимости от характера противоправного деяния) (Российский статистический ежегодник, 2007). Это обусловлено тем, что в российском уголовном праве не считается преступлением деяние, формально соответствующее признакам преступления, предусмотренным статьями Особенной части УК РФ, но совершенное лицом, не соответствующим признакам субъекта преступления (в том числе — по признаку возраста). Поэтому отмечающееся снижение подростковой преступности по данным МВД РФ в совокупности со значительным увеличением числа воспитанников специальных школ для несовершеннолетних с девиантным поведением системы Министерства Образования и Науки РФ свидетельствует о смещении подростковой преступности в младшую возрастную группу.

На фоне пугающих показателей детской и подростковой криминальной активности следует прежде всего отметить своеобразное расслоение подростково-молодежной популяции и выделить:

(1) детско-подростковую среду, ориентированную на семью, школу, позитивные социальные ценности и необходимую для жизни успешность в личностном росте, уважение к общественному порядку и закону;

(2) детско-подростковую маргинальную среду, ориентированную на установки и позиции малых подростковых и юношеских групп, организованных по типу дворовой, уличной общности, общности привязанной к определенному клубу, дискотеке, музыкальному жанру, спортивному занятию, увлечению. В этой среде устойчивые, социально ориентированные ценности, отношений и правила поведения отсутствуют и не приветствуются; более характерной является изменчивая ориентация в интересах в зависимости от ситуации, привлекательности установок лидера группы, от влияния определенной социальной «моды» на те или иные формы отношений и поведения;

(3) подростковую и юношескую криминальную среду, устойчиво ориентированную на криминализацию или как способ обеспечения своего социального статуса, или как решение эгоцентри-

ческих интересов, или как выражение своеобразного протеста. Последняя группа не однородна по своему составу, включает много типов организации, структуры, направлений криминальной ориентации (Башкатов И. П., 2000).

Особую общественную опасность представляет — в силу своей многочисленности и неопределенности — вторая группа. В этой среде по нашим наблюдениям (Пережегоин Л. О., Вострокнутов Н. В., 2006, 2007) наиболее высока доля несовершеннолетних с психическими расстройствами.

Эпидемиологические данные о психических расстройствах в детской популяции также демонстрируют устойчивый рост. На фоне снижения числа детей в России с 1999 года на 6 миллионов человек (в связи с общим процессом старения населения) и укомплектованности штатов детских психиатров на 62% выявление детей с впервые в жизни установленным диагнозом психического расстройства выросло с 1999 г. по 2006 г. с 618,0 до 668,6 человек в год на 100 тысяч детского населения. При этом у 113,0 человек на 100 тысяч детского населения диагностирована умственная отсталость, у 541,3 — непсихотические формы психических расстройств, и лишь у 14,3 — психозы, включая шизофрению (3,1 на 100 тысяч детского населения). В то же время общее число детей, страдающих психическими расстройствами, которым оказывается внебольничная помощь, ежегодно увеличивалось в среднем на 1% и составило в итоге 2900,4 на 100 тысяч детского населения, из них 436,1 являются инвалидами по психическому расстройству. В подростковой среде ситуация носит еще более удручающий характер. Если в 1991 году подростков с впервые в жизни установленным диагнозом психического расстройства было выявлено 355,8 на 100 тысяч подросткового населения, то в 2001 г. — уже 562,9 на 100 тысяч подросткового населения, притом, что укомплектованность подростковыми психиатрами за тот же период снизилась на 17,7%. Общее число подростков, страдающих психическими расстройствами, за последние годы росло в среднем на 2% в год и составило в 2006 г. 3581,2 на 100 тысяч подросткового населения. Параллельно росту числа детей и подростков, страдающих психическими расстройствами, неуклонно сокращалось число визитов к врачам-психиатрам и число детей и подростков, находящихся под диспансерным наблюдением (Гурович И. Я., Голланд В. Б., Зайченко Н. М., 2000; Гурович И. Я., Голланд В. Б., Сон И. М. и др., 2007).

В. Ф. Шалимов (2007), анализируя сложившуюся ситуацию, пришел к выводу, что существует по крайней мере несколько при-

чин, обусловивших негативную динамику в детской и подростковой психиатрии, в частности: (1) исключение врача-психиатра из участия в диспансеризации детей; (2) недостаточное развитие медико-социальных учреждений реабилитационного типа; (3) отсутствие у врачей в первичном звене здравоохранения знаний и навыков раннего выявления психических расстройств; (4) ориентация врачей-психиатров на оказание помощи при тяжелой патологии (психотических расстройствах, умственной отсталости, выраженных задержках психического развития и т.д.) в ущерб преобладающим в детской и подростковой популяции органическим и невротическим расстройствам и пограничной патологии развития; (5) игнорирование родителями болезненного характера имеющихся нарушений у детей и из-за страха перед обращением в психиатрический диспансер в связи с боязнью, связанных с этим социальных ограничений.

По нашему мнению, в качестве одной из ведущих причин следовало бы отметить и все возрастающий спрос населения на т.н. «психологические» услуги, являющийся следствием рекламы деятельности недобросовестных специалистов, в силу собственной некомпетентности и алчности подменяющих (до определенного времени, разумеется) психиатрическую помощь неопределенного рода услугами, закамуфлированными под «психологическое консультирование».

Вследствие указанных причин социальный запрос на диагностику и коррекцию (в широком смысле слова) психических расстройств у детей и подростков сместился из системы здравоохранения в систему образования охраны правопорядка. Последнее обусловлено тем, что регистрируемые в большинстве случаев у детей и подростков психические расстройства сопровождаются девиантным поведением в одной из его типичных форм, описанных еще Абрумовой А. Г. и Жезловым Л. Я. (1973): антидисциплинарным, антисоциальным, делинквентным и аутоагрессивным.

Нам представляется необходимым дать здесь определение этим основополагающим социально-психиатрическим понятиям.

Антидисциплинарным принято называть поведение, заключающееся в нарушении установленных правил поведения и режима общественных, в особенности — учебно-воспитательных — учреждений.

Антисоциальным обозначают поведение, нарушающее нравственные устои и нормы поведения общества, включая отказ от учебы и трудовой деятельности, бродяжничество, сексуальную

распущенность, ранее начало курения и употребления алкоголя, прием наркотиков и токсических веществ.

Делинквентным называют любое протиправное, противозаконное, в т.ч. преступное поведение.

Аутоагрессивным принято считать поведение, сопровождающееся нанесением себе телесных повреждений, причинением боли, совершением демонстративных или реальных суицидальных попыток. Многие отечественные и зарубежные авторы (Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В., 2001; Пятницкая И. Н., Найденова Н. Г., 2002; Вострокнутов Н. В. с соавт., 2004; Engel G. L., 1980; Korn D. A., 2000 и др.) расширяют границы аутоагрессивного поведения. Исходя из представления об агрессии, как любом действии, причиняющем вред, ущерб живому существу (Бэрон Р., Ричардсон Д., 1997), они относят к аутоагрессивному поведению и употребление алкоголя, наркотиков, токсических веществ, и рискованное поведение, включая экстремальный спорт, азартные игры, и нехимические формы зависимости, в т.ч. интернет-аддикцию и зависимость от компьютерных игр.

Долгое время в отечественной психиатрии доминировало представление о патологических и непатологических формах нарушений поведения. В. В. Ковалев (1979) предлагал считать патологическими такие формы девиантного поведения, которые реализуются не только в неблагоприятной микросоциальной среде, но и за ее пределами и характеризуются стереотипностью, полиморфизмом, сочетанием с неспецифическими и невротическими симптомами астенического, аффективного, сомато-вегетативного характера.

В рамках современного представления о психических расстройствах у детей и подростков, объединяющего при диагностике как собственно, психопатологические феномены, так и показатели соматического здоровья, социального функционирования, включая школьную успешность, семейное благополучие, микросоциальное взаимодействие, в контексте текущих процессов психического развития (Rutter M. et al., 1969; Van Goor-Limbo G. et al., 1990; WHO, 1996) разделение на патологические и непатологические формы нарушений поведения утратило свое значение, поскольку и сами границы патологического и непатологического оказались сильно размыты.

В свою очередь существенно усилилась позиция исследователей, рассматривающих аномальное поведение в общемедицинском контексте адаптационных/дезадаптационных состояний. В. Я. Семке (1999), обобщая накопленный исследователями мате-

риал, предложил выделять психоадаптационные состояния (относительно стабильные образования, при которых индивид успешно функционирует в условиях меняющейся социальной и биологической среды), психодезадаптационные состояния (относительно стабильные симптомокомплексы, соответствующие, как правило, регистру пограничных расстройств, формирующиеся в течение шести месяцев и более, с преобладанием астенических, дистимических и аффективных, вегетативно-пароксизмальных, дисмнестически-когнитивных форм и аномальных личностных реакций). При этом ряд исследователей (Гиляровский В. А., 1946; Кербинов О. В., 1962, 1971; Zink D., 1977, Александровский Ю. А., 1976. 1993 и др.) рассматривают дезадаптацию как состояние, предшествующее формированию собственно психопатологических симптомов и синдромов («нервная демобилизация» у В. А. Гиляровского, «преклинические состояния» у В. Ц. Королева (1983), «компоненты синдромов» у В. К. Смирнова (1980) «адаптационные нарушения» в DSM-III-R и др.), а другие — как патогенетические звенья в развитии патологических состояний, знаменующие переход от скрытых, латентных к острым, клиническим проявлениям психического расстройства. И. В. Давыдовский (1962), описывая общие закономерности развития патологии, констатировал, что «на определенном этапе ... этио-патогенетическое альтерирующее воздействие проявляется вовне, обуславливая возникновение симптомов и синдромов и знаменуя аереход болезни в качественно новый — клинический уровень».

Таким образом, исходя из концепции адаптации, как состояния человека, позволяющего оптимально реагировать на динамические изменения окружающей (биологической и социальной) среды, и дезадаптации, как состояния, характеризующегося формированием стабильного стереотипа аномального реагирования (Александровский Ю. А., 1993), представляется возможным говорить о типах дезадаптации, соотнося их с определенными клиническими проявлениями.

Вострокнутовым Н. В. и Пережогиним Л. О. (2007, 2008) на основании динамического анализа более 300 несовершеннолетних, находящихся в трудных жизненных ситуациях, предложены пять форм психической дезадаптации, характерных для детского и подросткового возраста:

— Органически-обусловленная дезадаптация (встречается в 20-25% случаев психических расстройств) — формируется на органической почве и клинически проявляется комплексом органических симптомов — дизонтогенетических или энцефалопатических

по своей природе (Сухарева Г. Е., 1959, 1973; Мнухин С. С., 1968; Ковалев В. В., 1971, 1995 и др.)

— Личностно-обусловленная дезадаптация (встречается в 20-25% случаев) — формируется в качестве «психопатического развития» (Личко А. Е., 1977; Гурьева В. А., 1994) с последующим включением в клиническую картину стойких аномальных личностных реакций (декомпенсация) (Гурьева В. А., Гиндикин В. Я., 1980; Кондрашенко В. Т., 1988 и др.)

— Когнитивно-обусловленная дезадаптация (встречается в 10-20% случаев) — является следствием нарушения биологических и социальных взаимодействий, обусловленных интеллектуальным дефицитом, как правило — пограничного уровня (органический инфантилизм по Г. Е. Сухаревой, 1959; задержка психического развития, интеллектуальная недостаточность в связи с дефектом воспитания)

— Реактивно-обусловленная дезадаптация (встречается в 10-12% случаев) — следствие острого или хронического психотравмирующего воздействия окружающей среды (реакции отказа, реакции оппозиции, гиперкомпенсации и т.д. по А. Е. Личко, 1983, сопровождающиеся невротической симптоматикой)

— Социально-обусловленная дезадаптация (встречается в 8-25% случаев) — вариант аномального поведения, реализующийся на фоне психического здоровья.

Сказанное выше позволяет рассматривать девиантное (включая делинквентное) поведение несовершеннолетних и психические расстройства, наблюдаемые у несовершеннолетних правонарушителей, беспризорных и безнадзорных не просто как взаимосвязанные явления, но как звенья одной патогенетической цепи (см. рис. 1). При этом дезадаптивное поведение (без привычного деления на патологическое и непатологическое) оказывается органично сочетающимся с общей концепцией дистресса (в контексте работ Г. Селье, 1954).

Взгляд на психические расстройства и девиантное поведение как на звенья одной патогенетической цепи, обуславливает необходимость формирования общего мультисистемного подхода к реабилитации данной категории несовершеннолетних. В последние годы под реабилитацией в детском возрасте принято понимать комплекс координированных медицинских, социальных, педагогических и психологических мер помощи, направленных на возможно более быстрое и полное восстановление здоровья ребенка и его эффективный возврат к обычным условиям жизни и обучения (Выхристюк О. Ф., 2004). Во многих странах мира для

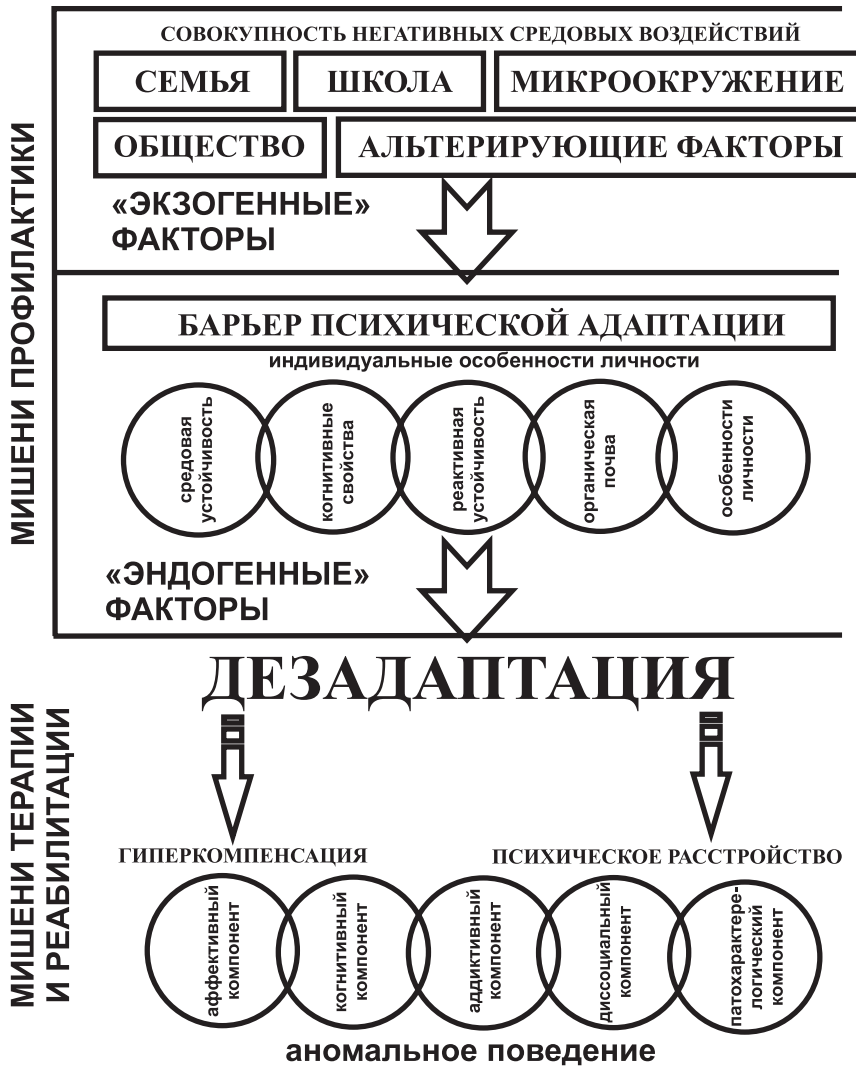


Рис. 1

этой цели существуют специальные службы (Стребельева Е. А., 1998), в России они находятся пока на стадии становления, порой действуют в режиме эксперимента (Шалимов В. Ф., 2007). Большинство исследователей сходятся во мнении, что ведущую роль в реабилитационных программах следует отводить врачу. И. А. Скворцов (2000) при выборе реабилитационной программы

предлагает исходить из комплексного воздействия на нервную систему ребенка — воздействовать на двигательную, интеллектуальную, коммуникативную сферы. Сходных идей придерживаются и классики детской реабилитологии, в частности — Х. Ремшмидт (2000, 2001). Многие отечественные исследователи, изучавшие детей в условиях изоляции от семьи (дети-сироты, дети, лишенные попечения родителей, беспризорные, безнадзорные, дети в условиях специальных школ) обращали внимание на тот факт, что наиболее успешными оказываются реабилитационные мероприятия, осуществляемые в двух направлениях: собственно медицинском (лечение психических расстройств и сопутствующей соматической патологии) и в социальном (воспитательные, учебные, психокоррекционные программы) (Захаров А. И., 1986; Громбах С. М., 1988; Бондарь В. И., 1996; Дыскин А. А., 1996; Миронов Н. Е., 1998; Баранов А. А., Шеплягина Л. А., 2000; Блистинова З. А., Прошин В. А., 2000; Рычкова Н. А., 2000; Выхристюк О. Ф. с соавт., 2001; Вострокнутов Н. В. с соавт., 2004 и др.). Исходя из изложенной выше концепции дезадаптации, как структурного звена патогенеза психических расстройств у детей, находящихся в трудных жизненных ситуациях, можно говорить, что данный реабилитационный подход является, по сути, патогенетическим.

Однако, современная организация психиатрической помощи детям и подросткам (на базе ПНД и психиатрических клиник) и система учебно-воспитательных и реабилитационных учреждений, подчиненных Министерству Образования и Науки РФ практически не имеют точек соприкосновения для эффективного взаимодействия. Меры, предлагаемые для изменения сложившейся ситуации (Ремшмидт Х., 1994; Робсон К. С. с соавт., 1999; Дмитриева Т. Б. с соавт., 2001; Вострокнутов Н. В., 2002, 2004; Шалимов В. Ф., 2007; Гурьева В. А., Дмитриева Т. Б., Макушкин Е. В. и др., 2007), в частности — организация работы на базе образовательных учреждений комплексных полипрофессиональных бригад специалистов, возглавляемых врачом-психиатром, реализуются исключительно в порядке эксперимента в ограниченном масштабе.

Осложняет их реализацию и то обстоятельство, что в условиях образовательных и воспитательных учреждений практически исключено применение психофармакологических препаратов. В определенной мере это может быть скомпенсировано нозологически ориентированной психотерапией и коррекционными программами, постороенными с учетом нозологической специфики групп несовершеннолетних, однако, следует признать возможности подобной терапии существенно ограниченными.

Поэтому решение проблемы комплексной социально-психиатрической помощи несовершеннолетним с психическими расстройствами в условиях разных типов социальных реабилитационных учреждений для несовершеннолетних в условиях беспризорности и систематической криминальной активности стало главной задачей настоящей работы.

Глава 1

Социально-психиатрическая характеристика материала

Социальная психиатрия детского возраста характеризуется, как известно, рядом специфических особенностей: (1) за точку отсчета она берет ребенка в контексте социальной ситуации развития, т.е. такой системы социальных отношений, в которой ребенок находится с рождения до достижения зрелости, и которая меняется как в ответ на стечение обстоятельств, так и по мере взросления; (2) она использует многоосевой подход, оперируя как клиническими, так и социальными факторами, подразумевая, что здоровье ребенка определяется совокупностью этих факторов; (3) она уделяет особое внимание личностному развитию ребенка (Вострокнутов Н. В., 2003).

К ключевым характеристикам психического здоровья в социальной психиатрии детского возраста относятся «социализация» или усвоение ребенком правил, ролей, норм поведения, которые позволяют ему становиться членом общества, занимать в нем свое место, и «социальная ситуация развития» («отношение ребенка к среде и среды к ребенку дается через переживание и деятельность самого ребенка; силы среды приобретают направляющее значение благодаря переживаниям ребенка» (Выготский Л. С., 1984). Следовательно, совокупность социальных факторов (семейных, школьных, микроокружения, общественных в целом) оказывает существенное (возможно — определяющее) влияние на развитие и психическое состояние ребенка, его социальную активность.

Можно с уверенностью говорить, что социальные факторы определяют и характер социальной активности — ее положительную или отрицательную направленность. Последний вариант отражает факт, характер и степень выраженности дезадаптации.

Настоящее исследование выполнено на базе ФГУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского» Росздрави. В порядке оказания консультативной

и методической помощи детским учреждениям, осуществлялось систематическое наблюдение несовершеннолетних воспитанников Центра временной изоляции несовершеннолетних правонарушителей ГУВД г. Москвы, специализированной школы закрытого типа для несовершеннолетних с девиантным поведением г. Анны Воронежской области, социального приюта «Красносельский» ЦАО г. Москвы, Центра психолого-педагогической реабилитации и коррекции «Крестьянская застава» ВАО г. Москвы. На тех же базах производился набор групп для исследования и психокоррекция.

Все данные получены в ходе статистической обработки (выполнялась в соответствии с ГОСТ 11.004-74 и ГОСТ 11.006-74) индивидуальных показателей:

(1) несовершеннолетних правонарушителей в возрасте 12-14 лет, из которых 97 — воспитанники Центра временной изоляции несовершеннолетних правонарушителей ГУВД г. Москвы (далее по тексту — ЦВИНП ГУВД г. Москвы), 53 — воспитанники специализированной школы для несовершеннолетних с девиантным поведением г. Анны Воронежской области; все несовершеннолетние совершали деяния, соответствующие составам преступлений Особенной части УК РФ, но не были привлечены к уголовной ответственности в связи с недостижением возраста уголовной ответственности; все 150 случаев представляют собой личные наблюдения; **далее по тексту — группа НП** (несовершеннолетние правонарушители);

(2) несовершеннолетних беспризорных и безнадзорных в возрасте 12-14 лет, воспитанников социального приюта «Красносельский» ЦАО г. Москвы, не совершавших правонарушений, соответствующих составам преступлений Особенной части УК РФ; все 115 случаев представляют собой личные наблюдения; **далее по тексту — группа ББ** (беспризорные, безнадзорные);

(3) контрольной группы из 116 московских школьников в возрасте 12-14 лет, не совершавших правонарушений, соответствующих составам преступлений Особенной части УК РФ; все 116 случаев представляют собой личные наблюдения; **далее по тексту — группа К** (контрольная);

(4) группы несовершеннолетних, прошедших через апробированные нами реабилитационные психотерапевтические и психокоррекционные программы: из них 77 — несовершеннолетние правонарушители, 49 — воспитанники социального приюта; все несовершеннолетние обследовались дважды (до и после реабилитационной программы) (все 128 случаев представляют собой личные наблюдения); **далее по тексту группа РК** (реабилитаци-

онно-катамнестическая), ее подгруппы — РКНП и РКББ соответственно.

Структура групп отражена на рис 1.1.



Рис. 1.1. Материалы исследования.
Группы несовершеннолетних.

В ходе выполнения исследования использовались данные следующих методов: клиничко-психопатологического, экспериментально-психологического (учитывались данные методик, направленных на исследование памяти (запоминание 10 слов, опосредованное запоминание), мышления (сюжетные картины, классификация, исключение, сравнение понятий, понимание переносного смысла пословиц, пиктограммы), интеллекта (метод Векслера), личностных особенностей (ММРП, уровень притязаний, шкала Спилберга, метод Роршаха, ТАТ, методы Розенцвейга, Лири, Люшера и др.), агрессивности (шкала Басса-Дарки); для исследования волевых расстройств была использована «Нормированная шкала

диагностики волевых расстройств» (Шостакович Б. В., Горинов В. В., Пережогин Л. О., 1999), вопросник которой был адаптирован для работы с несовершеннолетними) социально-психиатрического, социально-психологического, клинико-катамнестического, статистического.

Использование методологии социально-психиатрического подхода обуславливает возможность выделения групп риска нарушений социализации и факторов риска нарушений социализации ребенка. По данным литературы к ним относятся: алкоголизм, асоциальная личностная деформация и криминальность родных; психопатические черты у родителей в виде психической ригидности с повышенной аффективной возбудимостью, а также их незрелость и изолированность, неустойчивая самооценка, снижение толерантности к стрессам и личностные проблемы: потребность родителей установить жесткий контроль над ребенком; амбивалентные отношения; одиночество и плохое здоровье матери.

Эмоциональное отвержение ребенка и плохое обращение более вероятны, когда существует совпадающее влияние деструктивных факторов: психологические (психопатологические) особенности родителей (опекунов), конфликтные внутрисемейные отношения, негативное влияние других членов семьи и асоциального окружения, безразличное отношение общества к фактам плохого обращения с ребенком (Вострокнутов Н. В., 2003). В нашем исследовании получены следующие результаты.

1.1. Социально-психиатрическая характеристика несовершеннолетних правонарушителей

В соответствии со стандартами ВОЗ, нами использована многоосевая классификация психических расстройств у детей, базирующаяся на МКБ-10 в качестве клинической классификации психических расстройств (Multiaxial classification of child and adolescent psychiatric disorders. WHO. Cambridge university press, 1996), включающая следующие оси:

- (1) Клинические психопатологические синдромы
- (2) Специфические расстройства психического развития
- (3) Уровень интеллекта
- (4) Соматические состояния
- (5) Сопутствующие аномальные психосоциальные ситуации
- (6) Степень нарушения психосоциальной продуктивности.

В нашем исследовании в группе НП из 150 наблюдений психические расстройства были диагностированы у 113 человек (37

несовершеннолетних правонарушителей — психически здоровы, 24,7% группы). Из 113 наблюдений у 16 (10,7% группы) диагностирована умственная отсталость (кодируются по оси 3), у 16 — специфические расстройства психического развития (10,7% группы) (кодируются по оси 2). По оси 1, таким образом, диагностированы психические расстройства у 81 человека (54,0% исходной группы), среди которых преобладали расстройства поведения — 32 человека (39,5%) и расстройства личности и поведения органической природы — 24 человека (29,6%).

В дальнейшем для социально-психиатрического анализа группу несовершеннолетних правонарушителей (НП) разделили на 5 подгрупп, собранных по ведущему социально-психиатрическому признаку — форме дезадаптации. Контрольную группу составили 116 московских школьников.

Распределение типов дезадаптации в группе несовершеннолетних правонарушителей отражено в таблице 1.1.

Таблица 1.1

**Типы дезадаптации в группе
несовершеннолетних правонарушителей**

Тип дезадаптации	Группа НП
Личностно-обусловленная (ЛО)	36 (24,0%)
Реактивно-обусловленная (РО)	14 (9,3%)
Когнитивно-обусловленная (КО)	16 (10,7%)
Органически-обусловленная (ОО)	31 (20,7%)
Социально-обусловленная (СО)	37 (24,7%)
Всего:	134*

* у 16 несовершеннолетних в связи с краткостью наблюдения тип дезадаптации не определялся

Биографические данные несовершеннолетних оценивались по 120 признакам.

Средний возраст составил 13,5, 14,0, 13,5, 13,4, 13,4, 13,6 лет по группам соответственно. Юноши составили около 90% от всех несовершеннолетних (96,4%, 83,3%, 94,1%, 97,6%, 94,5%, 91,4% по группам соответственно). Достоверно больше девушек ($t \geq 2$, $P \leq 0,05$) было в группе РО дезадаптации. В дальнейшем девушки в коррекционные группы не включались.

Число жителей сельской местности значительно уступало числу горожан (8,9%, 16,7%, 23,5%, 16,7%, 18,9% по группам 1-5 соответственно, показатель группы КО достоверно ($t \geq 2$, $P \leq 0,05$))

выше, чем в других группах, показатель группы 1 достоверно ниже ($t \geq 2$, $P \leq 0,05$), чем в других группах). Среди подростков-правонарушителей была высока доля сирот и подростков, лишенных родительского попечения (социальных сирот) — 19,6%, 4,1%, 47,1%, 23,8%, 10,8% по группам 1-5 соответственно, показатель группы КО достоверно выше, показатель группы РО — достоверно ниже ($t \geq 2$, $P \leq 0,05$). Среднее число детей в семье составило 2,1, 1,8, 2,6, 1,8, 1,8 по группам соответственно, показатель группы КО достоверно выше ($t \geq 2$, $P \leq 0,05$). В контрольной группе этот показатель был самым низким: 1,2 ребенка на семью.

Подростки ЛО и КО групп были, как правило, младшими детьми в семьях (имели старших братьев и сестер 76,8% и 94,2% по группам 1 и 3), их старшие братья и сестры жили обычно отдельно от семьи, мало общались со своими родителями, большинство вели социальный образ жизни. У подростков ЛО группы 31,4% братьев имели судимости, либо отбывали наказание в местах лишения свободы. Вероятно, подобная динамика была обусловлена тем, что подростки в ЛО группе воспитывались в семьях с толерантным отношением к криминальному поведению, а подростки КО группы, являясь младшими детьми в семьях, рождались в тот период, когда их родители окончательно утрачивали связь с социумом, спивались, лишались работы, средств к существованию, начинали промышлять мелкими кражами, попрошайничеством.

Хорошие отношения в семье были у 30,4% подростков в ЛО группе, 58,3% — РО группе, 23,5% в КО группе (различия достоверны, $t \geq 2$, $P \leq 0,05$), 45,2% в ОО группе, 62,1% в СО группе и у 89,7% в контрольной группе. Конфликтные отношения встречались в 41,1%, 37,5%, 29,4%, 23,8%, 24,3% по группам соответственно, в контрольной группе — в 9,5%. В тоже время в группах ЛО и КО была достоверно выше ($t \geq 2$, $P \leq 0,05$) доля семей, в которых отношения родителей к детям было безразличным (16,1 % и 17,7% по группам соответственно). Во всех группах отчетливо проявляется связь факторов социального риска с криминальной активностью несовершеннолетних (см. таблицу 1.2).

Отчетливо прослеживается связь между высокими показателями социального сиротства и низким уровнем хороших отношений в семье и неграмотностью, попрошайничеством, криминальным поведением (см. группу КО). Также в группе РО при низком уровне социального сиротства и хороших отношениях в семьях — низкий уровень попрошайничества и криминального поведения, подростки охотно работают, отмечается более высокий уровень социализации поведения.

Таблица 1.2

**Связь социальной ситуации в семьях
несовершеннолетних правонарушителей
с криминальным поведением.**

Факторы	ЛО	РО	КО	ОО	СО	Гр. К
Социальное сиротство	19,6	4,1 [^]	47,1*	23,8	10,8	0 [^]
Хорошие отношения в семье	30,4	58,3	23,5 [^]	45,2	62,1	89,7*
Конфликтные отношения в семье	41,1	37,5	29,4	23,8	24,3	9,5 [^]
Никогда не посещали школу	7,1	4,2	11,8*	9,5	0	0
Подростки неграмотны	7,1	0	23,5*	11,9	2,7	0
Подростки работают	10,7	29,2*	5,8 [^]	11,9	18,9	6,9
Подростки попрошайничают	46,4	12,5 [^]	70,5*	28,6	13,5	0 [^]
Регулярный криминал	60,7*	33,3	88,2*	54,8	29,7	0 [^]

*В таблице данные приведены в процентах. Знаком * обозначено достоверное ($t \geq 2$, $P \leq 0,05$) превышение показателей других групп, знаком [^] – достоверно более низкие показатели.*

Большинство подростков (92,9%, 100,0%, 76,5%, 88,1%, 97,3% по группам соответственно, 100,0% в контрольной группе) умели читать и писать. Показатель группы КО был достоверно ниже ($t \geq 2$, $P \leq 0,05$), чем в других группах. В тоже время запас школьных знаний соответствовал официальному уровню образования только у 8,9%, 29,2%, 0,0%, 11,9%, 45,9%, 69,8% по группам соответственно (как и ожидалось, максимальный показатель обнаруживается в контрольной группе), показатели групп СО и контрольной достоверно выше ($t \geq 2$, $P \leq 0,05$), чем в группах сравнения. Большинство подростков формально числились учащимися школ, соответствующих возрасту классов, либо отставали от возрастного показателя на 1-2 года (второгодники). Их переводили из класса в класс, несмотря на отсутствие необходимой образовательной базы. Являясь учащимися 6-7 класса, многие из подростков-правонарушителей не могли справиться с математическими задачами 3-4 класса, читали незнакомый текст по слогам, не могли пересказать прочитанное, хотя при наводящих вопросах обнаруживали понимание текста. Часто дети с сохранным интеллектом не имели представления о частях света, не могли назвать столицу России, не знали, что кошка и крокодил относятся к разным группам живых существ, не могли прочитать наизусть даже четверостишия А. С. Пушкина, не знали, когда приблизительно

началась Великая Отечественная война и т.д. Среди здоровых правонарушителей и в контрольной группе таких выраженных случаев не встречалось, но не более половины подростков обнаруживали знания в соответствии со школьной программой.

Большинство подростков, включая некоторых детей из контрольной группы, негативно относились к обучению, не видели ценности в образовании. Они ссылались на своих родителей и старших знакомых, которым образование часто служило помехой в поиске доступной работы, охотно приводили примеры успешной (как правило, криминальной) коммерческой деятельности необразованных людей.

Среди обследованных нами подростков встречались дети, которые никогда не посещали школу (7,1% — в группе ЛО, 4,2% в группе РО, 11,8% в группе КО, 9,5% в группе ОО соответственно). Ряд подростков (5,4% в группе ЛО, 41,2% в группе КО ($t \geq 2$, $P \leq 0,05$), 4,8% в группе ОО) посещали вспомогательные школы. Среди подростков ЛО и ОО групп присутствовали случаи неоправданной диагностики умственной отсталости.

Многие подростки активно стремились зарабатывать деньги, считая заработки главным критерием социального успеха. Так 10,7% в группе ЛО, 29,2% в группе РО, 5,8% в группе КО, 11,9% в группе ОО, 18,9% в группе СО (при 6,9% в контрольной группе) (показатель группы РО достоверно выше, группы КО — достоверно ниже ($t \geq 2$, $P \leq 0,05$), чем в группах сравнения) занимались неквалифицированным трудом — мыли автомобили, разносили рекламные листовки, выполняли черную работу на рынках, грузили товар на складах. Небольшое число подростков работали на относительно квалифицированных видах работ — курьерами, продавцами. Кое-кто промышлял проституцией.

В тоже время большинство несовершеннолетних в качестве предпочтительных источников заработка указывали попрошайничество и криминальный заработок. Попрошайничеством систематически занимались 46,4% подростков в группе ЛО, 12,5% в группе РО, 70,5% в группе КО, 28,6% в группе ОО, 13,5% в группе СО (различия в группах РО и СО достоверны ($t \geq 2$, $P \leq 0,05$). Криминальный заработок (преимущественно — систематические кражи, например, из автомобилей, с пустующих дач, грабежи) был характерен для 60,7% в группе ЛО и 88,2% в группе КО против 33,3%, 54,8%, 29,7% по группам РО, ОО и СО (различия достоверны, $t \geq 2$, $P \leq 0,05$).

Во всех группах был высок уровень внутрисемейной патологии. Среди психических расстройств доминировал алкоголизм. Алкоголизмом страдали 57,1% отцов и 57,1% матерей в группе

ЛО, 41,7% отцов и 25,0% матерей во группе РО, 41,2% отцов и 35,3% матерей в группе КО, 57,6% отцов и 42,9% матерей в группе ОО, 32,4% отцов и 13,5% матерей в группе СО (10,3% отцов и 0,0% матерей в контрольной группе). Необходимо учесть, что в большинстве случаев (в специальной школе, ЦВИНПе) сведения об алкоголизме родителей обнаруживались в личных делах несовершеннолетних, т.е. наличие у родителей алкогольной зависимости было уже известным фактом.

У родителей некоторых несовершеннолетних были выявлены случаи шизофрении (5 у отцов и 2 у матерей), эпилепсии (6 у отцов и 4 у матерей), расстройств личности (у трех матерей), других психических расстройств (4 у отцов и 7 у матерей) (данные по всем несовершеннолетним). Однако эти показатели очень малы в сравнении с алкоголизмом. В то же время настораживает высокий уровень встречаемости шизофрении у родственников — братьев, сестер, бабушек, дедушек и т.д. — несовершеннолетних правонарушителей ЛО группы (у 10,7%).

Данные о течении беременности у матерей подростков-правонарушителей и о раннем периоде развития удалось собрать только для половины несовершеннолетних. В то же время некоторые данные все равно достаточно красноречивы. Ниже мы приводим интерполированные данные. В СО и контрольной группах преобладало нормальное течение беременности (около 90%), в КО группе отмечались токсикозы (также около 90%), в ЛО группе — токсикозы (около 40%) и психогении (около 20%). Роды с патологией (в первую очередь — с асфиксией, обвитием пуповины) отмечались у половины матерей подростков ЛО группы и у 80% матерей несовершеннолетних КО группы (25% в контрольной группе). В КО группе в 60% случаев отмечались родовые травмы. В ЛО, КО и ОО группах был высок уровень ранней постнатальной патологии: 48,2%, 52,9%, 38,1% против 29,2% в РО, 18,1% в СО и 1,7% в контрольной группах.

В полных семьях воспитывались от 30% до 45% несовершеннолетних правонарушителей по группам (75,0% в контрольной группе). Без отца воспитывались от 47,1% в группе КО до 62,5% в группе ЛО (различия по группам не достоверны), без матери — от 8,3% в группе РО до 45,0% в группе КО (показатель группы 3 отличается достоверно от других групп, $t \geq 2$, $P \leq 0,05$). Доля несовершеннолетних, воспитывающихся в приемных семьях (как правило, у родственников), не превышала 10% по группам, однако 14,4% несовершеннолетних в группе ЛО, 35,3% в группе КО и 11,9% в группе ОО воспитывались в детских домах и приютах (отличия от других групп достоверны, $t \geq 2$, $P \leq 0,05$).

Типы воспитания распределились по группам следующим образом: преобладало воспитание по типу гипоопеки (51,8%, 45,8%, 41,2%, 61,9%, 32,4% по группам соответственно против 2,6% в контрольной группе); в группе КО часто встречалось отвержение (17,6%, $t \geq 2$, $P \leq 0,05$); в группе СО — обычный тип воспитания (56,8%, $t \geq 2$, $P \leq 0,05$). Насилие в семье отмечалось в 41,1%, 33,3%, 46,5%, 38,1%, 24,3% по группам соответственно (10,3% в контрольной группе), исчерпываясь практически физическими наказаниями. В 4,2% в группе КО и 2,4% в группе СО встречалось сексуальное насилие со стороны членов семей, как правило — отцов и братьев, что согласуется с данными большинства авторов, изучавших внутрисемейное насилие и сексуальное злоупотребление детьми (Daly L. W., 1991, Асанова Н. К., 1997, Догадина М. А., 1998 и др.). Уровень насилия вне семьи был в среднем ниже внутрисемейного. Только в группе КО он был значительно выше (52,9% против 23,5% в семье), что, вероятно, обусловлено высокой долей подростков в группе КО, не имеющих семьи или живущих в условиях внутрисемейного отвержения. При этом в группе КО был весьма высок уровень сексуального насилия вне семьи (29,4%, $t \geq 2$, $P \leq 0,05$). Вторым вероятным объяснением выявленного повышенного уровня внутрисемейного насилия является низкое (в силу когнитивного дефицита) иерархическое положение подростков группы КО в подростковом сообществе, что обуславливало их зависимое, подчиненное, угнетаемое положение. Связь характера воспитания и социальной активности подростков отражена в таблице 1.3.

Таблица 1.3

Связь воспитания и социальной активности подростков

Факторы	ЛО	РО	КО	ОО	СО	К
Воспитывались без отца	62,5	54,2	47,1	61,9	51,4	25,0 [^]
Воспитывались без матери	19,6	8,3 [^]	45,0*	23,8	16,2	0,9
Воспитание по типу гипоопеки	51,8	45,8	41,2	61,9	32,4	2,6 [^]
Отвержение в семье	14,3	4,1 [^]	17,6*	7,1	5,4	0
Насилие в семье	41,1	33,3	46,5*	38,1	24,3	10,3
Подростки избегают игр	7,1	25,0	41,2*	21,4	0	0
Подростки — подчиненные в группе	12,5	16,7	58,8*	16,7	10,8	0 [^]
Регулярный криминал	60,7*	33,3	88,2*	54,8	29,7	0 [^]

*В таблице данные приведены в процентах. Знаком * обозначено достоверное ($t \geq 2$, $P \leq 0,05$) превышение показателей других групп, знаком [^] — достоверно более низкие показатели.*

Отчетливо прослеживается связь между показателями, отражающими уровень семейной депривации, и социальной изоляцией, в которой оказываются подростки. Имеется прямая высокая корреляционная связь между насилием и отвержением в семье и пассивной игровой деятельностью, подчиненным положением в группе и криминальным поведением. Игровая деятельность, используемая психологами для оценки возрастного развития, среди подростков-правонарушителей имела ряд особенностей. Для большинства подростков «детство» ассоциировалось с дошкольным возрастом. Будучи подростками 11-12 лет, они уже не считали себя детьми, напротив, подчеркивали, что ребенок это тот, кто не может сам себя обеспечить, приводили примеры 3-5 летних мальчиков и девочек, которые самостоятельно жили на вокзалах, чердаках, занимались попрошайничеством и воровством, не нуждаясь ни в чьей помощи. Большинство несовершеннолетних правонарушителей (78%) не считали себя детьми (в контрольной группе — 17%). Поэтому игры, которые они отождествляли с детским возрастом, они вспоминали как некое далекое прошлое.

В условиях детских учреждений среди подростков КО группы большинство избегали игр (41,2%, $t \geq 2$, $P \leq 0,05$), либо играли с младшими детьми (52,9%, $t \geq 2$, $P \leq 0,05$). Подростки ЛО (76,8%), РО (66,7%), ОО (80,9%) и СО (91,9%) групп предпочитали играть со сверстниками, а многие (от 30 до 45 процентов по группам) охотно играли со старшими детьми. Среди подростков РО и СО групп не менее четверти охотно играли с взрослыми.

Отношения с другими детьми также существенно различались по группам несовершеннолетних. Наибольшее число лидеров встречалось в СО (18,1%) и ЛО (16,1%) группах. Никогда не были лидерами подростки КО группы ($t \geq 2$, $P \leq 0,05$), они выполняли в подростковых коллективах роли подчиненных (58,8%) или отверженных (47,0%). Многие из них при этом избегали общения, держались на расстоянии от подростковой группы, но все равно не отделялись от нее. Отношения с взрослыми складывались у большинства несовершеннолетних плохо. Взрослые воспринимали их негативно, как хулиганов, нарушителей дисциплины, «малолетних преступников», считали, что по ним «плачет тюрьма». На «хорошем счету» у воспитателей и педагогов, взрослых ближайшего окружения были 10,7% подростков группы ЛО, 29,2% группы РО, 17,6% в группе КО, 21,4% в группе ОО и 43,2% в группе СО (91,4% подростков в контрольной группе).

В связи с отклоняющимся поведением многие подростки-правонарушители госпитализировались в психиатрические стаци-

онары. В среднем в группах ЛО, РО и ОО ранее госпитализировалось около трети подростков. Контрастные показатели зафиксированы в группе КО (70,6%) и группе СО (2,7%) ($t \geq 2$, $P \leq 0,05$), что объясняется нозологическим составом групп. Неоднократные, систематические госпитализации были характерны для группы КО (58,8%, $t \geq 2$, $P \leq 0,05$). Многие подростки — воспитанники приютов и детских домов — воспринимали госпитализацию в психиатрический стационар в качестве сурового наказания, сообщали о вызывающих по меньшей мере удивление способах «лечения» в больницах, заключающихся лишь в приеме витаминов и инъекциях аминазина.

Криминальная активность несовершеннолетних оценивалась по 55 показателям.

Большинство подростков-правонарушителей совершали противоправные деяния, соответствующие по характеру преступлениям, до 14 лет, впоследствии уголовные дела закрывались (85,7%, 75,0%, 94,1%, 85,7%, 75,7% по группам соответственно, различия по группам статистически не достоверны). В группах РО, ОО, СО был высок процент подростков (41,7%, 40,5%, 56,8% по группам соответственно), которые привлекались к ответственности впервые, в то время как в группах ЛО и КО число таких подростков достоверно меньше (19,6% и 23,5% соответственно) ($t \geq 2$, $P \leq 0,05$). В группе ЛО преобладали подростки, совершившие более 3 уголовно наказуемых правонарушений (37,6%) (максимально зарегистрировано 17) и 2-3 правонарушения (35,7%), в группе КО — преобладали подростки, совершившие 2-3 правонарушения (41,1%) и более 3 (29,5%).

Во всех группах преобладали противоправные действия против собственности, особенно — кражи. Доля правонарушений, направленных против собственности составила 87,5%, 75,0%, 94,1%, 80,9%, 83,8% по группам соответственно (цифры в процентах указывают на долю подростков в группе, совершивших этот вид преступления), достоверных различий между группами не обнаружено. В контрольной группе 3 подростка совершили мелкие кражи, к ответственности не привлекались. На втором месте во всех группах, за исключением группы СО, стояли преступления против общественной безопасности (хулиганство) (16,1%, 16,7%, 11,8%, 9,5%), а в группе СО — преступления против жизни и здоровья (убийства, телесные повреждения) — 21,4%. В контрольной группе 5 подростков совершили хулиганские действия и 2 нанесли легкие телесные повреждения, к уголовной ответственности не привлекались. Только в ЛО, РО и СО группах были зафиксированы

преступления против половой неприкосновенности (изнасилования, сексуальные действия насильственного характера), однако их доля очень мала (3,5%, 4,2%, 5,4%) в сравнении с кражами и хулиганством. Криминальная активность подростков отражена в таблице 1.4.

Таблица 1.4

Криминальная активность несовершеннолетних

Факторы	ЛО	РО	КО	ОО	СО	К
Правонарушения до 14 лет	85,7	75,0	94,1	85,7	75,7	—
Привлекались впервые	19,6 [^]	41,7	23,5	40,5	56,8*	—
Против собственности	87,5	75,0	94,1	80,9	83,8	2,6~
Хулиганство	16,1	16,7	11,8	9,5	18,9	4,3~
Против жизни и здоровья	10,7	8,3	5,9	13,5	21,4*	1,7~
Сексуальные преступления	3,5	4,2	0	0	5,4	—
Корыстный коэффициент (КК)	2,27	2,0	1,83	1,52	2,5	—

*В таблице данные приведены в процентах. Знаком * обозначено достоверное ($t \geq 2$, $P \leq 0,05$) превышение показателей других групп, знаком [^] — достоверно более низкие показатели, знак ~ обозначает привлечение к дисциплинарной ответственности в контрольной группе.*

КК — отношение эпизодов присвоения имущества к эпизодам уничтожения имущества

Следует особо отметить, что высокий показатель преступлений против жизни и здоровья в группе СО обусловлен, вероятно, тем, что подростки из этой группы вступали в драки и привлекались к ответственности за легкие телесные повреждения, в то время как подростки из неблагополучных социальных слоев дрались чаще, но жалобы на них поступали реже. Особый интерес представляет распределение преступлений против собственности по оси «присвоение собственности — уничтожение собственности». В группе ЛО отношение краж к эпизодам порчи или уничтожения имущества составило 2, 27, в группе РО — 2,0, в группе КО КК = 1,83, в группе ОО — 1,52, в группе СО КК = 2,5. Таким образом, подростки с личностно-обусловленной, реактивно-обусловленной и социально-обусловленной дезадаптацией совершали преступления в основном ради выгоды, в то время как подростки с когнитивным дефицитом и подростки с органическим поражением головного мозга — как ради выгоды, так и для удовлетворения желания разрушения, в том числе — в рамках клинически очерченных дисфорических состояний. Подростки ЛО и КО групп привлекались к ответственности за однородные преступления досто-

верно чаще ($t \geq 2$, $P \leq 0,05$), чем подростки других групп (73,2% и 76,5% против 33,3% в группе РО, 54,8% в группе ОО и 43,2% в группе СО). В то же время доля преступлений, связанных с насилием, была выше в группе ОО (28,6%) и группе СО (24,3%) и ниже всего — в КО группе (11,8%).

В группах ЛО и КО среди потерпевших преобладали незнакомые люди (69,6% и 70,6%) и не физические лица (например, кражи из магазинов) (50,0% и 52,9%), в то время как в ОО и СО группах — знакомые и родственники (47,6% и 45,9%) (различия достоверны $t \geq 2$, $P \leq 0,05$).

Среднее число правонарушений на одного несовершеннолетнего составило (по группам соответственно): 5,3, 2,8, 5,8, 3,5, 2,1 штук.

Правонарушения несовершеннолетними групп ЛО и КО совершались, как правило, групповые (66,1% и 64,7% соответственно), что выше показателей 2, 4 и 5 групп (50,0%, 59,5%, 56,7%), однако роли подростков ЛО и КО групп существенно различались: первые были организаторами в 41,1% случаев (от общего числа, т.е. более, чем в двух третях групповых преступлений), а подростки КО группы в 58,8% (т.е. около 90% групповых преступлений) выполняли пассивную роль (различия достоверны, $t \geq 2$, $P \leq 0,05$).

Особого внимания заслуживает анализ мотивации правонарушений. Подобные исследования неоднократно проводились на взрослых правонарушителях (Гульдан В. В., 1983, 1988, 1994). Во всех группах преобладали корыстные мотивы (83,9%, 70,8%, 82,3%, 73,8%, 70,2% по группам соответственно), в группе ЛО на втором месте (57,1% $t \geq 2$, $P \leq 0,05$) был механизм, сродни описанной в судебной психиатрии (Шостакович Б. В., 1971) «психопатической актуализации», когда действия «усугублялись по ходу действия», например, словесная перепалка в ответ на сделанное замечание перерастала в драку, драка — в избиение, избиение — в умышленное убийство; на третьем месте расположились (39,3%) аффектогенные мотивы. Аффектогенные мотивы были высоки и в группе РО (второе место, 33,3%). В группе КО на втором месте по значению стояли мотивы подчиняемости (58,8% $t \geq 2$, $P \leq 0,05$), на третьем — также аффектогенные (23,5%). В группе ОО был высок мотив личной неприязни (23,8%). Мотивы удовлетворения влечения, личных отношений, неприязни, анэтические, распределились практически равномерно, значительно уступая корыстным (таблица 1.5).

Подростки-правонарушители из ЛО и РО групп достоверно чаще ($t \geq 2$, $P \leq 0,05$) не доводили преступления до конца (по 25,0%

в обеих группах в сравнении с 17,6%, 14,2%, 10,8% соответственно по группам КО, ОО, СО). Подростки ЛО группы достоверно чаще чем в других группах (71,4% против 54,2%, 29,4%, 54,7%, 43,2% по группам соответственно, $t \geq 2$, $P \leq 0,05$) планировали правонарушения. В тоже время подростки КО группы делали это достоверно реже ($t \geq 2$, $P \leq 0,05$) чем в других группах (различия с группой СО недостоверны, вероятно в силу спонтанности правонарушений в СО группе).

Таблица 1.5

Мотивация правонарушений у подростков-правонарушителей и взрослых преступников, страдающих непсихотическими психическими расстройствами

Факторы	КМ	ЛМ	ЛН	А	ПА	П
Группа ЛО	83,9	5,5 [^]	8,9	39,3	57,1*	14,2
Группа РО	70,8	16,7	12,5	33,3	27,5	16,7
Группа КО	82,3	5,9 [^]	5,9 [^]	23,5	17,6	58,8*
Группа ОО	73,8	14,3	23,8	30,1	14,3	21,4
Группа СО	70,2	5,4 [^]	13,5	13,5	18,9	16,2
Взрослые	48,4	6,5 [^]	41,9	48,4	64,5*	12,9

*В таблице данные приведены в процентах. Знаком * обозначено достоверное ($t \geq 2$, $P \leq 0,05$) превышение показателей других групп, знаком [^] — достоверно более низкие показатели. Здесь КМ — корыстные мотивы, ЛМ — мотивы личных отношений, условий, ЛН — личная неприязнь, А — аффектогенные, ПА — психопатическая актуализация, П — подчиняемость.*

Для всех групп подростков-правонарушителей была характерна небольшая продолжительность криминального эпизода. Менее 1 часа длились криминальные эпизоды у 33,9%, 62,5%, 35,3%, 57,1%, 59,5% подростков (по группам соответственно, достоверны ($t \geq 2$, $P \leq 0,05$) различия группы РО от ЛО и КО групп). Среди подростков ЛО группы у 25,0% криминальная активность носила непрерывный, систематический характер на протяжении 1 года и более: эти подростки являлись членами организованных преступных группировок; в других группах этот показатель был ниже (16,7%, 17,6%, 21,4%, 16,2% по группам соответственно).

У подростков ЛО группы отмечалась также большая продуманность правонарушений. Так 30,4% (от общего числа, т.е. 43% от числа планировавших преступления) несовершеннолетних группы вынашивали планы преступлений более суток (против 12,5%,

5,9%, 11,9%, 16,2% по группам соответственно). В тоже время среди подростков ЛО группы было наибольшее количество лиц, совершивших правонарушения в состоянии алкогольного опьянения (48,2% против 25,0%, 41,2%, 45,2%, 21,6% по группам соответственно, различия статистически достоверны ($t \geq 2$, $P \leq 0,05$) по отношению к группам РО и СО).

Психологические особенности несовершеннолетних правонарушителей оценивалась по 115 показателям. В целом экспериментально-психологическое исследование с подростками осложнялось рядом факторов. Таковыми являлись: заинтересованность подростков в результатах исследования, желание показать себя с лучшей стороны, продемонстрировать покладистость, дружелюбие, конформизм; стереотипное воспроизведение ряда ассоциаций, ответов с опорой на «внутренние стандарты» подростковых коллективов, следование в работе с методиками инструкциям лидеров коллективов; низким образовательным и культурным уровнем обследуемых.

Треть несовершеннолетних правонарушителей обнаруживали склонность к выраженному колебанию настроения (32,1%, 33,3%, 29,4%, 26,2% по группам соответственно, в группе СО — 2,7% $t \geq 2$, $P \leq 0,05$). У большого числа подростков отмечались нарушения внимания (55,4%, 70,8%, 76,5%, 71,4%, 56,8% по группам соответственно, 26,8% в контрольной группе, $t \geq 2$, $P \leq 0,05$, показатели групп ЛО и СО достоверно ниже, $t \geq 2$, $P \leq 0,05$).

Темп психических процессов был снижен у значительной доли несовершеннолетних: в 21,4% в группе ЛО, 45,8% в группе РО, 29,4% в группе КО, 26,2% в группе ОО и в 5,4% в группе СО, что сравнимо с показателем контроля (3,4%). Показатели группы СО были достоверно ниже ($t \geq 2$, $P \leq 0,05$), чем в других группах, показатели группы РО — достоверно выше, чем в других группах ($t \geq 2$, $P \leq 0,05$). Высокий уровень показателя в группе РО коррелировал с высоким уровнем субдепрессии (8,3%) в этой группе. Большинство подростков второй группы были разочарованы в себе, отмечали подавленность, плохое настроение, которое связывали с задержанием, помещением в ЦВИНП и СШ, жаловались на нехватку «творчества», свободы, тяготились дисциплиной в учреждениях и часто ее нарушали.

Практически все подростки справлялись в ходе эксперимента с инструкциями психолога. Крайне низкий уровень усвоения (23,5%) обнаружен только в группе КО. В ходе работы использовались методики, направленные на исследование памяти (запоминание 10 слов, опосредованное запоминание), мышления (сюжетные

картины, классификация, исключение, сравнение понятий, понимание переносного смысла пословиц, пиктограммы), интеллекта (метод Векслера), личностных особенностей (ММРІ, уровень притязаний, шкала Спилберга, метод Роршаха, ТАТ, методы Розенцвейга, Лири, Люшера и др.), агрессивности (шкала Басса-Дарки), воли (НШДВР).

В целом экспериментально-психологическое исследование с подростками осложнялось рядом факторов. Таковыми являлись: заинтересованность подростков в результатах исследования, желание показать себя с лучшей стороны, продемонстрировать покладистость, дружелюбие, конформизм; стереотипное воспроизведение ряда ассоциаций, ответов с опорой на «внутренние стандарты» подростковых коллективов, следование в работе с методиками инструкциям лидеров коллективов; низким образовательным и культурным уровнем обследуемых.

Мнестические процессы были сохранены у большинства несовершеннолетних. В 57,1%, 58,3%, 29,4%, 40,5%, 88,6% по группам соответственно они соответствовали норме (показатель группы КО достоверно ниже, $t \geq 2$, $P \leq 0,05$), в значительной части случаев обнаруживались пограничные с нормой показатели.

Мышление подростков-правонарушителей отличалось конкретностью (66,1%, 62,5%, 52,9%, 52,4%, 35,1% по группам), иногда — субъективными трактовками или привнесениями (максимальный показатель — 9,5% в группе ОО), редко — символичностью (максимальный показатель — 7,1% в группе ОО). В ходе работы с методиками, направленными на оценку мышления, часто встречались индивидуальные привнесения (30,4%, 33,3%, 17,6%, 16,7%, 16,2% по группам соответственно, достоверных отличий от контрольной группы нет, показатель контроля — 17,2%). В большинстве случаев привнесения и их комментарии носили адекватный характер (хуже всего дела обстояли в группе КО, где были адекватными лишь около 40% привнесенных образов).

В целом мышление подростков-правонарушителей отличалось последовательностью, операции сравнения были сохранены (69,6%, 79,2%, 52,9%, 64,8%, 75,9% по группам соответственно), операции обобщения выполнялись успешно, отмечалась некоторая неравномерность (21,4%, 25,0%, 23,5%, 19,4%, 10,8% по группам соответственно), использование формальных признаков (3,6% в группе ЛО, 5,4% в группе СО, при уровне 7,8% в контрольной группе), личных предпочтений (16,1%, 8,3%, 5,9%, 0,0%, 10,8%, 11,6% по группам соответственно). Большинство подростков справлялись с трактовкой условного смысла иносказательных выраже-

ний (хуже всех справлялись в группе КО, где показатель составил 52,9%). Расстройств мышления, характерных для шизофрении (паралогичности, разорванности, соскальзывания), ни у кого не наблюдалось.

Наиболее выраженные нарушения отмечались в эмоциональной сфере. Они подробно описаны в психопатологическом разделе.

По показателям самооценки подростки распределились следующим образом: завышенная самооценка преобладала в группах ЛО и РО (26,8%, 25,0% по группам). Заниженная самооценка встречалась в группах ЛО, РО и КО. В группах ЛО и РО заниженная самооценка сочеталась с субдепрессией и отмечалась в основном у новичков (ситуационная субдепрессия). В группе КО она была постоянным высоким показателем (23,5%), поскольку подростки этой группы в основном отвергались сверстниками и часто служили предметом насмешек и издевательств.

У большой доли несовершеннолетних (55,4%, 58,3%, 41,2%, 42,8%, 18,9% по группам соответственно, показатели группы СО достоверно ниже, $t \geq 2$, $P \leq 0,05$) отмечались признаки личностной незрелости, а в группах ЛО, РО, КО и ОО были случаи выраженного инфантилизма (12,5%, 20,8%, 11,8%, 7,1% по группам соответственно, показатель группы СО достоверно ниже, $t \geq 2$, $P \leq 0,05$).

Стержневым паттерном поведения подростков-правонарушителей является собственно асоциальный компонент, заключающийся в дистанцировании от общественных стандартов поведения. Выраженный отказ от выполнения социальных требований наблюдался в группах ЛО, РО и КО (64,6%, 58,3%, 41,2% по группам соответственно). В группах ОО и СО этот показатель был существенно ниже (28,1%, 16,2% по группам соответственно, показатель группы СО достоверно ниже, $t \geq 2$, $P \leq 0,05$).

Таблица 1.6

**Связь психологических факторов
и криминальной активности подростков**

Факторы	ЛО	РО	КО	ОО	СО	К
Личностная незрелость	55,4	58,3	41,2	42,8	18,9 [^]	—
Выраженный инфантилизм	12,5	20,8	11,8	7,1	2,5 [^]	—
Диссоциальность	64,6*	58,3	41,2	28,1	16,2 [^]	—
Эгоизм	66,4*	54,2	23,5	28,6	10,8 [^]	—
Подростки — подчиненные в группе	12,5	16,7	58,8*	16,7	10,8	0 [^]
Подростки совершают преступления	60,7*	33,3	88,2*	54,8	29,7	0 [^]

*В таблице данные приведены в процентах. Знаком * обозначено достоверное ($t \geq 2$, $P \leq 0,05$) превышение показателей других групп, знаком ^ — достоверно более низкие показатели.*

Личностные особенности несовершеннолетних правонарушителей включали: демонстративность (у 37,5%, 41,7%, 5,8%, 21,4%, 13,5% по группам соответственно, показатели групп КО и РО достоверно ниже, $t \geq 2$, $P \leq 0,05$), эгоизм (66,4%, 54,2%, 23,5%, 28,6%, 10,8% по группам соответственно, показатель группы ЛО достоверно выше, $t \geq 2$, $P \leq 0,05$, показатель группы СО — достоверно ниже, $t \geq 2$, $P \leq 0,05$), раздражительность (39,3%, 66,7%, 47,1%, 38,1%, 13,5% по группам соответственно, показатель группы СО достоверно ниже, $t \geq 2$, $P \leq 0,05$), обидчивость (21,4%, 37,5%, 29,4%, 26,2%, 14,5% по группам соответственно), склонность к внешне-обвиняющим установкам (46,4%, 54,2%, 41,2%, 33,3%, 16,2%, показатель группы СО достоверно ниже, $t \geq 2$, $P \leq 0,05$). Склонность к доминированию обнаруживалась в группах 1 и 2 (39,3% и 29,2%, показатели достоверно выше, $t \geq 2$, $P \leq 0,05$, чем в других группах). Для подростков группы РО оказались свойственны склонность к самоутверждению (50,0%), готовность к активной защите своих взглядов, убеждений (41,7%), и вместе с тем — уязвимость, плохая переносимость субъективно сложных ситуаций (50,0%) (все три показателя достоверно выше, чем в остальных группах, $t \geq 2$, $P \leq 0,05$).

При анализе показателей по тесту диагностики форм агрессии Басса-Дарки отмечались следующие особенности профилей: в группах ЛО и РО профиль был значительно выше, чем в остальных, включая контроль. Самые высокие показатели отмечались по шкалам физической, вербальной и косвенной агрессии, негативизма. Группу ЛО отличали особенно выраженные показатели негативизма и вербальной агрессии, группу РО — высокий уровень чувства вины, обиды и вербальной агрессии. В группе КО на фоне низких показателей всех видов агрессии отмечался относительно высокий уровень чувства вины (но существенно ниже, чем в группе РО и ОО). Группу ОО отличал высокий уровень чувства вины и вербальной агрессии, профиль группы СО был низким по всем показателям и практически соответствовал контрольной группе.

При анализе показателей по Нормированной шкале диагностики волевых расстройств (НШДВР) отмечались следующие особенности профилей: наиболее благополучная картина наблюдалась, как и предполагалось, в группе СО; наименее благополучная — в группах ЛО и РО, где наблюдались расстройства преднамеренной регуляции, высокий уровень автоматизмов. В то же время

в группе ЛО прогностические функции были относительно сохранены, в то время как в РО — нарушены. В группе РО также страдала способность к осуществлению волевых действий. КО и ОО группы обнаруживали более низкие показатели, показатели группы ОО практически не отличались от группы СО и контроля.

Показатели психологического профиля учитывались при отборе несовершеннолетних правонарушителей для осуществления реабилитационных программ.

1.2. Социально-психиатрическая характеристика несовершеннолетних беспризорных и безнадзорных

У безнадзорных детей, так называемых «детей улицы», у детей, лишенных родительского попечения, и детей, которые росли в условиях плохого обращения, полиморфизм отклонений возрастного развития и психических расстройств определяется сочетанным взаимодействием дизонтогенетического, психогенного депривационного и личностного факторов (Вострокнутов Н. В., 2004, Пережогин Л. О., 2009). Депривационный личностный симптомокомплекс не является аналогией «психопатоподобных» нарушений с радикалами аффективно-волевых аномальных личностных свойств. Он имеет свою специфику и включает базисные нарушения «Я-концепции» и социальных взаимодействий. Для него характерен преимущественно пассивно-зависимый тип приспособления в микросоциальной среде; ограниченность и бедность эмоционального сопереживания и эмпатии; низкий уровень побуждений и самосознания; выраженные расхождения между реальным и идеальным «Я»; низкий уровень самоконтроля и рентная ориентация на социальную поддержку. Это определяет особенности средовой психической дезадаптации детей с депривационными расстройствами (Лангмейер Й., Матейчек З., 1984)

Согласно статистическим данным, число семей с хроническими конфликтными отношениями, а также дезорганизованных, асоциальных семей составляет большую социальную группу и она является областью повышенного риска насилия по отношению к детям, эмоционального отвержения детей, не обеспечения их условиями для реализации жизненно необходимых потребностей, включая потребности в защите и уходе. Эти семьи являются и областью повышенного риска формирования у детей безнадзорности, делинквентного и в конечном счете — криминального поведе-

ния. Поэтому необходимым аспектом социально-психиатрического исследования является изучение влияния нарушений адаптации в условиях семьи и школы на социальные отношения и формирование антисоциального поведения несовершеннолетних.

Для реализации такого подхода адекватным следует считать использование понятия о «группах риска». Это дети, у которых нарушения социализации связаны с негативным влиянием семьи, условий обучения, микросоциального окружения. Воздействие указанных факторов сопровождается у детей в этих группах отклонениями личностного развития, нарушениями социального функционирования, поведенческими и психическими расстройствами (Тростанецкая Г. Н., 1994, Девятова О. Е., 2004).

Психическое состояние детей, оставшихся без родительского попечения (безнадзорные, беспризорные, социальные сироты) и выявляемые у них психогенные и депривационные нарушения во многом определяются характером предшествующей социализации.

Особенности семейных отношений характеризуются следующими признаками:

- (1) неполная семья, наличие мачехи или отчима;
- (2) частые физические наказания;
- (3) противоречивая направленность воспитательных мер: со стороны отца, отчима — физические наказания, со стороны матери — гиперопека с потаканием или оправданием поведения.

Антиобщественное поведение формируется рано, как правило, в младшем школьном возрасте. Более чем в половине случаев стойкие асоциальные нарушения поведения сформировались и закрепились в возрасте от 7 до 12 лет. Явлениям безнадзорности предшествовало самовольное оставление школы, частые уходы из дома, случаи ранней и систематической алкоголизации. Проблемы этой группы социально дезадаптированных детей до настоящего времени усугубляется последствиями реализации Закона «Об образовании» (1992), а именно, необоснованным переводом детей на индивидуальные программы обучения; отсутствием системы мер по содействию регулярному посещению школы и сокращению числа покинувших ее детей. В целом количество подростков, прекративших обучение в школе и не начавших работать, выросло за последние годы по Российской Федерации до 40%.

У детей со стойкой школьной неуспешностью доминируют следующие мотивы оставления школы (Шалимов В. Ф., 2007):

- (1) 45% детей покинули школу из-за конфликтов с учителями;

(2) 24% — в связи с отставанием в учебе;

(3) 38% считали себя «выгнанными», исключались из школы (по их мнению) необъективно.

В этой группе детей и подростков наблюдаются следующие варианты отклоняющегося (девиантного) поведения:

(1) самовольное и систематическое уклонение от учебы — у 70-80%;

(2) уходы из дома и бродяжничество — у половины подростков;

(3) аутоагрессивное поведение — у 10%.

Для оценки медицинских профилактических мер при характеристике психического состояния детей и подростков с безнадзорностью необходимо пользоваться критериям групп психического здоровья (Вострокнутов Н. В. с соавт., 2002).

По мнению Н. В. Вострокнутова, следует выделять пять групп психического здоровья. **Первая группа психического здоровья** (частота встречаемости до 9,0 — 10,0 %). В этой группе детей и подростков не определяется признаков психических отклонений; в прошлом не устанавливается воздействие каких-либо патологических факторов с документально подтвержденными психическими расстройствами. Безнадзорность и отклоняющееся (девиантное) поведение связано с конфликтными семейными ситуациями, школьной дезадаптацией, ситуативными социально-средовыми обстоятельствами. Признаки устойчивой социально-психологической деформации личности отсутствуют.

Вторая группа психического здоровья (частота встречаемости до 35,0%). На период освидетельствования клинически выраженные психические расстройства отсутствуют. По анамнестическим и медицинским данным в прошлом имеются указания на бытовые травмы, инфекции, интоксикации, рецидивирующие соматические заболевания с отклонениями психосоциального развития, эпизодами невротических, аффективно-поведенческих, гипердинамических, органических (эмоционально-лабильных, астенических) расстройств. На момент обследования констатируются признаки акцентуаций характера; психологического пубертатного криза; резидуальной церебрально-органической недостаточности без стойких нарушений психических функций; задержанного психосоциального развития с личностной незрелостью, легкими эмоционально-волевыми отклонениями, ограниченностью познавательных интересов и низким общеобразовательным уровнем. Отмеченные признаки в анамнезе и статусе недостаточны для клинического диагноза. Средовая дезадаптация с безнадзорностью

преимущественно связана с формирующейся социально-психологической деформацией личности и педагогической запущенностью.

В связи с медико-социальными особенностями анамнеза профилактические мероприятия по второй группе должны включать консультативную помощь для исключения патологических форм отклоняющегося (девиантного) поведения. Данная форма консультативной психопрофилактической помощи может осуществляться по определению суда или по указанию комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав в связи с направлением несовершеннолетнего с безнадзорностью и различными формами асоциальных действия в специальную школу или профессионально-техническое училище закрытого типа Министерства образования. Порядок и последовательность этих действий законодательно определены Федеральным законом «О государственной системе профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних» (1999)

Третья группа психического здоровья (частота встречаемости составляет до 30,0% случаев). Средовая дезадаптация детей с безнадзорностью и девиантным поведением сочетается с психическими нарушениями пограничного уровня — резидуальная экзогенно-органическая патология, психический и дисгармоничский инфантилизм, повторяющиеся патохарактерологические реакции и патохарактерологическое формирование личности. Отсутствуют признаки психического заболевания или клинически выраженной декомпенсации патологического состояния. Семейная, школьная дезадаптация сочетается с парциальной адаптированностью в микросоциальной среде асоциально ориентированных сверстников.

При устойчивой компенсации латентных, субклинических нервно-психических нарушений и парциальной средовой адаптации оказание консультативной и лечебно-профилактической помощи должно осуществляться с постановкой на консультативный учет в психоневрологическом диспансере. Сохраняется возможность применения мер принудительного воспитания в специальных образовательных учреждениях (школы, ПТУ) закрытого типа для детей с девиантным поведением.

Четвертая группа психического здоровья (частота встречаемости составляет от 15 до 17,0% случаев). Нарушения поведения с безнадзорностью носят патологический характер, определяется клинически выраженными состояниями (отдаленные последствия раннего органического поражения головного мозга, форми-

рующаяся психопатия, патологический пубертатный криз). Средовая дезадаптация охватывает сферу и семейных, и школьных, и межличностных отношений.

Меры медицинской профилактики включают стационарное диагностическое обследование и коррекционное лечение в детском, подростковом психиатрических стационарах. При компенсации патологических расстройств возможно последующее направление в специальное образовательное учреждение закрытого типа для детей и подростков с девиантным поведением. При этом в направительной документации необходимы указания на рекомендации психопрофилактического и психокоррекционного характера для врачей-психиатров и психологов специальных коррекционных школ для детей с девиантным поведением.

Пятая группа психического здоровья (частота встречаемости составляет от 5,0 до 6,0%). Патологические формы поведения с безнадзорностью сопровождаются клинически выраженной декомпенсацией патологического состояния, признаками патологического процесса с малопрогрессирующим течением без признаков обострения и дефекта (органический процесс с малопрогрессирующим или регрессирующим течением) или с признаками обострения или с дефектом. По тяжести состояния применение мер принудительного воспитания невозможно; ведущими являются меры динамического психиатрического наблюдения при вторичности мер социально-профилактического учета. Направление в специальные (коррекционные) школы противопоказано.

Приводимые ниже данные получены в ходе статистической обработки индивидуальных показателей 108 (из 115 обследованных, 7 человек исключены в связи с неполнотой собранных данных) несовершеннолетних воспитанников социального приюта «Красносельский» ЦАО г. Москвы.

Средний возраст детей составил 13,5 лет, жителей Москвы 23 (21,3%), жителей других городов 70 (64,8%), сельских жителей — 13 (12,0%). Из них воспитывались без отца 106 (98,1%) человек, без матери 37 (34,3%), в приемных семьях 16 (14,9%), в детских домах — 19 (17,6%) несовершеннолетних.

В условиях семейной депривации, неполной семьи ярко проявились факторы риска, определяющие долгосрочное социальное функционирование подростков. Многие из подростков не посещали школу, либо посещение школы носило формальный характер (они имели минимальные познания в физике, химии, биологии и др. предметах, изучаемых в средней школе). Наряду со школьной неуспеваемостью в этой группе обнаруживались феномены асо-

циального поведения: попрошайничество, регулярное совершение мелких правонарушений, занятие проституцией. Отчетливо прослеживалось влияние семейной патологии: на первый план выходил алкоголизм у родителей и других членов семей несовершеннолетних, значительное влияние оказывали, по видимому, и другие психические расстройства у членов семьи подростков. Этот фактор являлся, вероятно, одним из определяющих распад семей, и, как следствие, высокий уровень семейной и социальной депривации в группе. Показатели образования и трудовой деятельности беспризорных и безнадзорных подростков отражены в таблице 1.7.

Таблица 1.7

Образование и трудовая деятельность подростков

Характеристики группы	Показатели
Не посещали школу	8 (7,4%)
Вспомогательная школа	8 (7,4%)
Начальное образование	73 (67,6%)
Неполное среднее	22 (20,4%)
Запас знаний равен образованию	19 (17,6%)
Работает (любой вид легального труда)	15 (13,9%)
Занимается попрошайничеством	45 (41,7%)*
Нелегальный заработок	61 (56,5%)*
Проституция	3 (2,8%)

Для несовершеннолетних беспризорных и безнадзорных одним из определяющих факторов в принятии решения об уходе из дома было внутрисемейное насилие. Физическим наказаниям в семье подвергались 34 (31,5%) подростка, моральному унижению — 11 (10,2%), трое подвергались сексуальному насилию. Вне семьи показатели оказались почти тождественными: регулярно физическому насилию подвергались 36 (33,3%) человек, унижению — 21 (19,4%), число подростков, подвергшихся сексуальному насилию достоверно возросло — 12 (11,1%) ($t \geq 2, P \leq 0,05$).

Мы смогли отметить два противоположных феномена: ряд подростков, совершивших побег из дома, бродяжничающих, перебивающихся случайными и криминальными заработками, отмечали, что даже в жестоких условиях криминальной группы их существование было куда лучше, чем в родительском доме, где они подвергались побоям и унижениям; другие подростки из неполных семей, оказавшись в детском доме или социальном приюте,

совершали побеги домой, утверждая, что им лучше в семьях, чем в детских учреждениях, причем они вовсе не были склонны идеализировать свои семейные отношения. Вероятно это можно объяснить тем, что за долгие годы воспитания в асоциальных семьях у подростков вырабатывается своего рода «толерантность» к асоциальным условиям, они вырабатывают свои (тоже, разумеется, асоциальные по сути) стереотипы реагирования на асоциальную среду, которые оказываются неприемлемы в условиях детского учреждения. В связи с этим целесообразно было бы разработать специальную программу реабилитации для подростков, помещаемых в приюты и детские дома.

Характер дезадаптации среди несовершеннолетних беспризорных и безнадзорных был во многом схож с группой НП (см. табл. 1.8, сравните с табл. 1.1).

Таблица 1.8

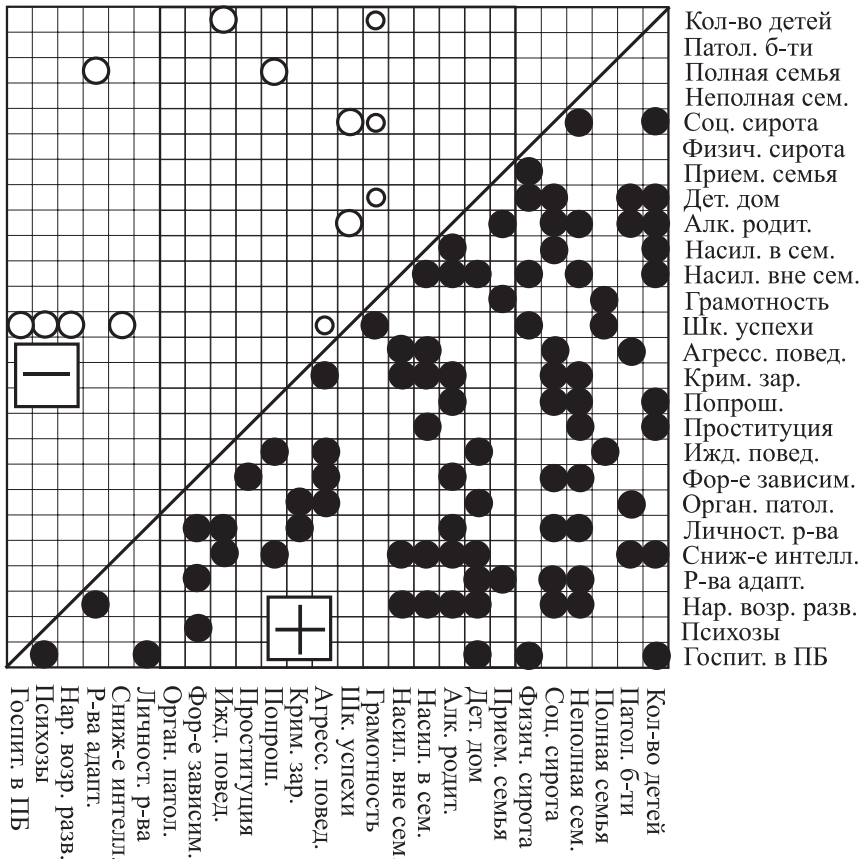
Типы дезадаптации в группе несовершеннолетних беспризорных и безнадзорных

Тип дезадаптации	Группа ББ
Личностно-обусловленная (ЛО)	23 (20,0%)
Реактивно-обусловленная (РО)	13 (11,3%)
Когнитивно-обусловленная (КО)	23 (20,0%)
Органически-обусловленная (ОО)	29 (25,2%)
Социально-обусловленная (СО)	9 (7,8%)
Всего:	97*

** у 18 несовершеннолетних в связи с краткостью наблюдения тип дезадаптации не определялся*

Мультифакторный корреляционный анализ позволил установить устойчивые связи между значимыми социальными и клиническими параметрами (см. рис. 1.2). Анализ причинно-следственных связей между факторами риска приведен на рис. 1.3.

Неполная семья обуславливает рост внесемейного насилия над несовершеннолетними, раннее вовлечение несовершеннолетних в криминальную деятельность, которая становится вскоре образом жизни ребенка, является фактором риска в формировании ПАВ, личностных расстройств, расстройств адаптации и нарушений возрастного развития; схожие проблемы влечет за собой и социальное сиротство. Наиболее частым предиктором неполной семьи является алкоголизм родителей.



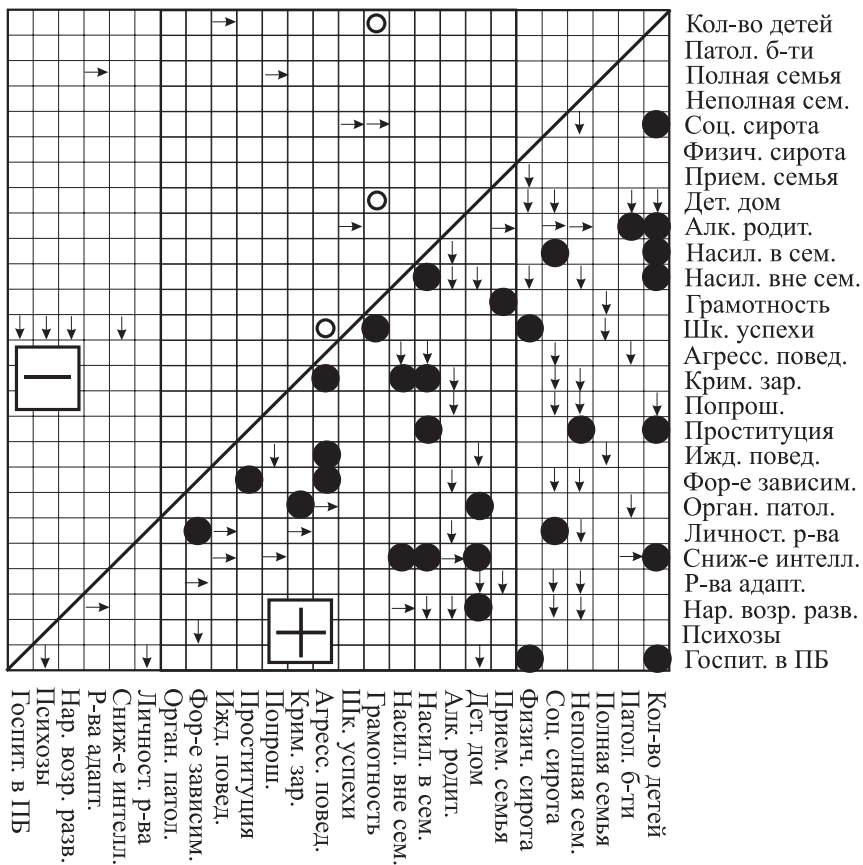
- Полож. корр. $> 0,7$
- Отриц. корр. $> [-0,7]$
- Полож. корр. $0,3 < x < 0,7$
- Отриц. корр. $[-0,3] < x < [-0,7]$

Заведомо просчитываемые корреляции исключены

Рис. 1.2. Значимые корреляции между социальными и клиническими факторами

Алкоголизм родителей (как в полной, так и в неполной семье) провоцирует рост внутрисемейного и внесемейного насилия в отношении несовершеннолетних, а также влечет все те факторы, которые обусловлены неполной семьей.

Органическая и личностная патология стимулируют агрессивное поведение, криминализацию несовершеннолетних, которые становятся активными участниками криминальной среды; ин-



↓ → Источник причинно-следственной связи

- Полож. корр. > 0,7
- Отриц. корр. > [-0,7]
- Полож. корр. 0,3 < x < 0,7
- Отриц. корр. [-0,3] < x < [-0,7]

Заведомо просчитываемые корреляции исключены

Рис. 1.3. Значимые корреляции между социальными и клиническими факторами: источники причинно-следственных связей (данные мультифакторного анализа)

теллектуальная патология и нарушение возрастного психического развития делают несовершеннолетних объектами насилия в семье, вне семьи, в детских коллективах.

Нахождение несовершеннолетних в детских домах и социальных приютах менее прогностически благоприятно, чем воспи-

тание в приемной семье. Наилучший «социальный потенциал» сохраняется у физических сирот, взятых на воспитание в приемные семьи. В то же время для всех несовершеннолетних из неполных семей необходимы реабилитационные программы (см. главу 3).

Анализ социализации детей показывает, что социальный и личностно-ориентированный подход к психическому здоровью детей имеет свою методологию, вырабатывает свой понятийный аппарат и определяет новые пути организации консультативно-диагностической и лечебно-реабилитационной работы с детьми, имеющими проблемы в развитии и поведении (Девятова О. Е., 2004)

1.3. Соматические состояния, сочетающиеся с психическими и поведенческими расстройствами у подростков и сопутствующие аномальные психосоциальные ситуации

Расстройства, кодируемые по оси 4 многоосевой классификации ВОЗ, далеко выходят за рамки класса V (F) Международной классификации болезней 10 пересмотра. Мы пользовались установленными диагнозами: для воспитанников ЦВИНПа — врачом педиатром ЦВИНПа, для воспитанников спецшколы — врачами детской поликлиники, наблюдавшими воспитанников, для социального приюта — врачами ДГКБ № 1 г. Москвы, где дети находились на карантине до перевода в приют. В контрольной группе сведения фиксировались со слов родителей. Интегративную оценку здоровья ребенка осуществляли по шкале Дж. Грефа (J. W. Graef, 1994). Показатели по оси 4 отражены в таблице и на схеме. В таблицу включены соматические состояния, часто сочетающиеся с психическими расстройствами и расстройствами поведения (по рекомендации ВОЗ, 1996).

Пятая ось многоосевой классификации ВОЗ — сопутствующие аномальные психосоциальные ситуации, носит интегративный характер, и включает в себя большинство состояний не кодируемых по МКБ-10, либо кодируемых в рубрике Z (Класс XXI — Факторы, влияющие на состояние здоровья и обращение в учреждение здравоохранения), т.е. сугубо статистическом разделе МКБ-10. В то же время они позволяют оценить социальную подоплеку психических расстройств и нарушений поведения несовершеннолетних, что особенно важно в контексте социальной психиатрии

Таблица 1.9

**Частота встречаемости соматических расстройств
по группам несовершеннолетних (в процентах)**

Диагностические рубрики	Группа НП	Группа ББ	Группа К
D33 Опухоли головного мозга	2 (1,3%)	—	—
E05 Тиреотоксикоз	1 (0,7%)	3 (2,6%)	1 (0,9%)
E10 Сахарный диабет	—	2 (1,7%)	2 (1,7%)
E30.0 Задержка пол. созревания*	14 (9,3%)	12 (10,4%)	5 (4,3%) ^{6*}
E30.1 Преждевременное пол. созр.*	8 (5,3%)	7 (6,1%)	7 (6,1%)
R62 Задержка физиол. развития	18 (12,0%)	22 (19,1%) ^{5*}	10 (8,6%)
E66 Ожирение**	3 (2,0%)	7 (6,1%)	19 (16,5%) ^{5*}
G40 Эпилепсия (все формы) + R56 (судороги другие)	24 (16,0%)	11 (9,6%)	2 (1,7%) ^{6*}
G92 Токсическая энцефалопатия	27 (18,0%)	19 (16,5%)	— ^{6*}
T52 Органические растворители	27 (18,0%)	19 (16,5%)	1 (0,9%) ^{6*}
H54 Снижение зрения	33 (22,0%)	17 (14,8%)	21 (18,1%)
H90 Потеря слуха	2 (1,3%)	—	—
J45 Бронхиальная астма	2 (1,3%)	—	3 (2,6%)
K58 СРТК	4 (2,7%)	1 (0,9%)	9 (7,8%) ^{5*}
L30 Дерматит	6 (4,0%)	4 (3,4%)	1 (0,9%)
S06 ЧМТ***	38 (25,3%)	29 (25,2%)	14 (12,1%) ^{6*}
X60-X84 Суицидальные попытки	7 (4,7%) ^{5*}	2 (1,7%)	—
Всего****	86 (57,3%)	53 (46,1%)	41 (35,3%)

* — расстройство диагностировалось в соответствии с рекомендациями Г. С. Васильченко (1990); ** — диагностировалось по ИМТ; *** — включая анамнестические сведения; **** — число несовершеннолетних в группе, обнаруживающих соматическую патологию хотя бы по одной рубрике; 5* — показатели достоверно выше других групп; 6* — показатели достоверно ниже других групп

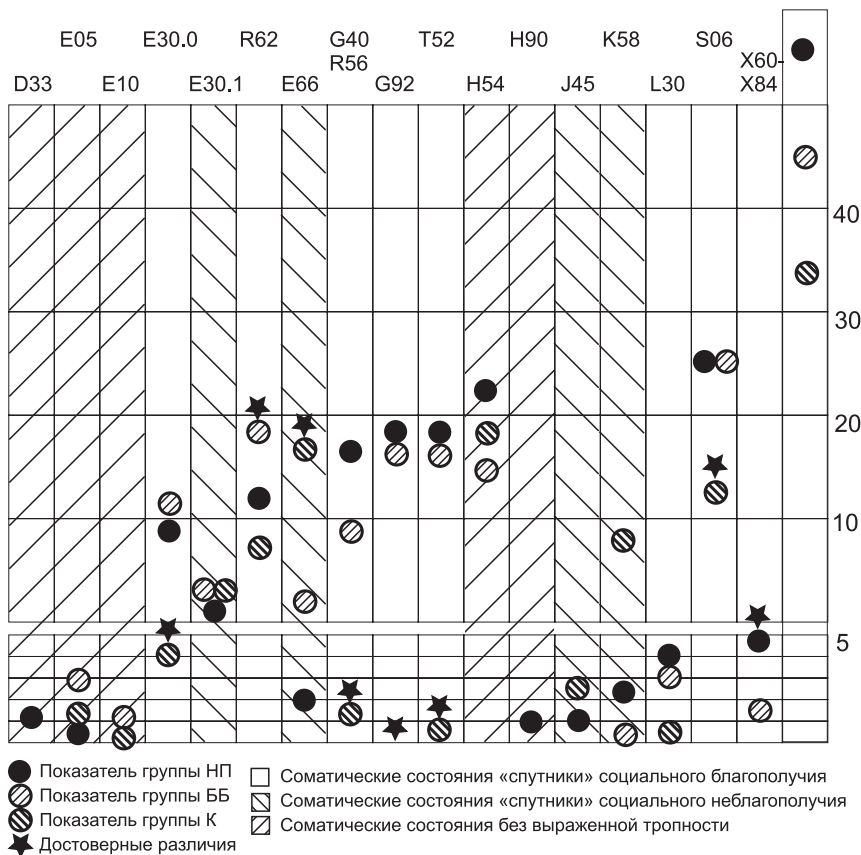


Рис. 1.4. Встречаемость соматических расстройств, ассоциированных с психическими расстройствами и расстройствами поведения, среди несовершеннолетних правонарушителей, беспризорных/безнадзорных подростков и в контрольной группе.

детства, на концепции которой опирается наше исследование. Показатели, обобщенные в таблице 1.10., подробно раскрываются по тексту нашего исследования.

Таким образом, по оси 4 группы НП и ББ очень схожи и обе существенно отличаются от группы К. Вероятно, подобная картина отражает факт наличия/отсутствия социального неблагополучия, не коррелируя с его (во многом искусственно) выделенными формами.

В то же время представляется возможным выделить группы состояний, в той или иной мере ассоциирующихся с социальным

Таблица 1.10

Частота встречаемости сопутствующих аномальных психосоциальных ситуаций по группам несовершеннолетних (в процентах)

Диагностические рубрики	Диагно з по МКБ-10	Группа НП	Группа ББ	Группа К
Аномальные отношения в семье, в том числе — сексуальное насилие	Z62.4 Z62.3 Z63.8 Z61.4	74 (49,3%) 11 (7,3%)	86 (74,8%)** 9 (7,8%)	11 (9,5%)* 1 (0,9%)
Психические расстройства у родственников (не F10.x)	Z58.8 Z63.8	31 (20,7%)	42 (36,5%)	7 (6,0%)*
Аномальные формы и стили воспитания	Z62.1 Z62.0 Z62.5 Z62.6	114 (76,0%)	107 (93,1%)	32 (27,6%)*
Аномалии ближайшего окружения, в том числе — воспитание в учреждении	Z80.1 Z60.8 Z59.1 Z62.2	96 (64,0%) 19 (12,7%)	78 (67,8%) 91 (79,1%)**	13 (11,2%)* —
Неблагоприятные события жизни, в том числе — сексуальное насилие	Z61.0 Z61.3 Z61.7 Z61.5	41 (27,3%) 6 (4,0%)	83 (72,2%) 11 (9,6%)**	8 (6,9%) 1 (0,9%)*
Хронический стресс по месту учебы*	Z55.4 Z55.8	112 (74,7%)	93 (80,9%)	34 (29,3%)*
Всего		137 (91,3%)	102 (88,7%)	41 (35,3%)*

* — для оставивших школу детей групп НП и ББ — в анамнезе

** — показатели группы ББ статистически значимо отличаются от показателей группы НП ($t \geq 2, p \leq 0,05$)

*** — показатели контроля статистически значимо отличаются от показателей групп НП и ББ ($t \geq 2, p \leq 0,05$)

благополучием/неблагополучием (на схеме выделены соответствующими цветами). Из состояний, ассоциирующихся с группой благополучных детей преобладают классические психосоматические расстройства (бронхиальная астма, синдром раздраженной толстой кишки, алиментарное ожирение), в то время как с благополучием ассоциированы чаще состояния, являющиеся следствием

экзогенно-органических воздействий (эпилепсия и судороги, токсическая энцефалопатия, употребление органических растворителей, черепно-мозговые травмы, суицидальные попытки) и задержек развития. Вероятно, данная находка требует более детального исследования (см. рис. 1.4).

Обращает на себя внимание значительное отличие обеих групп (НП и ББ) от контроля по всем без исключения зарегистрированным показателям. При этом показатели группы ББ достоверно хуже, чем показатели группы НП (см. рис. 1.5.).

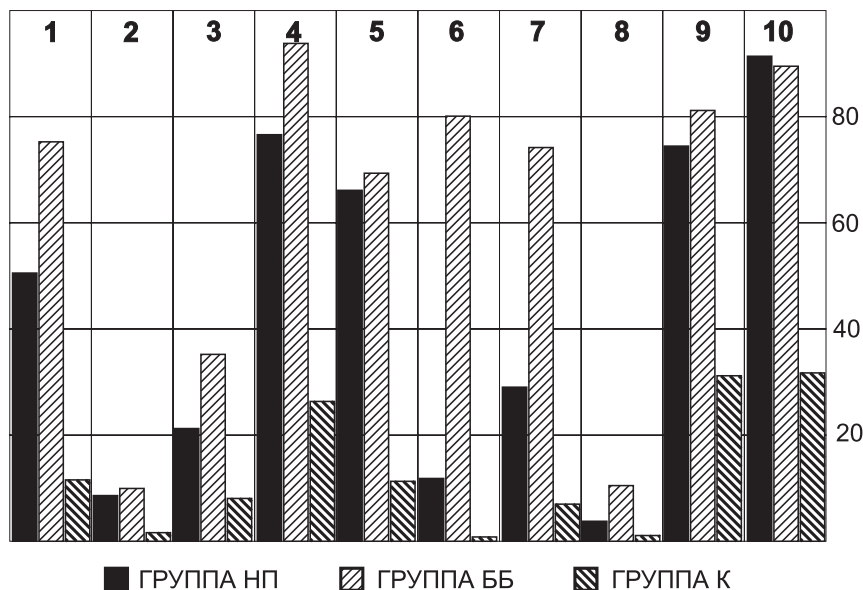


Рис. 1.5. Аномальные психосоциальные ситуации в группах несовершеннолетних правонарушителей и беспризорных/безнадзорных подростков

- | | |
|-------------------------------------|----------------------------------|
| 1. Аномальные отношения в семье | 6. Воспитание в учреждении |
| 2. Сексуальное насилие в семье | 7. Неблагоприятные события жизни |
| 3. Психические расстройства в семье | 8. Сексуальное насилие вне семьи |
| 4. Аномальное воспитание | 9. Хронический стресс в школе |
| 5. Аномалии окружения | 10. Сумма показателей |

Глава 2

Клинико-психиатрическая характеристика материала: расстройства психического развития и интеллекта

Особенность психических расстройств детского и подросткового возраста, в соответствии с концепцией В. В. Ковалева (1995) — непосредственная связь с развитием, созревание нервной системы и всего организма, т.е. динамичность. К сожалению, МКБ-10 является, по сути, более статистической, чем клинической классификацией, поэтому динамический компонент клинической картины, свойственная клинике смена симптомов и синдромов, характерная для течения болезни в общемедицинском понимании (Давыдовский И. В., 1969) в ней не представлен. Поэтому для полноценной клинической характеристики психических расстройств у несовершеннолетних правонарушителей, беспризорных и безнадзорных, в соответствии со стандартами ВОЗ, нами использована многоосевая классификация психических расстройств у детей, основанная на МКБ-10 в качестве базовой классификации психических расстройств (Multiaxial classification of child and adolescent psychiatric disorders. WHO. Cambridge university press, 1996), но охватывающая состояние ребенка во всем контексте его психического развития, психического и соматического здоровья, социального взаимодействия, и включающая следующие оси:

- (1) Клинические психопатологические синдромы;
- (2) Специфические расстройства психического развития;
- (3) Уровень интеллекта;
- (4) Соматические состояния;
- (5) Сопутствующие аномальные психосоциальные ситуации;
- (6) Степень нарушения психосоциальной продуктивности.

Авторы многоосевой классификации, предложенной ВОЗ (1996), исходят из предположения, что психические расстройства, выделяемые в классе F МКБ-10 могут быть сгруппированы по не-

скольким ведущим (что не исключает явлений коморбидности) направлениям:

(1) Общие расстройства развития (детский аутизм и родственные ему состояния) F84;

(2) Поведенческие и аффективные расстройства, свойственные детскому и подростковому возрасту (гиперкинетические, поведенческие, социальные) F90-F98;

(3) Органические психические расстройства (континуум расстройств от деменции и психоорганического синдрома до легких когнитивных и поведенческих изменений) F00-F09;

(4) Расстройства, вызванные злоупотреблением ПАВ F10-F19;

(5) Шизофрения и бредовые расстройства F20-F29;

(6) Аффективные расстройства F30-F39;

(7) Невротические расстройства F40-F48;

(8) Расстройства поведения, связанные с физиологическими нарушениями (расстройства пищевого поведения и др.) F50-F59;

(9) Расстройства личности и родственные им состояния F60-F69;

Выделяя 9 направлений в диагностике психических расстройств по оси 1, исследователи ВОЗ исходят из «определенного преобладания» симптомов, позволяющих диагностировать на основании критериев МКБ одно из психических расстройств, попадающих в ту или иную из 9 рубрик. Подобный подход обуславливает определенные сложности. Например, оппозиционно-вызывающее поведение у подростка, перенесшего травму ЦНС, с астенической симптоматикой и дисфорическими приступами может быть диагностировано и по оси 1 (направление 2 — поведенческие и аффективные расстройства или направление 3 — органические расстройства или направление 7 — невротические расстройства) и по оси 4 (последствия ЧМТ S06). С другой стороны, подобный подход дает врачу широкое поле для «интуитивной» диагностики, для диагностики с учетом реальной тяжести психического компонента и прогноза состояния в ходе лечения и реабилитации. Кроме того, с изменением клинических акцентов будет меняться и сам диагноз.

В нашем исследовании в группе НП из 150 наблюдений психические расстройства были диагностированы у 113 человек (37 несовершеннолетних правонарушителей — психически здоровы, 24,7% группы). Из 113 наблюдений у 16 (10,7% группы) диагностирована умственная отсталость (кодируются по оси 3, см. описание ниже), у 16 — специфические расстройства психического раз-

вития (10,7% группы) (кодируются по оси 2, см. описание ниже). По оси 1, таким образом, диагностированы психические расстройства у 81 человека (54,0% исходной группы).

В группе ББ из 115 наблюдений психические расстройства были диагностированы у 106 человек (9 несовершеннолетних (7,8% от группы) — психически здоровы). Из 106 наблюдений умственная отсталость диагностирована у 23 человек (20,0% от группы) (показатель достоверно выше ($t \geq 2$, $p \leq 0,05$) группы НП), специфические расстройства психического развития — у 18 человек (15,7% от группы). Таким образом, по оси 1 диагностированы психические расстройства у 65 человек (56,5% от группы).

В нашем исследовании в группах НП и ББ не встречались по объективным причинам подростки, психические расстройства у которых могли бы диагностироваться по оси 1 по направлениям 1 (аутизм), 5 (шизофрения) (1 сомнительный в диагностическом плане случай в группе НП и 3 в группе ББ исключены из исследования), 8 и 9. Особо надо отметить, что многие несовершеннолетние обнаруживали признаки формирования специфических расстройств личности F60.x, в частности — диссоциального расстройства F60.2, однако мы придерживались рекомендации ВОЗ диагностировать у подростков до 16 лет расстройства поведения F91.x. Не исключено, однако, что в дальнейшем у многих подростков во взрослом периоде будут диагностированы расстройства личности. Распределение психических расстройств по оси 1 отражено в таблице 2.2. Состав психических расстройств по группам отражен в таблице 2.1.

Таблица 2.1

Психические расстройства у несовершеннолетних правонарушителей и беспризорных/безнадзорных подростков (по группам в процентах)

Виды расстройств	Группа НП	Группа ББ
Психически здоровы	37 (24,7%)*	9 (7,8%)
Умственная отсталость (ось 3 классификации)	16 (10,7%)	23 (20,0%)*
Расстройства психического развития (ось 2 классификации)	16 (10,7%)	18 (15,7%)
Психопатологические синдромы (ось 1 классификации)	81 (54,0%)	65 (56,5%)
Всего	150	115

* — различия между группами статистически достоверны ($t \geq 2$, $p \leq 0,05$)

Таблица 2.2

**Клинические психопатологические синдромы
у несовершеннолетних правонарушителей
и беспризорных/безнадзорных подростков
(по группам в процентах)**

Виды расстройств	Группа НП	Группа ББ
Гиперкинетические расстройства (F90), включая нарушения внимания и гиперкинетические расстройства поведения	7 (8,6%)	7 (10,8%)
Расстройства поведения (F91), включая несоциализированное, оппозиционно-вызывающее поведение	32 (39,5%)**	18 (27,7%)
Расстройства личности и поведения органической природы (F07.x)	24 (29,6%)	22 (33,8%)
Зависимость от ПАВ (F10.x) и поведенческие расстройства, обусловленные зависимостью*	4 (4,9%)	5 (7,7%)
Аффективные расстройства (изолированные), включая депрессивные эпизоды (F32.x) и хронические расстройства настроения (F34.x)	5 (6,2%)	3 (4,6%)
Невротические расстройства, включая расстройства адаптации (F43.x)	9 (11,1%)	10 (15,4%)
Всего	81	65

* — здесь не учитывается сопутствующее другим расстройствам злоупотребление алкоголем и зависимость от алкоголя и др. ПАВ

** — различия между группами статистически достоверны ($t \geq 2$, $p \leq 0,05$)

Главной трудностью диагностики являлось вычленение ведущего (определяющего характер поведения и прогноз) синдрома.

Особенности клинической картины психических расстройств у подростков правонарушителей, беспризорных и безнадзорных оценивались по 145 признакам. По очевидным причинам здесь не описываются подростки, не обнаруживающие психических расстройств, составившие группу социально-обусловленной дезадаптации.

Подавляющее большинство подростков НП и ББ употребляют те или иные одурманивающие средства. 70,0% регулярно употребляют алкоголь, прежде всего — пиво, «слабоалкогольные» коктейли, но часто — водку, самогон. У половины подростков, употребляющих алкоголь с 7-8 лет, к 13-14 годам формируется зависимость от алкоголя, соответствующая 1, реже 2 ст. алкоголизма.

У подростков, начавших употреблять спиртные напитки с 10-11 лет, клинических признаков алкоголизма не выявлялось, однако отмечался выраженный рост толерантности (до 2-х литров водки в сутки). Никто из подростков систематически наркотики не употреблял, опыт применения каннабиоидов имели 12,5%, других наркотиков — еще меньшее число. В преступной молодежной среде прием наркотиков резко осуждается. Со слов одного из несовершеннолетних, когда старшие подростки слышали от него запах конопли, его жестоко избили, объяснив, что «вор наркоманом быть не может». Напротив, прием токсических средств (клея, ацетона, бензина и др. летучих растворителей) очень широко распространен — 71,4% несовершеннолетних имели опыт использования этих веществ, половина из них практиковала ежедневное применение токсических препаратов. Все без исключения подростки курят, большинство — с младшего школьного возраста, в среднем — до 1 пачки сигарет в день.

Первые достоверные признаки патологического развития и поведенческие аномалии у несовершеннолетних фиксировались в 7-8 лет. Большое число (53,6%) подростков отличались гипертимным поведением, 16,1% обнаруживали выраженные колебания настроения. У такого же числа подростков в анамнезе зафиксированы пароксизмальные состояния, как правило — единичные, нерегулярные. По доступным данным медицинской документации и из бесед с родителями удалось выяснить, что отмечались фебрильные судороги (до 1-3 лет), а в более старшем возрасте — кратковременные эпизоды потери сознания по типу абсансов. У 8,9% подростков в анамнезе зафиксированы развернутые судорожные припадки, чаще всего — на фоне острой интоксикации суррогатами алкоголя.

У 12,5% несовершеннолетних в анамнезе зафиксированы делирии, все делирии носили характер интоксикационных психозов, развивались на фоне употребления токсических средств, прежде всего — бензина. Несовершеннолетние, перенесшие делирий, сохраняли подробные воспоминания о психотическом эпизоде, сообщали о наплывах слуховых и зрительных галлюцинаций, в основном — угрожающего содержания, сопровождавшихся страхом, они предпринимали попытки спастись, выпрыгивали из окон, «защищались», прятались от преследователей. Продолжительность делириозных эпизодов не превышала 2-3 дней, выход носил спонтанный характер.

На фоне приема токсических веществ и без таковых у многих подростков отмечались эпизоды дереализации (39,3%). В ос-

новом дереализация развивалась в вечерние часы, в сумерках, подростки отмечали что «время начинало течь медленно, образы сливались друг с другом, знакомые улицы становились незнакомыми, чужими, угрожающими». Эпизоды дереализации вне состояния токсического опьянения носили выраженную депрессивную окраску, сопровождалась страхом, тревогой, чувством угрозы, исходящей извне. Дереализация на фоне токсического опьянения носила выраженный эйфорический оттенок.

Чуть меньше половины подростков (41,1%) обнаруживали первые признаки формирования психоорганического синдрома. Отмечались астенизация и эксплозивные реакции. Органическая церебральная патология проявлялась в метеопатиях, астении, снижении внимания, гипермоторных реакциях, энурезе (57,2%, в среднем до 9,5 лет). По мере взросления все более выраженными становились поведенческие нарушения — аффективные (прежде всего — дисфорические) реакции, снижение памяти, волевые нарушения, эпизоды немотивированного агрессивного поведения. Эмоционально-волевые расстройства отмечались практически у всех подростков (94,6%).

Аффективная патология встречалась практически у всех несовершеннолетних. В 62,5% случаев отмечались маниакальные эпизоды. Они носили кратковременный характер и достигали различной выраженности. У большинства подростков подъемы настроения были связаны с приемом алкоголя или токсических веществ, сопровождалась чувством собственной значимости, приливом сил, верой в то, что вот-вот случится чудо, они «наслаждались жизнью». В ряде случаев маниакальный эпизод развивался до переживания эйфории, экзальтации. В других случаях полюс аффекта стремительно менялся, маниакальное состояние сменялось дисфорическим, возникало желание ломать все на своем пути. Подростки ломали все, что подворачивалось под руку, совершали акты вандализма, поджоги, громили автобусные остановки и киоски, избивали встречных прохожих. У 83,9% отмечались депрессивные состояния. В отличие от маниакальных они были длительными, но не характеризовались выраженной глубиной. В ряде случаев депрессивные состояния сопровождалась явлениями дереализации. При углублении депрессивного аффекта у части подростков (21,4%) развивались апатические состояния. Тогда они часами просиживали в одной позе, не выходили на улицу. Большинство подростков, испытывавших подобные состояния, характеризовали их как мучительные эпизоды полного безразличия. Выход из апатических состояний совершался также через дис-

форический аффект. На фоне дисфории часто совершались правонарушения. У 46,4% несовершеннолетних отмечалась персистирующая тревога, у 10,7% — эпизоды страха. У половины отмечались фобические расстройства (наличествующие в клинике или в анамнезе).

Мнестические расстройства отмечались у 42,8% подростков. В основном наблюдались нарушения кратковременной памяти, фиксации событий (у 30,4%). Часто (8,9%) встречалось патологическое фантазирование, причем фантазии носили нелепый, гротескный характер. В 57,1% случаев отмечалось некоторое интеллектуальное оскудение, не достигающее, однако, степени умственной отсталости, связанное, вероятнее всего, с приемом токсических препаратов и низким уровнем школьных знаний, отсутствием навыков интеллектуальной работы.

Для 82,1% подростков было характерно агрессивное поведение. Треть подростков (32,1%) совершали акты аутоагрессии, 64,7% совершали агрессивные действия в отношении людей и животных, 58,8% — в отношении неживых объектов (порча и разрушение автомобилей, киосков, остановок транспорта, зданий). Многие (16,1%) предпринимали попытки самоубийства и совершали самоповреждения (26,8%), в основном аутоагрессия носила демонстративный характер. Часто акты самоповреждений совершались на фоне дисфорического аффекта, были вызваны желанием причинить себе боль (неглубокие порезы, прижигания сигаретой).

Развитие деликвентного поведения проходило в три этапа. На первом этапе главным фактором девиантного поведения был микросоциальный (семейный). В связи с неблагополучной обстановкой дома подростки проводили большую часть времени на улице, не посещали занятия в школе, были вынуждены ночевать в подвалах и на чердаках, спасаясь от побоев и унижения, которые ждали их дома. Спустя некоторое время они становились членами молодежных криминальных группировок, где выполняли задания старших подростков, воровали. Здесь же они получали опыт использования токсических веществ.

На втором этапе ведущим был фактор асоциального окружения. Подростки втягивались в жизнь асоциальных группировок, где находили покровительство, усваивали законы криминальной среды, постепенно поднимались по иерархической лестнице. Контакты с домом сокращались до минимума. Они могли отсутствовать дома неделями, уезжали в крупные города, где жили на вокзалах, промышляя воровством и грабежами, попрошайничали. В

этот период они начинали активно употреблять алкоголь и токсические вещества. В результате асоциального образа жизни и изменений органического характера возникали стойкие поведенческие стереотипы и аффективные расстройства. В этот период совершались преступления агрессивного характера (телесные повреждения, разбои, изнасилования, убийства, уничтожение имущества).

На третьем этапе ведущим фактором являлся психопатологический. Начиналось формирование личности по патологическому типу. Возможности внутренних компенсаторных сдерживающих механизмов и воспитательно-коррекционного влияния к этому времени исчерпывались.

Ниже мы в соответствии с динамическим принципом детской и подростковой психиатрии остановимся сначала на специфических расстройствах психического развития и интеллекта в исследуемых группах несовершеннолетних, а в следующей главе рассмотрим совокупность психопатологических синдромов у несовершеннолетних правонарушителей, беспризорных и безнадзорных.

2.1. Расстройства, кодирующиеся по оси 2: Специфические расстройства психического развития

Согласно рекомендациям ВОЗ (1996), по оси 2 кодируются специфические расстройства психического развития, относящиеся согласно МКБ-10 к рубрикам F80 (Специфические расстройства развития речи), F81 (Специфические расстройства развития школьных навыков — чтения, письма, счета), F82 (Специфическое расстройство развития двигательных функций), F83 (Смешанные специфические расстройства развития), F88 и F89 — другие (неуточненные) расстройства психического развития.

В современных классификациях (МКБ-10, DSM-V) и предшествующих им DSM-III-R и DSM-IV, расстройства речи и школьных навыков обозначаются в качестве специфических расстройств развития, т.е. по большому счету, дизонтогенетических расстройств. Причина большинства этих расстройств неизвестна, прежние теории, подразумевавшие неврологические нарушения в корковых представительствах соответствующих анализаторов, в настоящее время отвергнуты (Siegel L. S., 1982, Cantwell D. P., Baker L., 1984, Гельдер М., Гэт Д., Мейо Р., 1999).

В МКБ-10 (используется в России с 1999 г.) используются следующие диагностические рубрики:

F 80. Специфические расстройства развития речи и языка;

F 80.0. Специфическое расстройство артикуляции;

F 80.1. Расстройство экспрессивной речи;

F 80.2. Расстройство рецептивной речи;

F 80.3. Приобретенная афазия с эпилепсией;

F 80.8. Другие расстройства развития речи и языка;

F 80.9. Неуточненные расстройства развития речи и языка;

F 81. Специфические расстройства развития учебных навыков;

F 81.0. Специфическое расстройство чтения;

F 81.1. Специфическое расстройство спеллингования;

F 81.2. Специфическое расстройство арифметических навыков;

F 81.3. Смешанное расстройство учебных навыков;

F 81.8. Другие расстройства учебных навыков;

F 81.9. Неуточненные расстройства развития учебных навыков;

F 82. Специфические расстройства развития моторных функций (включая дисграфию);

F 83. Смешанные специфические расстройства психического развития.

Ниже мы коротко остановимся на основных клинических характеристиках данных расстройств и отличиях от подобной симптоматики в рамках иной психиатрической и неврологической патологии.

Все расстройства психического развития начинаются в раннем детском возрасте, и являются прямым следствием нарушения биологических процессов созревания центральной нервной системы. Они протекают гладко, без ремиссий и рецидивов, что отличает их от многих психических расстройств. По мере взросления симптоматика сглаживается, однако признаки расстройств психического развития сохраняются и во взрослом возрасте. В ряде случаев обнаруживается наследственная отягощенность подобными расстройствами. Частота встречаемости в несколько раз выше у мальчиков, чем у девочек, и составляет, по наблюдениям американских исследователей, от 2% до 8% детей школьного возраста (Bender L., 1957, Yule W., Rutter M., 1985, Каплан Г., Сэдок Б., 1994).

Специфическое расстройство развития речи и языка характеризуется ранним началом, у детей сохранен интеллект, нет никаких оснований говорить об умственной отсталости. Диагнос-

тика умственной отсталости в данных случаях является ошибочной и может негативно повлиять на дальнейшую судьбу ребенка. В нерезко выраженных случаях ребенок способен к общению в хорошо известных, бытовых ситуациях, однако в школе расстройство существенно влияет на способности к обучению. От вариантов нормы состояние отличается наличием проблем в области чтения и письма, нарушениями межличностных коммуникационных связей, поведенческими расстройствами. В среднем школьном возрасте важным диагностическим критерием является течение с прогрессивным улучшением. В отличие от умственной отсталости не обнаруживаются выраженных проблем в повседневном функционировании, ребенок приобретает большинство навыков в соответствии с возрастными нормами. При диагностике необходимо убедиться в отсутствии патологии зрения и слуха, включая специфические поражения рецепторного аппарата, в том числе — дальтонизм и парциальную глухоту (невосприимчивость к звукам определенной высоты, связанная с поражением улитки).

При специфическом расстройстве артикуляции отмечаются общая неразборчивость речи, что вызвано не столько искажением отдельных фонем, но пропускам или подменой трудных для произношения звуков. При этом речь становится предельно упрощенной, бедной, что вступает в противоречие с интеллектуальным развитием ребенка и пониманием им куда более сложных речевых конструкций. Внешне похожая картина (следует учитывать, что многие расстройства данной диагностической группы встречаются в сочетании друг с другом и диагностические границы размыты как между формами, так и с крайними вариантами нормы) наблюдается и при **расстройстве экспрессивной речи**. Для диагностики существенно отсутствие отдельных слов и простых фраз к 2-3 годам. В более старшем возрасте отмечается ограничение словарного запаса, трудности в подборе слов и синонимов, использование небольшого набора самых общих слов, несформированность строя речи с наличием примитивной структуры предложений и ошибок в согласовании, синтаксические ошибки, особенно пропуски окончаний и приставок, отсутствие в речи предлогов, местоимений, склонений существительных и спряжений глаголов (данные нарушения свидетельствуют в пользу дизонтогенетического происхождения расстройства, поскольку именно подобная структура речи характерна для сообществ, находящихся на примитивном уровне развития (Леви-Стросс К., 1999). Отмечаются трудности в установлении хронологического порядка событий. При этом понимание речи соответствует возрастным

нормам или немного ниже, что связано с трудностями приобретения словарного запаса, обусловленными нарушениями чтения. В общении количество невербальных конструктов соответствует возрастной норме. Несмотря на речевые нарушения, потребность в коммуникации сохранена, ребенок активно стремится к общению. На фоне речевых расстройств, создающих препятствие в коммуникации, формируются вторичные поведенческие расстройства, эмоциональные нарушения, повышенная моторная активность, которая воспринимается внешне как невнимательность, отвлекаемость.

Расстройство рецептивной речи характеризуется нарушением понимания речи. При этом уже в младенчестве отмечается отсутствие реакции на знакомые названия, трудности идентификации простых предметов, неспособность следовать инструкциям, выполнять команды. При этом нет признаков, свидетельствующих в пользу негативизма. В старшем возрасте отмечаются нарушения понимания грамматических структур (например, форм вопроса и утверждения), тональности речи, жестов. Чаще всего это состояние сочетается с нарушением экспрессивной речи, чтения, письма. В поведении ребенка преобладают: моторная гиперактивность, невнимательность, тревога, изоляция от сверстников, провоцирующая агрессивные поступки, застенчивость.

Приобретенная афазия с эпилепсией (синдром Ландау-Клеффнера) стоит особняком среди расстройств данной группы. Заболевание характеризуется началом в возрасте 3-7 лет, которому предшествует нормальное развитие. Нарушения речи развиваются в течение нескольких недель (месяцев), синхронно с возникновением эпилептических пароксизмов или несколько отсрочено. Нарушения речи носят прогрессирующий характер, достаточно выражены, затрагивают рецептивную и экспрессивную речь, развиваются расстройства артикуляции, которых не было прежде. Может меняться модуляция голоса. На первом этапе, синхронно с речевыми нарушениями, возникают поведенческие расстройства, которые уменьшаются по мере освоения ребенком альтернативных навыков коммуникации. Заболевание может протекать с психотическими эпизодами. Сегодня принято считать, что в основе заболевания лежит воспалительный процесс (энцефалит). В трети случаев наступает полное выздоровление, в двух третях — после прекращения судорожных пароксизмов остаются более и менее резко выраженные речевые нарушения, что собственно и послужило причиной отнесения синдрома Ландау-Клеффнера в данную диагностическую категорию МКБ-10.

К другим расстройствам развития речи и языка относят нарушения речевого развития вследствие педагогической запущенности, социальной депривации. Указанные состояния не требуют специальной терапии и разрешаются самостоятельно в ходе обучения и общения в группе сверстников.

Специфические расстройства учебных навыков отличаются ранним нарушением приобретения навыков счета, письма, чтения, что связано, по видимому, с нарушением обработки когнитивной информации в высших отделах головного мозга (Benton A., 1980, Fey M. et al., 1981, Paul R., Shriberg L., 1982). Для специфических расстройств учебных навыков свойственна особая динамика: сначала отмечается задержка речи, которая, исчезая или смягчаясь к школьному возрасту, сменяется задержкой формирования навыков чтения и письма, а в подростковом возрасте на первый план выступают проблемы спеллингования. Во многом развитие школьных навыков зависит от семейных факторов и обстоятельств, сопутствующих процессу обучения. Во всех случаях более или менее резко отмечается диссоциация между развитием школьных навыков и интеллектуальным развитием, которое соответствует возрасту. Большинство состояний, описываемых в данной группе, не встречаются изолированно, трудно определить, например, что является причиной, а что следствием: расстройство чтения или эмоциональные нарушения, выявляемые у ребенка. Как правило, по мере взросления указанные проявления нивелируются, что, однако, не всегда просто заметить, поскольку у детей снижается интерес к учебе, формирующийся объем знаний все более отстает от уровня требований, предъявляемых к ребенку педагогами от класса к классу, что создает предпосылки к плохой успеваемости. Отличием от педагогической запущенности является отсутствие эффекта от дополнительных занятий в школе и дома, однако хорошие результаты в ответ на использование специфической коррекционной терапии. Грубой ошибкой является диагностика умственной отсталости на основании несоответствия объема школьных знаний возрасту. Если нарушения связаны с неадекватным обучением, их нельзя относить в группу специфических расстройств учебных навыков. В нашей практике нередко встречались случаи гипердиагностики умственной отсталости, требующие пересмотра диагноза.

Для специфического расстройства чтения (дислексии) свойственно: нарушение навыков чтения, проявляющееся при чтении вслух и про себя, сочетание с расстройствами речи, часто в анамнезе, что проявляется пропусками, искажениями, привнесе-

ниями слов или их частей, снижением скорости чтения, потерями места в тексте, перестановкой слов в предложении, трудностями воспроизведения прочитанного и неспособностью сделать выводы из материала, что часто проявляется тем, что ребенок, отвечая на вопросы по тексту, использует общие знания, а не содержание прочитанного. В ряде случаев расстройство чтения возникает без предшествующих нарушений речи, что обусловлено, по-видимому, нарушениями фонематического анализа. В сочетании со специфическим расстройством чтения у детей отмечаются нарушения внимания, эмоциональные расстройства, диссоциальное поведение вследствие низкой самооценки. Ряд исследователей считает специфическое расстройство чтения следствием буквенной агнозии, что отчасти подтверждается улучшением качества чтения при использовании букварных шрифтов. При **специфическом расстройстве спелингования** нарушается способность произносить слова по буквам и правильно их писать. Обычно расстройства спеллингования являются последствием расстройства чтения, однако встречаются и изолированные формы. При **специфическом расстройстве арифметических навыков** (дискалькулия) нарушается счет, в первую очередь — арифметические действия (сложение, вычитание, умножение, деление), при относительной сохранности алгебраических и геометрических вычислений. У детей отмечаются проблемы понимания смысла арифметических операций, числовых отношений, особенно в случае чисел, выраженных дробями, страдает понимание математических знаков, проведение арифметических операций, часто дети неспособны выучить таблицу умножения. **Смешанное расстройство учебных навыков, другие расстройства учебных навыков** (включая расстройство экспрессивного письма) и **неуточненное расстройство развития учебных навыков** являются остаточными, но необходимыми категориями в классификации.

Специфические расстройства развития моторной функции — большая, но плохо разработанная категория состояний, включающая детскую неуклюжесть, диспрактическую дисграфию, нарушения координации, не связанные с умственной отсталостью или другими психическими и неврологическими расстройствами. Отмечается нарушение тонких или крупных движений, которое возникает в раннем возрасте. Вначале отмечается отставание в приобретении навыков ходьбы, бега, прыжков, что сопровождается неуклюжей походкой, трудностями при одевании, бросании и ловле мяча, игре в кубики и конструктор. В более позднем возрасте проявления патологии носят характер диспракситической дисг-

рафии, сочетающейся с общей школьной неуспеваемостью, эмоциональными и поведенческими нарушениями. В младшем школьном возрасте еще могут быть выявлены при детальном неврологическом осмотре хореоформные движения конечностей или зеркальные движения, относимые к негрубой неврологической симптоматике. Расстройства письма не связаны с левшеством и переучиванием левой руки. Причины данного состояния относят на счет нарушений развития (Prechtl H. F., Stemmer C. J., 1962, Breaner M. W. et al., 1967).

Смешанные специфические расстройства психического развития диагностируются в случае присутствия клинических признаков специфических расстройств речи и языка, специфических расстройств учебных навыков и специфических расстройств развития моторной функции.

Диагностика речевых нарушений проводится преимущественно **психиатром, нейропсихологом, невропатологом**. В задачи нейропсихолога входит осуществление тестирования, в задачи невропатолога и психиатра — дифференциально-диагностический анализ. Иногда приходится привлекать к диагностической работе патопсихолога (для оценки мышления и интеллекта), но, как правило, этого не требуется.

В соответствии с рекомендациями Лурия А. Р. (1973) и Л. И. Вассермана, С. А. Дорофеевой и Я. А. Меерсона (1997) мы использовали следующие критерии оценки (см. таблицу 2.3).

Таблица 2.3

Диагностика речевых нарушений: методы и оценка

Объект исследования: Спонтанная и диалогическая речь.

Метод проверки: Беседа.

Оценка: Практически отсутствует, либо в форме словесной окрошки — очень плохо, грубые нарушения, обедненная, односложная, шаблонная, с персеверациями, паузами из-за поиска слов, парафазиями — плохо, умеренные нарушения, обеднение речи, редкие парафазии, аграмматизм — ниже нормы.

Объект исследования: Повествовательная речь (монолог).

Метод проверки: Пересказ прочитанного или прослушанного текста, рассказ по сюжетной картинке, серии картинок, монолог на заданную тему.

Оценка: Полная невозможность выполнения — очень плохо, способность сохранена при наводящих вопросах, трудности в

подборе слов, бедность речи, парафазии, короткие фразы — плохо, незначительное количество вышперечисленных признаков — ниже нормы.

Объект исследования: Аграмматизм.

Метод проверки: Беседа, монолог больного, пересказ, рассказ по сюжетной картинке.

Оценка: «Телеграфный стиль», отсутствие в речи глаголов, дефекты согласования, неправильное употребление предлогов, либо напротив, преобладание глаголов, наречий, вводных слов без существительных — очень плохо, снижение числа глаголов и прилагательных, предлогов, союзов, либо напротив, избыток глаголов, замещающих слов, литеральные и вербальные парафазии — плохо, незначительное количество тех же признаков — ниже нормы.

Объект исследования: Отраженная речь (повторение).

Метод проверки: Повторение гласных и согласных звуков, их серий, слогов, слов, предложений. Исследование проводят также в условиях интерференции с интервалом 5-10 секунд.

Оценка: Полностью нарушенное воспроизведение, либо преобладание вербальных и литеральных парафазий — очень плохо, повторение 50-60% предъявлений — плохо, редкие замены, персеверации, привнесения, парафазии — ниже нормы.

Объект исследования: Называние.

Метод проверки: Называние предметов по рисункам, действий, связанных с предметами.

Оценка: Практически отсутствует, подсказки не помогают, либо только после длительных поисков, ошибок — очень плохо, называется ограниченный набор предметов, много ошибок, замен — плохо, поиск первых букв, затруднения при назывании редких предметов и действий, опоры на подсказки — ниже нормы.

В ходе работы с ребенком обращают внимание на следующие речевые особенности — произношение звуков и наличие напряжения речевого аппарата, темп речи, склонность к шаблонным, стереотипным ответам или многоречивости, интонационные особенности речи, включая эмоциональную окрашенность, наличие вербальных (называние сходного по смыслу слова) и литеральных (называние сходного по звучанию слова) парафазий, контаминаций (смешение слов, например дом+кот=мот).

Объект исследования: Понимание речи.

Метод проверки: Понимание флективных отношений, отношений, выраженных предложениями и наречиями, падежных конструкций в речи и тестах.

Оценка: Полное непонимание ситуативной речи, жестов, команд — очень плохо, нарушение понимания в контексте малоактуальных тем, трудности перехода от темы к теме, между командами — плохо, затруднения возникают при быстрой речи, отвлечении внимания — ниже нормы.

Объект исследования: Чтение вслух.

Метод проверки: Чтение текстов, предложений, слов, букв.

Оценка: Чтение невозможно — очень плохо, читаются отдельные слова, короткие предложения, множественные ошибки — плохо, чтение в медленном темпе с парафазиями — ниже нормы.

Объект исследования: Чтение про себя.

Метод проверки: Подкладывание подписей к картинкам.

Оценка: Подкладывание возможно не более, чем в 10% случаев — очень плохо, в 50-60% — плохо (письменные задания выполняются, как правило, еще хуже), возможно выполнение письменных заданий, частичное понимание прочитанных про себя текстов — ниже нормы.

Объект исследования: Списывание.

Метод проверки: Переписывание текста, предложений, слов, букв.

Оценка: Переписывание коротких фраз невозможно, копируются некоторые буквы, слоги, имеются грубые искажения (исключая феномены зеркальности и лево/правостороннего исключения у левшей) — очень плохо, копируются фразы, но с ошибками, некоторые слова нельзя идентифицировать — плохо, отдельные ошибки, в особенности — в длинных словах — ниже нормы.

Объект исследования: Письмо под диктовку.

Метод проверки: Письмо под диктовку предложений, слов, букв.

Оценка: Письмо невозможно, либо воспроизводится не более 10% из предъявляемого буквенно-слогового материала — очень плохо, воспроизводится 50-60% стимульного материала (букв) — плохо, редкие ошибки (за исключением специфических ошибок, вызванных незнанием правил правописания) — ниже нормы.

Объект исследования: Самостоятельное письмо.

Метод проверки: Запись рассказа на заданную тему, например, по сюжетной картинке.

Оценка: Самостоятельное письмо отсутствует (письмо под диктовку может быть относительно сохранено) — очень плохо, резкие, грубые нарушения письма, в то время как письмо под диктовку нарушено не столь значительно — плохо, сохранено самостоятельное письмо, которое отражает особенности экспрессивной речи больного — ниже нормы.

Объект исследования: Счет.

Метод проверки: Называние чисел, письмо чисел, таблица умножения, арифметические действия, простые задачи.

Оценка: Невозможность выполнения простейших арифметических операций, названия чисел, письма чисел — очень плохо, произведение счетных операций с ошибками, особенно значимы изменение порядка цифр в числах, нарушения в устном счете, письменном счете с использованием многозначных чисел — плохо, негрубые нарушения, нарушение последовательности операций в двухшаговой задаче — ниже нормы.

Дифференциальный диагноз расстройства артикуляции включает три стадии (Каплан Г., Сэдок Б., 1994). Сначала необходимо определить, является ли расстройство артикуляции настолько выраженным, чтобы считаться патологическим (например, до 4 лет многие дети имеют расстройства артикуляции), затем исключить органическую патологию, включая дизартрию, нарушения слуха и умственную отсталость, и наконец убедиться, что экспрессивная речь сохранена, либо нарушена в незначительной мере. Ребенок в три года правильно произносит м, н, нг, б, п, т, к, д, а к четырем годам добавляются ф, ч, ш, з, к пяти годам — т, с, р. Для исключения факторов физического характера надо провести неврологическое исследование и аудиометрию. Признаками дизартрии, которая поддается коррекции значительно хуже, чем расстройство артикуляции, являются: нарушения жевания, глотания, замедленное высовывание и втягивание языка.

Расстройство развития экспрессивной речи дифференцируют с умственной отсталостью, при которой отмечается тотальное снижение интеллекта, что можно проверить специфическими тестами. При нарушении рецептивной речи снижается понимание речи, обращенной к ребенку, в то время как при расстройстве экспрессивной речи оно сохраняется на нормальном уровне. В слу-

Дифференциальный диагноз нарушений артикуляции

Критерии	Дизартрия	Патология слуха	Патология развития	Умственная отсталость
Речевая функция	Норма	Норма	Норма	Снижена
Исследование	Патология губ, языка, неба, жевания, сосания, координации	Патология слуха, выявляемая при аудиометрии	Норма	Психиатром и психологом выявляется снижение интеллекта
Быстрота речи	Медленная, при увеличении темпа нарушения артикуляции возрастают	Норма	Как правило, норма	Снижена
Пораженные звуки	Все звуки, включая гласные	Ф, Т, Ш, Щ, С	Р, Ш, Щ, Ж, Ф, В, С	Нет специфики

чае приобретенной афазии в раннем возрасте речевые функции не страдают, а впоследствии (после травмы или других неврологических расстройств) речевая функция снижается. При элективном мутизме в анамнезе выявляется нормальная речевая функция при общении с одним или несколькими людьми, как правило, из ближайшего окружения ребенка. Таким образом, диагностика осуществляется в основном по методу исключения специфических диагностических признаков, характеризующих альтернативные виды патологии.

Дифференциальный диагноз расстройств развития учебных навыков проводят прежде всего с умственной отсталостью. Главным критерием является сохранность интеллектуальных функций, проявляющаяся во всех сферах деятельности, не связанных прямо с процессом обучения.

Эффективным методом диагностики и дифференциальной диагностики специфических расстройств речи и школьных навыков является игровой тренинг для группы детей (разработанный нами вариант тренинга описан в Приложении 2). Коррекционные методики, разработанные нами для несовершеннолетних со специфическими расстройствами школьных навыков, описаны в главе 3.

Речь ребенка, как и взрослого человека, является одной из специфических форм человеческого сознания и одновременно —

Дифференциальный диагноз расстройств речи

Критерии	Нарушение слуха	Умственная отсталость	Аутизм	Расстройство экспрессивной речи	Расстройство рецептивной речи	Элегантный мутизм	Расстройство артикуляции
Понимание речи	-	-	-	+	-	+	+
Экспрессивная речь	-	-	-	-	-	+/-	+
Аудиограмма	-	+	+	+	+/-	+	+
Артикуляция	-	-	-	-	-	+	-
Внутренняя речь	+	+	-	+	+	+	+
Жестикуляция	+	+/-	-	+	+ или +/-	+/-	+
Отраженная речь (повторение)	-	+/-	+/-	+	+	+	+
Звуки привлекают внимание	+/-	+	-	+	+/-	+	+
Наблюдает за собеседником	+	+	-	+	+	+	+
IQ	+	-	+	+	+	+	+

Здесь «+» соответствует норме, «-» патологии.

его наглядным выразителем. По тому, как ребенок говорит — в свободном диалоговом общении (отвечает на вопросы, рассказывает о взволновавших его явлениях, событиях), можно составить достаточно правильное представление о том, как он думает, как воспринимает и осмысливает окружающее. Речь детей с отставанием в развитии познавательной деятельности обычно характеризуется бедностью языковых форм, ограниченностью лексического запаса, наличием аграмматических фраз.

Процесс овладения письмом при обучении грамоте и математике, так же, как процесс рисования и выполнения многих поделок, предусмотренных программой по труду, требуют определенной сформированности мышц кисти и предплечья. При недоста-

точной тренированности и развитости последних, несмотря на чрезвычайные усилия ребенка, освоение перечисленных видов деятельности становится для него большой проблемой. Недостаточный уровень развития названных функций затрудняет определение пространственных взаимоотношений элементов букв, цифр, геометрических линий и фигур, осложняет ориентировку в схемах и наглядных изображениях. Эти отклонения служат естественным препятствием в обучении чтению, письму, в усвоении начальных математических знаний, при выполнении поделок и рисовании.

Таким образом, наличие специфических расстройств речи и школьных навыков, делает ребенка, по сути, неспособным осуществлять успешно деятельность ни на одном из этапов учебного процесса младшей школы: ребенок не может справляться с устными заданиями, не выполняет арифметических упражнений, не способен к выполнению письменных работ, моторно несостоятелен при рисовании, лепке, склеивании аппликаций и т.д. Это обуславливает его полное выпадение из всего контекста классной работы.

По данным различных авторов, частота специфических расстройств развития колеблется от 2% до 8% в популяции (Bender L., 1957; Yule W., Rutter M., 1985; Каплан Г., Сэдок Б., 1994), т.е. полученные нами данные можно отнести к средне-статистическим.

Большинство исследователей, изучавших проблему специфических расстройств развития, указывая на их дизонтогенетическое происхождение, сходятся во мнении, что специфические расстройства развития существенным образом влияют на общий уровень социализации несовершеннолетних, и могут, в конечном счете, вести к формированию социальной депривации, включая девиантное и противоправное поведение (Bender L., 1957; Cantvill D. P., Baker L., 1985; Yule W., Rutter M., 1985; Безруких М. М., 2000).

Корреляционный анализ связи между специфическими расстройствами развития и социальными и клиническими показателями, продемонстрировал следующие закономерности (см. рис. 2.1.).

Таким образом, отмечается устойчивая взаимосвязь между специфическими расстройствами развития и: (1) воспитанием в неполной семье, сиротством, злоупотреблением родителями алкоголем и насилием в семье, (2) органической патологией, неврологической патологией, (3) расстройствами адаптации, плохой успеваемостью, уходом из школы. Здесь группу факторов, обо-



Рис. 2.1. Значимые корреляции между клиническими и социальными показателями и расстройствами развития (ось 2)

значенных 1, можно принять за условно этиологические, обозначенных 2 — коморбидных, обозначенных 3 — последствующих. Разумеется, следует учитывать, что обозначенные нами связи носят комплексный характер, поэтому однозначно утверждать prerogative сделанного вывода нельзя. Встречаемость специфических расстройств психического развития, полностью определявших клиническую картину, была в нашем исследовании относительно невелика (см. таблицу 2.6)

В рамках реабилитационной программы для группы несовершеннолетних, страдающих специфическими расстройствами

Частота специфических расстройств психического развития по группам несовершеннолетних (в процентах)*

Диагностические рубрики	Группа НП (150)	Группа ББ (115)	Группа К (116)
F80.0 Р-во артикуляции	7 (4,7%)	4 (3,4%)	6 (5,2%)
F80.1 Р-во экспрессивной речи	3 (2,0%)	3 (2,6%)	1 (0,9%)
F80.2 Р-во рецептивной речи	1 (0,7%)	1 (0,9%)	0
F80.8 (сигматизм)	2 (1,3%)	1 (0,9%)	2 (1,7%)
F81.0 Р-во чтения	13 (8,7%)	7 (6,1%)	5 (4,3%)
F81.2 Р-во счета	4 (2,7%)	5 (4,3%)	2 (1,7%)
Смешанные формы F81.3, F83	4 (2,7%)	4 (3,4%)	2 (1,7%)

* статистически достоверных различий между группами не выявлено.

развития нами была разработана и апробирована специальная авторская методика, основанная на нейропсихологическом принципе коррекции.

Использовались упражнения на артикуляцию, на развитие экспрессивной речи, отраженной речи, на понимание речи, на развитие навыков письма, на чтение и счет. Были разработаны и апробированы планы для индивидуальных и групповых занятий с несовершеннолетними, созданы тренинговые занятия, разработан пакет стимульного материала.

В спецшколе и социальном приюте работе с коррекционной методикой обучены группы педагогов-психологов. По методике проведены занятия с 9 детьми в специальной школе и с 12 в социальном приюте. Во всех случаях отмечено значительное улучшение показателей социальной продуктивности и (в качестве специфического объективного критерия) нейропсихологического профиля.

Клинический пример

(Собственное наблюдение)

Дима, 11 лет. Родился вторым ребенком в семье. Старшая сестра здорова. Родители злоупотребляли алкоголем. Сведений о раннем развитии нет. Воспитывался в социальном приюте. Передан вместе с сестрой в детский дом семейного типа. При поступлении в приют отмечалась грубая задержка в психическом развитии, не умел говорить. Был году осмотрен психоневрологом, установлен диагноз: «Задержка психоречевого развития, дизартрия», было рекомендовано заниматься с логопедом-дефектологом».

гом. Тогда же педиатром констатирована задержка общего физического развития. В результате комплексного обследования выявлена гидроцефалия, последствия перинатальной энцефалопатии. Было выявлено нарушение артериального кровоснабжения и венозного оттока головного мозга по данным РЭГ (реоэнцефалографии). Назначенное лечение не получал. На ЭЭГ выявлены нарушения со стороны подкорково-стволовых структур, вспышки медленноволновой активности пароксизмального характера, в основном при гипервентиляции. Во время повторных обследований отмечалась некоторая положительная динамика ЭЭГ. Логопедом-дефектологом выявлено «общее недоразвития речи 3 ст., дислексия, дисграфия», многочисленные привнесения и контаминации при чтении и на письме. Был консультирован в НЦЗД РАМН, установлен диагноз: «Пограничная интеллектуальная недостаточность, девиантное поведение». Получал несистематизированное лечение ноотропами, нейролептиками (Сонапакс(r) 0,01 в сутки) без результата. Положительный результат дали продолжительные занятия с логопедом-дефектологом: через год занятий начал говорить, еще через некоторое время — читать по слогам, писать. Со слов приемной матери: ребенок хорошо адаптирован в детском коллективе, имеющиеся конфликты носят в основном временный характер, трудолюбив, послушен. Вызывают опасение склонность к воровству, эпизодические драки, намеренная порча вещей в доме. Со слов педагога: ребенок ленив, нет желания учиться, преодолевать трудности, с трудом выдерживает занятия длиннее 30 минут, не ориентирован профессионально, имеет склонности к асоциальному поведению, ведет себя несопоставимо с возрастом. Со слов директора: на ребенка неоднократно поступали жалобы от матери и других сотрудников. Поведение ребенка внушает опасение. Таким образом, анамнез указывает на раннюю органическую патологию мозга, в пользу чего свидетельствуют семейная отягощенность алкоголизмом, грубые нарушения психического развития в раннем детском и дошкольном возрасте, изменения ЦНС органического характера, выявляемые объективными методами (РЭГ, ЭЭГ).

Данные физикального осмотра. Среднего роста, нормостенического телосложения, умеренного питания. На момент осмотра жалоб не предъявляет. Кожные покровы чистые, обычной окраски, слизистые без видимых изменений. Опорно-двигательный аппарат без существенной патологии. Умеренный остеохондроз шейного отдела позвоночника. Со стороны сердечно-сосудистой системы без выраженной патологии. Выслушивается легкий

функциональный шум на верхушке сердца, тахикардия. Желудочно-кишечный тракт — без видимой патологии (со слов матери — страдает хроническим гастритом). Печень по краю реберной дуги, эластической консистенции. Мочеотделение не нарушено. Вторичные половые признаки не выражены. При расчете нормировочных показателей отмечается некоторое отставание в соматическом развитии. Неврологически: жалобы на укачивание в транспорте, головокружения, метеопатические проявления, редкие боли мигреноподобного характера. Менингеальных знаков нет. Отмечаются признаки легкого нистагма при крайнем отведении глазных яблок, глазные щели равновелики, сглажена правая носогубная складка, тремор кончика языка, снижена конвергенция. Чувствительность не нарушена. Сухожильные рефлексы: патологические рефлексы Россолимо, Маринеску-Радовичи, оживлены, с незначительным расширением рефлексогенных зон, равномерны. Вегетативные реакции — выраженные. Стойкий белый дермографизм. Таким образом, состояние можно охарактеризовать как умеренные остаточные признаки раннего органического поражения головного мозга, вегетососудистая дистония, признаки задержки соматического развития.

Экспериментально-психологическое исследование. В контакт вступает охотно, на первых порах проявляет к исследованию интерес. В процессе работы задания выполняет в несколько замедленном темпе, пытается выполнить только самые простые стимульные задачи, от сложных уклоняется, допустив ошибку, теряет к работе интерес, отвечает наобум, порой нелепо, невпопад. Поддается коррекции. В ходе выполнения заданий легко истощается, с трудом концентрирует внимание, сам не осуществляет целенаправленного поиска решений. Мышление конкретное, с трудом оперирует отвлеченными понятиями, на пиктограмме рисунки примитивны, воспроизводит понятия приблизительно, не столько пользуется пиктограммой, сколько пытается воспроизвести стимульный материал по памяти. Операции сравнения, обобщения выполняет с опорой на конкретные признаки. Задания на группировку предметов выполняет с трудом, с заданиями на исключение справляется. Речь правильная, словарный запас невелик, строит предложения просто, порой отвечает односложно. Не всегда употребляет слова в правильном контексте, путает значения некоторых слов, не способен последовательно изложить события, изображенные на серии последовательных картинок, пересказывает тексты на уровне общего понимания смысла. Память сохранена. Интеллект сохранен, запас школьных знаний крайне

мал. Обнаруживает незнание материала практически по всем предметам. Эмоциональная сфера характеризуется выраженной лабильностью, колебаниями аффекта и преобладанием полярных значений — от гипоманиакального до дисфорического. Отмечаются изолированные, неразвернутые эпизоды страха, тревоги. Наиболее выражены дисфорические нарушения, продолжительностью до двух часов, проявляющиеся порой агрессивным поведением с преобладанием косвенной агрессии, порчей предметов. Волевые расстройства: преобладают нарушения группы волевых действий, трудности преднамеренной регуляции, особенно — эмоциональных проявлений, легкость выработки моторных автоматизмов, трудности прогноза. При проведении исследования по Нормированной шкале волевых расстройств отмечались выраженные трудности понимания стимульного материала. Личностные особенности отражают сочетание истерического и эпилептоидного радикалов: несут черты облегченного отношения к социальным нормам, обидчивости, раздражительности, некоторой ригидности, демонстративности в рамках характерологических особенностей.

Профессиональное ориентирование. В ходе экспериментально-психологического исследования была предпринята попытка произвести оценку личностных качеств с целью профессионального ориентирования и выяснения профессионального соответствия. В итоге полученный профиль профессии следующий: не требует долгого обучения, перспективы карьерного роста не имеют значения, коллективная или индивидуальная работа, требующая минимума творческого подхода, возможно — связанная с физическим трудом, требующая моторных навыков. Подобным критериям соответствуют рабочие специальности, возможно, стоит обратить внимание на обучение плотницкому, столярному, слесарному, ремонтному делу.

Нейропсихологическое исследование речевой функции. Нейропсихологическое исследование проводилось по стандартизованной схеме А. Р. Лурия, схеме Л. И. Вассермана, профиль функциональной асимметрии исследовался в соответствии с рекомендациями Т. А. Доброхотовой. В процессе исследования применялся стимульный материал LURIA-NEBRASKA NEUROPSYCHOLOGICAL BATTERY и набор нейропсихологических методов Л. И. Вассермана, С. А. Дорофеевой, Я. А. Меерсона.

Экспрессивная речь:

Спонтанная речь — 2 (здесь и далее — 3 балла — очень плохо, 2 балла — плохо, 1 балл — ниже нормы, 0 — норма), нарушено употребление предлогов, склонение существительных, диалог —

1, автоматизированная речь — 1, повествовательная речь — 1, снижен словарный запас, нарушено восприятие последовательности событий, рассказ по картинкам — 1, составление предложений по сюжетной картинке — 1.

Отраженная речь:

Повторение гласных — 0, повторение согласных — 0, повторение триграмм — 1, повторение оппозиционных фонем — 1, различение звуков — 0, повтор слов — 1, встречаются привнесения из предыдущих проб и посторонние привнесения, контаминации, литеральные и вербальные парафазии, повторение предложений — 1, повторение несмысловых серий слов — 1, в условиях интерференции — 1.

Произносительные особенности речи:

Запинание — 2, мелодика — 1, темп — 0, парафазии вербальные — 1, парафазии литеральные — 1, называние — 1, называние изображений простых предметов — 0.

Понимание речи:

Ситуативная речь — 0, значения слов — 0, команды — 0, отчуждение смысла — 1, удержание речевого ряда — 1, понимание межпредметных отношений — 1, понимание падежных конструкций — 1, понимание инверсий — 1.

Фонематический анализ:

Количество букв — 2, крайние буквы — 1, анализ по одной фонеме — 2, по двум фонемам — 2.

Письмо:

Списывание — 1, буквы под диктовку — 0, слоги под диктовку — 1, слова — 1, разрезная азбука — 1, фразы под диктовку — 1, самостоятельное письмо — 1.

Чтение:

Буквы в шрифтовом наборе — 0, буквы вслух — 0, буквы на фоне шума — 1, слоги — 1, слова — 1, предложения — 1, выполнение инструкций — 1, нарушение за счет крайне медленного чтения, понимание сохранено, подписи к картинкам — 1, чтение рассказов — 1.

Профиль функциональной асимметрии:

КПР — 0,33, КПН — 0,9, КПП — 0,25, КПУ — 0,6 с многочисленными парафазиями и контаминациями, привнесениями при дихотическом прослушивании. Феноменов левшества не выявляется.

Психическое состояние. В контакт вступает охотно. Одет неопрятно, неряшлив, задает много нелепых вопросов. В начале беседы отвечает на вопросы последовательно, в плане заданно-

го, спустя полчаса начинает отвлекаться, быстро истощается, отвечает наобум, невпопад. Речь в целом сохранена, построение простых фраз правильное. Словарный запас мал, порой вынужден подбирать слова, иногда употребляет слова в неверном значении. Не всегда точно понимает вопрос, переспрашивает смысл некоторых слов, не улавливает связи слов в сложном предложении. В речи допускает ошибки в согласовании слов, в падежах, роде слов. Мышление последовательное, логическое. Доступны операции исключения, сравнения простых понятий. Сравнение абстрактных понятий затруднено. Память сохранена, охотно рассказывает о себе. Много жестикулирует, мимика несколько схематична, однообразна, порой кривляется, гримасничает. Настроение слегка приподнятое. Интеллект соответствует нижней границе возрастной нормы. Поведение в целом отражает черты психической незрелости, инфантилизма. В процессе беседы сообщает, что у него всегда хорошее настроение, но иногда оно «недолго портится», тогда он чувствует себя никому не нужным, одиноким, испытывает тоску, хочется что-нибудь сломать, кого-нибудь ударить. Отмечает связь плохого настроения с ездой в транспорте (укачивает, «голова крутится»), переменной погоды, вечерними часами, усталостью. Отмечает, что не любит ходить в школу, ему нравится, когда учитель приходит к нему на дом. Сознается, что стесняется своих успехов, стыдится перед одноклассниками, что плохо читает, пишет с ошибками. Пытаясь показать, что его дразнят незаслуженно, якобы читает заранее выученную фразу из книги, показывает тетрадь с хорошей отметкой. Приукрашивает себя, склонен к позерству, фантазированию, преувеличивает свои достижения, уличенный во лжи, не смущается, позволяет себя поправить, потом вновь пытается солгать. Рассказывает, что к нему долго ходил логопед, занимался с ним «упражнениями, чтобы я говорить умел», ему это нравилось. Выказывает готовность продолжать занятия по развитию речи. Задает много вопросов, обнаруживает примитивные, детские интересы, крайне низкий запас школьных знаний и навыков. Затрудняется рассказать стихотворение, пересказ текста выполняет только в самых общих чертах, лишь кратко передавая смысл. Не всегда верно передает условный смысл пословиц и поговорок, в буквальном смысле истолковывает поговорку «золотые руки». Планов на будущее не строит, затрудняется даже с приблизительным выбором будущей профессии. В то же время считает себя трудолюбивым, хозяйственным, ссылается на слова матери «так и мама меня зовет, хвалит». В ходе беседы легко истощается, отвечает невпопад. Из-за быстро-

го истощения и непродуктивности приходилось неоднократно прерывать беседу и психологическое исследование. В целом состояние ребенка определяется в первую очередь нарушениями речи и письма, эмоциональными и волевыми нарушениями, личностными особенностями, инфантилизмом, некоторым отставанием в физическом развитии. Психотической симптоматики не выявляется.

Диагноз. Смешанное специфическое расстройство психического развития (F 83) на органически неполноценной почве. В ходе исследования выявлены нарушения экспрессивной и отраженной речи, понимания речи, чтения, письма.

Терапия. Был включен в реабилитационную группу РК ББ, занимался по общей и нозологически-ориентированной реабилитационной программе в течение 1 года. Отмечалось существенное улучшение всех показателей речи, письма, чтения, улучшение успеваемости, рост показателей социального функционирования.

2.2. Расстройства, кодирующиеся по оси 3: Умственная отсталость

Согласно рекомендациям ВОЗ (1996), по оси 3 кодируются альтернативные, взаимоисключающие состояния: нормативный уровень интеллекта и умственная отсталость, относящаяся согласно МКБ-10 к рубрикам F70-F79. При этом три знака кодируют глубину умственной отсталости (F70-F73 легкая, умеренная, тяжелая, глубокая), а четвертый — наличие нарушений поведения и их степень.

Распределение несовершеннолетних по оси 3 в нашем исследовании приведено в табл. 2.7.

По группе НП средний возраст несовершеннолетних с умственной отсталостью составил 13,5 лет, из них 75% проживали в Москве или других городах, 25% — в сельской местности. Среди них была максимально высокой (50,0%) доля сирот и подростков, лишенных родительского попечения. Как правило, эти подростки являлись младшими детьми в семьях (старших братьев и сестер имели 93,8%, младших — 12,5%), их старшие братья и сестры жили обычно отдельно от семьи, мало общались со своими родителями, большинство вели социальный образ жизни. Вероятно, это обстоятельство связано с динамикой деградации и распада семьи. В семье, начавшей деградировать (прежде всего, в связи с пьянством родителей) младшие дети рождались в тот период, когда родители окончательно утрачивали связь с социумом, спивались,

**Частота встречаемости умственной отсталости
по группам несовершеннолетних (в процентах)**

Диагностические рубрики	Группа НП			Группа ББ
	ЦВИНП	Спецшкола	Всего	
F70.0 — легкая УО с мин. нар. повед.	4 (4,1%)	—	4 (2,7%)	6 (5,2%)
F70.1 — легкая УО со зн. нар. повед.	4 (4,1%)	4 (7,5%)	8 (5,3%)	8 (6,9%)
F71.0 — умер. УО с мин. нар. повед.	—	1 (1,8%)	1 (0,7%)	2 (1,7%)
F71.1 — умер. УО со зн. нар. повед.	2 (2,1%)	1 (1,8%)	3 (2,0%)	7 (6,1%)*
Всего	10 (10,3%)	6 (11,3%)	16 (10,7%)	23 (20,0%)*

** показатели группы ББ статистически значимо превышают показатели группы НП ($t \geq 2$, $p \leq 0,05$)*

лишались работы, средств к существованию, начинали промышлять мелкими кражами, попрошайничеством. Четверть подростков в данной группе неграмотны, притом лишь 12,5% никогда не посещали школу. Часто дети этой группы не имели представления о частях света, не могли назвать столицу России, не знали, что кошка и крокодил относятся к разным группам живых существ, не могли прочесть наизусть даже четверостишия А. С. Пушкина, не знали, когда приблизительно началась Великая Отечественная война и т.д. Хорошие отношения в семьях сохранили 12,5% детей (или четверть тех, кто воспитывался в семье), преобладающим типом воспитания (37,5%) являлась гипоопека (следует учесть, что в семье воспитывались только половина подростков), подавляющее большинство систематически попрошайничали, «подрабатывали» гомосексуальной проституцией, регулярно совершали противоправные деяния.

Даже отрывочные анамнестические данные, которые удалось собрать по подросткам данной группы, весьма красноречивы: половина родителей (включая матерей) страдали алкоголизмом, у трех четвертей матерей беременность протекала с токсикозом, угрозой прерывания, роды — с той или иной патологией. В двух третях случаев отмечалась ранняя постнатальная патология. Отставание в психическом развитии и интеллектуальная недостаточность диагностировалась у детей со значительным запаздыванием — либо при поступлении в школу (7-8 лет), либо при поступле-

нии в детский дом (как правило, в 4-5 лет). Половина детей в исследуемой группе обнаруживали различные хронические соматические заболевания.

Большинство подростков исследуемой группы избегали игр, сторонились сверстников, в группах выполняли роли аутсайдеров, служили мишенями для издевательств, насилия. 62,5% детей систематически госпитализировались в психиатрические клиники. 6,3% совершили убийство, 12,5% — хулиганство, 100% — преступления против собственности (кражи, грабежи). В среднем на одного несовершеннолетнего пришлось 4,6 правонарушений. Правонарушения совершались, как правило, в группе. При совершении правонарушений преобладали корыстные мотивы (93,8%), мотивы подчиняемости (62,5%, отличие от других групп статистически достоверно, $t \geq 2$, $p \leq 0,05$). Особенности криминальной активности несовершеннолетних изложены в соответствующем разделе.

К числу психологических особенностей исследуемой группы, кроме ведущего признака снижения интеллекта относились: эмоциональная лабильность (43,8%), снижение мнестических показателей (68,8%), трудности выполнения логических операций, включая сравнение, исключение, обобщение (87,5%), личностная незрелость (87,5%), такие личностные особенности, как раздражительность, обидчивость, склонность к внешнеобвиняющим установкам, волевые нарушения (68,8%). В целом экспериментально-психологическое исследование с подростками осложнялось рядом факторов, как то: заинтересованность подростков в результатах исследования, желание показать себя с лучшей стороны, продемонстрировать покладистость, дружелюбие, конформизм; стереотипное воспроизведение ряда ассоциаций, ответов с опорой на «внутренние стандарты» подростковых коллективов, следование в работе с методиками инструкциям лидеров коллективов; низким образовательным и культурным уровнем обследуемых.

Клинически, кроме нарушений интеллекта, на первый план выходили: употребление алкоголя (75,0%) и токсических веществ (68,8%), преимущественно — клея и бензина. У 18,8% прием токсических средств провоцировал делирии. У 12,5% подростков отмечались нерегулярные эпилептические пароксизмы, у 6,3% (1 подросток) — регулярные генерализованные припадки (G40.3). Эмоциональные расстройства и неупорядоченность поведения обуславливали в подавляющем большинстве случаев (68,8%) необходимость в наблюдении и лечебном воздействии. В условиях

ЦВИНПа ГУВД г. Москвы психиатрическая помощь подросткам не оказывалась, в спецшколе — оказывалась районным психиатром. Как правило, назначались нейролептики в средних дозах (аминазин по 50 мг 2-3 раза в сутки).

В условиях специальной школы в коррекционную группу были отобраны 6 человек. Указанная группа занималась отдельно от других несовершеннолетних со специально обученными психологами специальной школы. По итогам работы отмечено существенное улучшение показателей социализации, упорядочение поведения.

По группе ББ средний возраст несовершеннолетних составил 13,4 года. Из них треть (30,4%) проживали в селах, большинство — в Москве и других крупных городах (69,6%). Доля сирот и подростков, лишенных родительского попечения составила в группе 86,9%. Трое подростков были направлены в приют по ошибке (2 — уехали в Москву и заблудились, один отстал от родителей на вокзале) и были затем возвращены родителям. Большинство несовершеннолетних совершили побег из детских домов. 39,1% подростков в группе оказались неграмотными, хотя все без исключения посещали школу хотя бы 1-2 года. Вероятно это связано с относительно большей частотой относительно глубоких форм УО (F71.x) (см. рис. 2.2).

Большинство подростков были задержаны сотрудниками милиции и впоследствии переведены в приют в связи с проживанием на вокзалах, чердаках, подвалах. Подростки занимались попрошайничеством, совершали порой мелкие кражи (не подпадающие под действие ст. 158 УК РФ).

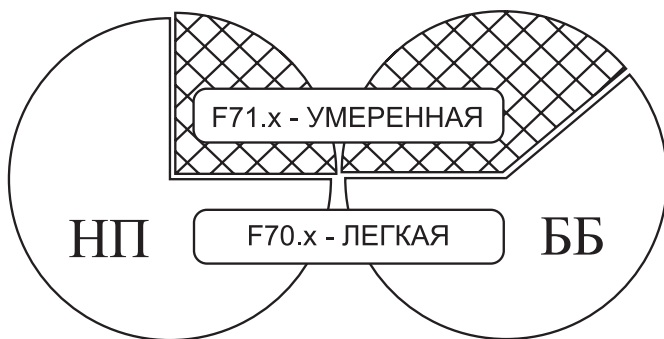


Рис. 2.2. Соотношение форм умственной отсталости в группах несовершеннолетних правонарушителей и беспризорных/безнадзорных подростков

Анамнестические сведения о большинстве подростков были крайне скудные, многие совершенно не помнили своих родителей, часть считали, что их родители умерли, отчего они попали в детский дом. В то же время порой подростками высказывались сверхценные идеи разыскать своих мать и отца, для чего они просили написать от их имени письма в архивы, на радио и телевидение, Президенту России и т.д. 34,8% подростков страдали хроническими соматическими заболеваниями.

Психологические особенности несовершеннолетних исследуемой группы были схожи с таковыми в группе НП. За счет большего числа несовершеннолетних с умеренной формой УО обращали на себя внимание общее снижение способности несовершеннолетних к речевой продукции (39,1%), общая и социальная личностная незрелость, снижение уровня навыков самообслуживания (21,7%). Клинически диагностировались алкоголизм (в качестве коморбидного расстройства) — 26,1% и зависимость от токсических веществ 43,5% (рис. 2.3).

В условиях социального приюта в коррекционную группу были отобраны 16 человек. Указанная группа занималась отдельно от других несовершеннолетних со специально обученными психологами социального приюта. Кроме того с ними по специальной программе проводились психотерапевтические занятия, осуществлялась ноотропная терапия (кавинтон по 10 мг. 2 раза в день, фин-

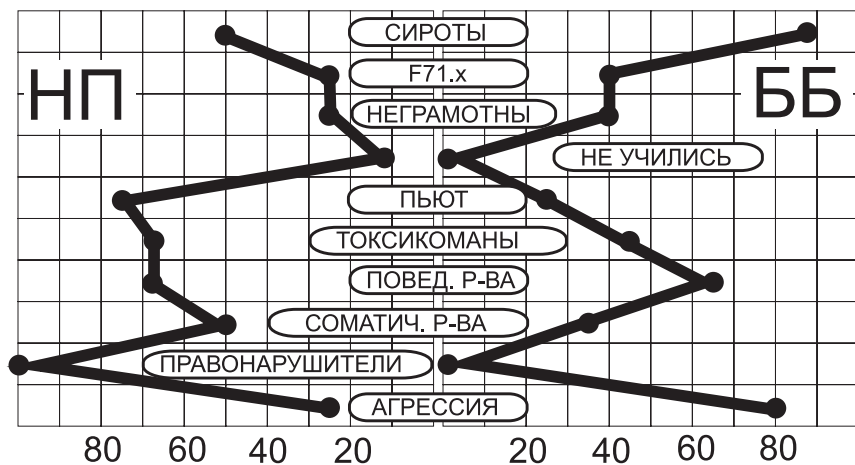


Рис. 2.3. Сравнение несовершеннолетних с нарушениями интеллекта правонарушителей и беспризорных/безнадзорных подростков

лепсин 100 мг. 2 раза в день, дегидратирующая терапия). По итогам работы отмечено существенное улучшение показателей социализации, упорядочение поведения, в первую очередь — снижение уровня агрессивности, приобретение социальных навыков, освоение коммуникации.

Один из циклов реабилитационных занятий приведен в Приложении 3.

Глава 3

Клинико-психиатрическая характеристика материала: клинические психопатологические синдромы

Анализируя характер психических расстройств, выявленных нами у несовершеннолетних правонарушителей, беспризорных и безнадзорных (см. табл. 2.1 и табл. 2.2) в контексте психического развития, мы выделили 4 группы аномальных состояний, в зависимости от завершенности формирования психического дефицита и его типа:

(1) Расстройства с преобладанием нарушений психического развития

а) со сформировавшимся когнитивным дефицитом (умственная отсталость);

б) без когнитивного дефицита (специфические расстройства развития);

(2) Расстройства с преобладанием нарушений социальных функций

а) с формированием патологии личности (органической или иной природы);

б) без формирования расстройства личности (неврозы, р-ва адаптации);

(3) Расстройства с преобладанием аномальных форм компенсации

а) аддиктивное поведение (химическая или нехимическая зависимость);

б) девиантное поведение (ОВР, делинквентное поведение);

(4) Неспецифические синдромы, оказывающие существенное влияние на ход психического развития и формирование социальных функций (СДВГ, психический инфантилизм).

В предыдущей главе мы рассмотрели состояния, характеризующиеся преобладанием у несовершеннолетних нарушений

психического развития со сформировавшимся когнитивным дефицитом и без такового (умственная отсталость и специфические расстройства речи и школьных навыков, оси 2 и 3 по многоосевой классификации ВОЗ). В этой главе мы рассмотрим психические расстройства, которые характеризуются преобладающим нарушением социальных функций.

3.1. Диссоциальное расстройство личности у несовершеннолетних правонарушителей, беспризорных и безнадзорных

«Диссоциальное расстройство личности» — первое из личностных расстройств, появившееся в DSM. Отчасти это связано с позицией американской судебной психиатрии, строго придерживающейся «социопатического» подхода в квалификации психопатических форм. В качестве стержневого паттерна диссоциального расстройства личности DSM-IV определяет «неспособность следовать социальным нормам, проистекающую из аспектов развития больного в подростковом возрасте и зрелости, что обуславливает длительную историю антисоциальных и криминальных действий». Подчеркивается, что среди больных преобладают мужчины (70-80%), горожане из бедных районов. Формирование расстройства завершается в среднем к 15 годам, указываются данные о высокой частоте расстройства среди родственников (в 5-6 раз выше, чем в популяции в целом), подчеркивается, что большинство преступников (около 75%) — носители данного расстройства.

Начало диссоциального расстройства большинство исследователей связывают с детским или ранним подростковым возрастом. Указывается, что данное расстройство в определенной мере обусловлено действием биологических механизмов (в пользу чего говорят факты наследуемости и соотношения полов). Это подтверждается также рядом биохимических и нейропсихиатрических исследований (Schier E., 1981; Reinhard H. G., Brinkmann-Gobel R., 1990; Sander T. et al., 1998; Stalenheim E. G. et al., 1998; и др.). С другой стороны — данное нарушение поддается фармакотерапии, психотерапии и социальной коррекции, что указывает на большую долю социального фактора в генезе, как, впрочем, и всех других форм расстройств личности (Minsel W. R., 1973; Schulte D., 1973; Hartmann K., 1973; Rauchfleisch U., 1980, 1981, 1995; Friemert K., 1983; Hirschberg W., Altherr P., 1991; Klicpera C., Klicpera B. G., 1996; Hopf H., Weiss R. H., 1996; Livesley W. J., 1998; и др.).

Рассматривая диссоциальные расстройства личности, мы приходим к заключению, что они представляют собой непрерывный континуум, включающий как пограничные с нормой формы, так и глубоко патологические варианты. К. Леонгард (1981) отмечал, что «не всегда легко провести четкую грань между чертами, формирующими акцентуированную личность, и чертами, определяющими вариации индивидуальности человека». На другом полюсе находится та часть аномальных личностей, которые «страдают от своей аномальности или заставляют страдать от нее общество» (Шнайдер К., 1999). По мнению С. Я. Бронина (1998), «психопатические состояния» отличаются особым богатством клиники, психопатология оказывает здесь постоянное и всестороннее воздействие на жизнь индивидуума, детерминирует его биографию, но затем «ткань психопатии» становится бледнее, прозрачнее, она сужается, ограничиваясь в своих проявлениях критическими периодами жизни и стрессовыми обстоятельствами.

В настоящее время критерии диссоциального расстройства личности в DSM-V (2001) проработаны детально, тщательно и в сравнении в ICD-X (МКБ-10, русский перевод 1997 г.) носят расширительную социально-криминологическую трактовку. Хотя есть мнения, что критерии диагностики расстройств личности в МКБ и DSM-IV не имеют принципиальных различий (Brieger P. et al., 2000), однако есть смысл остановиться на некоторых из них.

I критерий. Возраст к моменту диагностики не менее 18 лет.

Выделение этого критерия связано с тем, что за рубежом принята концепция, согласно которой расстройства личности представляют собой **стойкие изменения зрелой личности**, которая формируется к совершеннолетию. Однако МКБ-10 позволяет диагностировать диссоциальное расстройство личности и у несовершеннолетних, указывая, что «в детском и подростковом возрасте подтверждением диагноза диссоциального расстройства личности может служить расстройство поведения, хотя оно и необязательно». В главе МКБ-10, посвященной эмоциональным расстройствам и расстройствам поведения, начинающимся в детском и подростковом возрасте, выделены такие поведенческие нарушения (гиперкинетическое расстройство поведения, вызывающее оппозиционное расстройство, социализированное расстройство поведения, смешанные расстройства поведения и эмоций), которые при клинко-анамнестическом анализе обнаруживают устойчивую связь с расстройствами личности в зрелом возрасте. Таким образом, определенным алгоритмом диагностики становится сле-

дующая формула: «наличие указанных критериев в детстве позволяет предполагать развитие диссоциального расстройства личности в будущем» (Sutker P. B., 1994).

II критерий. Факты, свидетельствующие о расстройстве поведения, с началом в возрасте младше 15 лет, на что указывает наличие не менее трех из перечисленных критериев:

- частые прогулы в школе;
- побеги из дома ночью, по крайней мере, дважды или однажды надолго;
- часто первым вступал в драку;
- применял в драке оружие;
- принуждал кого-либо к вступлению в сексуальную связь;
- проявлял жестокость к животным;
- разрушал намеренно чью-то собственность (не путем поджога);
- устраивал пожары;
- часто лгал без причин и не для того, чтобы избежать наказания;
- подделывал документы;
- воровал, вступая во взаимодействие с жертвой, включая карточные игры.

При анализе приведенных признаков можно убедиться, что они не носят характера привычных медицинских критериев, а отличаются выраженной неспецифичностью и отсутствием клинической определенности. Данные признаки поведения свойственны как группам подростков с формирующимися нарушениями личности или другими психическими расстройствами (гебоидная шизофрения), так и здоровым подросткам в силу присущим им конфликтности и оппозиционности, соответствующим возрасту. С помощью этих признаков представлен не клинический, а «психологический портрет» лживого, брутального, жестокого, не желающего учиться, ориентированного на криминальные формы поведения подростка, не обязательно имеющего нарушения развития и психические расстройства.

Вероятно, это связано с тем, что DSM предполагает ретроспективную оценку жизни пациента в подростковом возрасте, так как некоторые авторы (Livesley W. J., et al., 1998; Hirschberg W., 1999; Parker G. et al., 2000) указывают, что выделенные признаки поведенческих отклонений или «критерии диагностики» возникли из результатов статистического анализа анамнестических данных пациентов. Дополнительно следует сделать вывод, что необходим

критический анализ соотношения поведенческого критерия диссоциального расстройства личности с отдельными видами расстройств поведения, начинающихся в детском и подростковом возрасте, которые имеют более определенные клинико-психопатологические признаки (гиперкинетические расстройства, смешанные расстройства поведения и эмоций, несоциализированное расстройство поведения).

III критерий. Безответственное и антисоциальное поведение в возрасте после 25 лет, причем определяется не менее 4 критериев из следующих:

- не может правильно вести себя на работе или в учебных заведениях (не работает, несмотря на такую возможность, более полугода, прогулы, увольнения без реальных планов на трудоустройство);
- не может придерживаться социальных норм, жить в соответствии с законом, неоднократно совершает правонарушения, подвергается аресту (разрушает собственность, беспокоит окружающих, ворует, занимается криминальным бизнесом);
- является агрессивным и раздражительным, участвует в драках, нападениях, применяет насилие по отношению к членам своей семьи;
- пренебрегает финансовыми обязательствами, отказывается выплачивать долги и содержать семью, детей;
- является импульсивным, не может планировать наперед (путешествует без цели и не представляя, когда и где закончится путешествие, длительное время не имеет постоянного места жительства);
- лжет даже в мелочах и без цели, использует вымышленные имена, обманывает других для извлечения выгоды или из удовольствия;
- будучи родителем или опекуном, не может справиться со своими обязанностями, не обнаруживает чувства ответственности (не кормит ребенка, допускает заболевание ребенка, связанное с несоблюдением гигиены, не обращается к врачу, хотя здоровье ребенка этого требует, отдает детей чужим, тратит на свои нужды деньги, предназначенные на ведение хозяйства);
- никогда не поддерживал моногамной связи на протяжении больше года;
- нет чувства сожаления, всегда чувствует себя правым, даже тогда, когда обижает кого-то, плохо относится, отнимает что-либо у других и т.д.

Приведенные социально-психологические признаки тоже описывают такие полиморфные личностные особенности, в основе которых лежат разнообразные нарушения межличностных отношений и которые могут быть обусловлены как личностной, так и психической патологией. Например, подобное поведение характерно для больных алкоголизмом, однако в классификации отсутствует специальное указание на исключение данного вида патологии; напротив, подчеркивается, что алкоголизм и наркомания являются типичными проявлениями диссоциального расстройства. В связи с этим мы считаем, что предложенная классификация не решает ключевого вопроса: следует ли выделенные отклонения поведения рассматривать как самостоятельную патологию или включать их в состав диссоциального расстройства либо считать коморбидными патологическими состояниями.

IV критерий. Проявление антисоциального поведения не связано с шизофренией либо маниакальными эпизодами. Это критерий исключения.

Таким образом, ключевым недостатком анализируемого в DSM диссоциального расстройства личности является положение о том, что расстройство, представленное по сути как социально-психологический феномен, одновременно становится знаком психической патологии, которая может сопровождаться стойким асоциальным поведением.

Другим недостатком анализируемого подхода является то, что с точки зрения DSM-IV диссоциальное расстройство личности априорно приобретает черты «судебно-психиатрического диагноза». В основе такого «социопатического» подхода к патологическим расстройствам личности (он доминирует сегодня в США) лежит «антисоциальная концепция психопатий». Согласно этой концепции, антисоциальное поведение — это «стержневой паттерн расстройств личности». Хотя отдельные авторы пытаются продемонстрировать клинический полиморфизм расстройств личности, ссылаясь на работы классиков психопатологии — К. Ясперса (1913), К. Шнайдера (1923), Э. Кречмера (1921), Р. Крафт-Эбинга (1880, 1909), иллюстрируя свои взгляды клиническими наблюдениями (Clarín J. F. et al., 1983; Blashfield R. et al., 1985; Livesley W. J., 1987; Виггинс О. с соавт., 1997; и др.), в преобладающем числе публикаций расстройство личности прямо или косвенно отождествляются с антисоциальным и преступным поведением (Friedland M. L., 1991; Svrakis D. M., McCallum K, 1991; Simonian S. J. et al., 1991; Brooner R. et al., 1992; North C. S. et al., 1993; Swanson M. C. et al., 1994; и др.). При таком подходе для диагностики оказывается до-

статочны данных анкетирования и информации, получаемой из психологических тестов (MMPI, Роршаха), т.е. налицо стремление автоматизировать диагностику (McDonald D. A. et al., 1991; Wierzbicki M., 1992; Gacono C. B., Meloy G. R., 1992; Kalliopuska M., 1992; Reise S. P., Oliver C. J., 1994; и др.).

Таким образом, в качестве критериев расстройств личности, которыми до сих пор руководствуются американские врачи, выступают «плохая школьная характеристика с прогулами уроков, плохая характеристика трудовой деятельности, неблагоприятная история семейной жизни, злоупотребление наркотиками, алкогольными напитками, неоднократные аресты, агрессивность или драчливость, половая распущенность или половые извращения, попытки к самоубийству, импульсивное поведение, жизнь за чужой счет, бродяжничество, патологическая лживость, отсутствие сознания вины при преступлениях, безрассудные поступки» (O'Neal P. et al., 1962). При этом сторонники «социопатического» анализа трактуют расстройства личности исключительно в качестве удачной формулировки диагноза в отношении лиц, ведущих криминальный и асоциальный образ жизни, отвергающих моральные нормы, принятые в обществе, неуживчивых, тунеядцев, злоупотребляющих алкоголем и наркотиками. Некоторые авторы (Holmes C. A., 1991; Maskay I., 1991) прямо утверждают, что «расстройства личности представляют собой исключительно судебно-психиатрическую категорию». Однако практические врачи, как правило, не диагностируют указанных расстройств личности, потому что для них нет строгих диагностических критериев. Следовательно, несмотря на то, что в DSM — III — R и в DSM — IV включены рубрики «Расстройства личности», многие (в основном американские) авторы склонны считать, что можно обойтись двумя единицами в классификации: диссоциальным расстройством личности (в судебно-психиатрической практике) и множественным (мозаичным) личностным расстройством в общей клинике (Bruce-Jones W., Coid J., 1992; Sutker P. B., 1994).

В большинстве европейских психиатрических школ утвердилась умеренная позиция, сочетающая и клинические концепции, и радикальные взгляды на расстройства личности как на «ярлык, свидетельствующий об агрессивности и асоциальности» (Harry V., 1992). Большая часть исследователей склоняются к мнению, что расстройства личности — удачное определение для группы риска по алкоголизму и наркомании, криминальному поведению, суициду, бродяжничеству и т.д. (Lamparski D. M. et al., 1991; McMillen D. L. et al., 1991; Palermo G. B. et al., 1991; Marttunen M. J. et al., 1994).

Статистические исследования на протяжении многих лет показывают, что для всех форм расстройств личности достаточно типично криминальное поведение. В период с 1884 по 1904 г. среди пациентов Симферопольских богоугодных заведений, находившихся на лечении по определению уголовного суда, «психопаты в различных формах» составили 3,3%, занимая 5-е место после лиц, совершивших преступления в состоянии алкогольных психозов, «хронически помешанных», эпилептиков и слабоумных (Грейденберг Б. С., 1915). В то же время в отчетах психиатрической клиники Московского университета, не принимавшей больных на принудительное лечение, не предусматривалось графы для психопатий (Корсаков С. С., 1913). Та же статистика наблюдается и в настоящее время: по данным М. М. Мальцевой и В. П. Котова (1995), среди невменяемых лиц, совершивших правонарушения, доля психопатии составила 3,3%, уступая шизофрении и органическим поражениям ЦНС, в то время как под наблюдение врачей ПНД подобные лица практически не попадают. При популяционных исследованиях распространенность расстройств личности возрастает, по разным данным, от 0,3 до 9,0% (Петраков Б. Д., Цыганков Б. Д., 1996; Каплан Г., Сэдок Б., 1998). Для настоящего времени характерен рост заболеваемости расстройствами личности (Казаковцев Б. А., 1998). Аналогичным образом складывается ситуация и за рубежом (Hamilton J. R., 1981; Sass H. et al., 1994).

При этом в отечественной психиатрии никогда не проводилось прямой параллели между расстройствами личности и криминальным поведением. Психиатры, изучавшие расстройства личности, неоднократно подчеркивали необходимость соблюдения клинического подхода в диагностике и судебно-психиатрической оценке психопатий, в частности, обращали особое внимание на их клиническую динамику (Шостакович Б. В., 1963, Ревенко М. Г., 1967, Шостакович Б. В., 1971; Гусинская Л. В., 1979; Дмитриева Т. Б., 1990; и др.). Ю. В. Попов (1991), анализируя современные диагностические подходы к расстройствам личности, приходит к выводу, что диагностика расстройств личности по-прежнему должна базироваться на классическом клиническом подходе, опирающемся в отечественной практике на критерии П. Б. Ганнушкина и О. В. Кербикова. По его мнению, именно лонгитудинальное клиническое наблюдение позволяет избежать диагностических ошибок. Как считает В. В. Нечипоренко (1991), даже серия кратковременных наблюдений за пациентами, обнаруживающими признаки расстройств личности (при поступлении в клинику в связи с суицидальными попытками, правонарушениями, антисоциальным по-

ведением) не позволяет устанавливать достоверный диагноз, если пациент не наблюдался компетентными специалистами в период между стационарированиями, поскольку нередко психопатоподобное поведение является лишь ширмой, скрывающей глубокую патологию.

Исследования, проведенные преимущественно судебными психиатрами, показали, что срыв компенсаторных механизмов — декомпенсация расстройства личности — как правило, является следствием субъективно значимой для личности психотравмирующей ситуации. В то же время авторы указывали на связь декомпенсаций с криминальной активностью (Опря Н. А., 1966; Асинкритов В. Ф., 1971; Коротенко А. И., 1972; Лукомская М. И., 1980; Брюховецкий А. С., 1990; и др.). В. Я. Гиндикин и В. А. Гурьева (1999), анализируя многообразие клинической динамики расстройств личности, приходят к выводу, что независимо от вида динамического сдвига психопатические реакции (особенно не свойственных данному типу расстройства личности), декомпенсации, развития, фазовые состояния, гиперкомпенсации — должны расцениваться клинически в качестве временного, но тяжелого состояния, которое часто провоцирует противоправные действия.

Наше исследование, преследовавшее иную цель — формулирование критериев применения ст. 22 УК РФ в отношении подэкспертных с расстройствами личности (Пережогин Л. О., 2000, 2001), показало, что многие признаки диссоциального поведения свойственны всем психопатам.

Таким образом, во взглядах на диссоциальное расстройство личности с позиций DSM ближайшее время не может быть достигнуто какое-либо единство. Положение диссоциального расстройства в рамках МКБ-10 также двойственно: МКБ-10 рассматривает его наряду со многими другими формами психопатий, в результате чего оно, как правило, не диагностируется клиницистами, поскольку данная категория больных не обращается самостоятельно за психиатрической помощью. Исключение составляют дети и подростки, однако в России все еще остаются в силе представления о том, что только у совершеннолетних можно диагностировать расстройства личности.

Критерии МКБ-10 имеют в целом иные, чем в DSM-IV, формулировки, сохраняя схожий социально-психологический характер.

1. При диагностике диссоциального расстройства должны выполняться общие указания, распространяющиеся на расстройства личности в целом. То есть это одна из форм расстройств личности.

2. Обращает на себя внимание грубое несоответствие между поведением и господствующими социальными нормами, которое характеризуется следующим:

- бессердечность и равнодушие к чувствам других;
- грубая и стойкая позиция безответственности и пренебрежения социальными правилами и обязанностями;
- неспособность поддерживать взаимоотношения при отсутствии затруднений в их установлении;
- крайне низкая толерантность к фрустрациям, а также низкий порог разряда агрессии, включая насилие;
- неспособность испытывать чувство вины и извлекать пользу из жизненного опыта, особенно наказания;
- выраженная склонность обвинять окружающих или выдвигать благовидные объяснения своему поведению, приводящему субъекта к конфликту с обществом.

Следовательно, ведущими признаками диссоциальной личности являются: высокая агрессивность, обусловленная как внешними, так и внутренними предпосылками, индивидуальный порог которых очень низок, что прямо указывает на снижение адаптационных возможностей; склонность к брутальному поведению, бесчувственность к окружающим в сочетании с повышенной самооценкой, эгоистичностью; отсутствие чувства вины и трудности в осознании общественных требований (при формальной сохранности интеллекта, так называемая парциальная интеллектуальная недостаточность психопатов, Шостакович Б. В., 1971), внешнеобвиняющая позиция.

Вышеизложенные факты способствуют формированию двух позиций в аспекте диагностики диссоциального расстройства личности, каждая из которых, вероятно, не является оптимальной.

С одной стороны, возможно расширительное толкование диагностических критериев, что неизбежно приведет к гипердиагностике за счет больных с алкоголизмом, истерическим и эмоционально-неустойчивым расстройствами личности, ряда здоровых подростков, лиц с органическим поражением головного мозга.

С другой стороны, выявляется реальная возможность избежать диагностирования диссоциального расстройства личности, относя его проявления к другим диагностическим рубрикам.

Таким образом, анализируемое диссоциальное расстройство личности должно иметь свою социально-психологическую, личностную составляющую и клинико-психопатологическую компоненту, обусловленную формированием различных, полиморфных психопатологических расстройств пограничного уровня.

Патологические формы поведения, как правило, имеют болезненные мотивы и возникают при измененной эмоциональности, истинных нарушениях влечений, выраженных личностных расстройствах. Патологическое диссоциальное поведение в соответствии с критериями МКБ-10 расценивается как расстройство социального поведения (F 91.0-3). При его диагностике используют следующие критерии:

- стереотипность, повторяющийся характер асоциальных действий;

- стойкость и неоднократное совершение их за определенный период (не менее 6 месяцев);

- направленность поведения на нарушение основных прав окружающих и социальных норм и правил, включая такие действия, как физическая жестокость, использование опасных предметов, оружия, умышленное причинение вреда, насильственные действия, в том числе сопровождающиеся запугиванием, вымогательством, издевательством.

В соответствии с требованиями МКБ-10 необходимо разделение этих действий на три основные группы:

- расстройство поведения, ограниченное рамками семьи (F91.0),

- социализированные расстройства поведения (F91.1),

- несоциализированные расстройства поведения (F91.2).

Выделенные нарушения поведения не являются собственными клиническими признаками, поэтому их оценка, особенно при решении диагностических и реабилитационных задач, должна опираться на многоосевую квалификационную систему. Это необходимо потому, что кроме клинических признаков существенным является выделение значимых социально-психологических проблем, которые несовершеннолетний испытывал в семье, школе, своем окружении, а также проблем, связанных с отклонениями в возрастном психическом и личностном развитии, соматическом здоровье. Наиболее общими проблемами при патологических формах диссоциального поведения, которые одновременно могут быть терапевтическими и реабилитационными «мишенями», являются:

- несформированность «Я» со слабостью внутреннего контроля, внешней импульсивностью поведения;

- низкий порог эмоционального реагирования с внутренним напряжением, тревогой, облегченным включением конфликтных психологических переживаний;

- ограниченный и стереотипный набор реакций на любую фрустрацию или конфликт;

— облегченное возникновение сопутствующих психосоматических расстройств или более полиморфных поведенческих нарушений, например, аддиктивное поведение со злоупотреблением алкоголем и психоактивными веществами, протестно-вызывающее, демонстративное суицидальное поведение.

Следовательно, в терапевтических и реабилитационных программах соотношение в диссоциальных нарушениях симптомов коморбидных психопатологических расстройств и личностной составляющей определяет соотношение терапевтических, психокоррекционных и социотерапевтических мер воздействия (см. главу 4).

Наше исследование показало, что среди подростков-правонарушителей, беспризорных и безнадзорных треть может подпадать под диагностические критерии диссоциального расстройства личности. Большинство этих подростков воспитываются в неблагополучных семьях (неполные семьи; семьи, где родители злоупотребляют алкоголем, имеют низкий достаток; семьи, где родственники, чаще отцы и старшие братья, находятся в местах лишения свободы либо были неоднократно судимы), систематически прогуливают школу или вовсе не учатся; находятся в конфликтных отношениях с родителями, другими родственниками, сверстниками из благополучных семей; участвуют в подростковых криминальных группировках, бродяжничают, добывая средства к существованию попрошайничеством, воровством, проституцией, случайными заработками. Эта категория подростков систематически совершает противоправные деяния, большинство употребляют токсические вещества (клей, ацетон, бензин) и алкоголь. Для всех несовершеннолетних данной группы характерны эксплозивные, эгоистические личностные свойства, высокий уровень агрессивности, волевые и аффективные нарушения.

Это подростки в возрасте 12-16 лет, в основном юноши, жители городов (75%), имеющие родителей (доля сирот и детей, лишенных родительского попечения, составила 16%), часто — из семей, где воспитываются несколько детей (около 40%), причем не старшие и не младшие дети в семье. У большинства подростков семьи были неполными (55%), практически во всех случаях детей воспитывала мать. Отношения с матерью и другими членами семьи были плохими. У тех 45% подростков, которые воспитывались в полных семьях, как правило, имелись члены семьи, с которыми сохранялись теплые отношения. В 40% случаев это были отцы, в 30% случаев — бабушки и дедушки, в 10% — другие родственники, в 20% — более одного родственника. Чаще всего негативные отношения складывались именно с матерью.

70% подростков из исследуемой группы умеют читать и писать, обучались в школе в среднем 3-4 года. 10% не умеют читать и писать, никогда не посещали школу. Ни в одном случае не было отмечено удовлетворительных знаний по школьным предметам, хотя подростки формально числились учащимися соответствующих возрасту классов, и их успеваемость в школе оценивалась не ниже удовлетворительной. Большая доля подростков — второкурсники (35%). Около трети подростков имеют свой собственный заработок, в основном — добытый неквалифицированным трудом (мытьё автомобилей, работа на рынках грузчиками, сторожами), а также попрошайничеством, в том числе организованным, находящимся под криминальной «опекой», воровством, проституцией. Большинство подростков вполне удовлетворено своим положением, их заработок составляет около 10 долларов в день, чего вполне хватает на еду и алкоголь.

В 80% случаев отмечена наследственная отягощенность алкоголизмом по отцовской линии, в 25% случаев имеется отягощенность другими психическими расстройствами: эпилепсия — у 10%, шизофрения — у 25%, алкоголизм с психозами — у 30%, психопатии — у 30%, другие диагнозы (глухонмота, последствия ЧМТ, наркомании, умственная отсталость) — у 10%.

У родителей и других близких родственников, в том числе братьев и сестер, большинства подростков отмечались соматические нарушения. У 20% подростков умерли родители. Причины смерти в 50% случаев неизвестны, в 20% — травмы, несчастные случаи, убийства, в 10% — заболевания сердца, сосудов, в 10% — онкологические заболевания, в 5% — суициды, в 5% — отравления.

О раннем развитии большинства подростков исследуемой группы практически нет данных. Характер воспитания в семьях в значительной части случаев соответствовал гиперопеке или отвержению. Гиперопека и нормальное воспитание встречались в единичных случаях. Большинство детей сообщали, что с раннего возраста родители выгоняли их с утра на улицу, где они «гуляли» до вечера, а потом их «впускали» домой. Многие убегали из дома к бабушкам и дедушкам, где фактически и жили. О жестоком обращении со стороны родителей, и прежде всего матерей, сообщили 65% подростков. Жестокое обращение включало побои, телесные наказания, наказания голодом, а в ряде случаев носило характер изоциренных издевательств. Большинство подростков в ответ на жестокое обращение убегали из дома, ночевали где попало, многие уезжали в крупные города, прежде всего в Москву,

где имелась возможность прокормиться воровством и попрошайничеством. В ряде случаев в семьях отмечались эпизоды сексуального насилия со стороны отцов, отчимов, «друзей» матери. В большинстве случаев подростки отмечали, что в среде сверстников и более старших, криминализированных субъектов к ним относились лучше, чем дома. Данные о физическом насилии соотносятся как 2:1, унижении — 3:2, сексуальном насилии 5:1. Во всех случаях домашняя обстановка оценивалась подростками хуже, чем их настоящее существование.

Характер игровой деятельности среди подростков с диссоциальным расстройством личности можно оценивать только ретроспективно. Большинство из них сообщали об играх как о давно минувшем прошлом, в то время как в контрольной группе подростков сопоставимого возраста большинство называли, по крайней мере, одну любимую игру. Около 30% подростков в контрольной группе в возрасте 12-14 лет продолжают играть со сверстниками. Большинство подростков с диссоциальным расстройством личности относили свою игровую деятельность только к периоду «детства», которое, по их мнению, закончилось в 6-7 лет, после чего у них началась самостоятельная жизнь. В качестве альтернативы играм они предпочитали бесцельные прогулки либо хулиганские поступки. В возрасте до 7 лет большинство из них отвергались коллективом сверстников, поэтому играли в одиночестве. Во многих случаях игры носили заведомо деструктивный характер. Групповые игры также отличались жестокостью и не имели строго очерченных правил и сюжета.

До 6-7 лет большинство подростков с диссоциальным расстройством личности были отвергаемы подростковыми и детскими коллективами. С вхождением в асоциальные и криминальные подростковые группировки статус большинства из них заметно повысился. Чаще всего они считали себя равными членами молодежных групп, а в 20% случаев претендовали на лидерство. Резкое отличие представляют подростки, совершившие правонарушения (в том числе неоднократно), но не обнаруживающие признаков диссоциального расстройства: их положение в молодежных группах ниже среднего, часто они отверженные, ведомые, обязаны беспрекословно слушаться других, могут являться постоянной мишенью для насмешек и порой — сексуальных действий.

Подростки с диссоциальным расстройством личности начиная с младшего школьного возраста характеризовались со стороны окружающих взрослых исключительно отрицательно. Их называли хулиганами, направляли на педагогические и медико-соци-

альные комиссии, во многих случаях принималось решение о переводе в «коррекционные классы», где при отсутствии должного педагогического воздействия подростки группировали вокруг себя детей с невысоким интеллектом, совершали правонарушения. Впоследствии большинство из них бросали школу, мотивируя это отсутствием интереса к учебе. Та же часть подростков, которые обучались в обычных классах, как правило, учились 5–6 лет, и только тогда начинали допускать систематически прогулы и бросали школу. Большинство ребят, оставивших учебу в более старшем возрасте, начинали работать, реже бродяжничали, обычно их криминальные действия были спровоцированы корыстными мотивами, носили характер краж. Первая же группа подростков совершала криминальные действия в виде убийств, нанесения телесных повреждений, изнасилований. Необходимо отметить, что мотивация этих правонарушений была либо формальной, либо обуславливалась психопатической самоактуализацией. Правонарушения против жизни и здоровья совершались подростками с особой жестокостью.

Большинство подростков, подпадающих под критерии диссоциального расстройств личности, уже с 8–10 лет совершали уголовные преступления, включая самые тяжкие, однако не привлекались к уголовной ответственности в связи с возрастом. В данной группе не отмечается характерного для криминальной среды последовательного утяжеления правонарушений. Многие подростки сразу же совершали самые тяжкие преступления, включая убийства. Не отмечается также «неопытности» в данной категории подростков-правонарушителей: они фактически профессионально совершали налеты, разбои, грабежи и скрывали следы правонарушений, в отличие от подростков-правонарушителей, не страдающих диссоциальным расстройством. В среднем они совершали по 6–8 преступлений в течение года (речь идет о зарегистрированных преступлениях), в то время как средний подросток-деликвент совершал в год не более 3 правонарушений.

Среди противоправных действий преобладали кражи, которые совершались подростками, как правило, в мелких продуктовых и промтоварных ларьках. Наиболее часто похищались продукты питания, алкоголь, табачные изделия. Высок был уровень квартирных краж и краж с дачных участков, где похищалось то, что имело ценность и могло быть легко сбыто. На втором месте по частоте стояли грабежи и разбои. Они совершались цинично, чаще всего жертвами становились лица, хорошо известные самим подросткам, обычно — сверстники. Очень часто подростки с диссоци-

альным расстройством совершали преступления против жизни и здоровья сограждан. Преступления отличались крайней жестокостью. Описывая совершенные убийства, подростки охотно излагали как план своих действий, так и ход его осуществления. Практически они не высказывали раскаяния, жалости к потерпевшим. Особенности этих наблюдений подтверждаются данными экспериментально-психологического исследования, выявившего крайние формы эгоцентризма в сочетании с эмоциональной холодностью, расчетливостью, высоким уровнем агрессии и низким порогом ее разрядки.

В группе сравнения у подростков преобладали мелкие кражи без четко определяемого корыстного мотива, хулиганство, умышленная порча имущества. Они редко вынашивали планы правонарушений, в 40% случаев не доводили правонарушение до конца, нередко прекращали преступные действия по собственной воле, в 15% случаев самостоятельно возвращали украденное.

Данные экспериментально-психологического исследования показали следующие особенности несовершеннолетних, подпадающих под критерии диссоциального расстройства личности:

1. Подростки этой группы отличались лабильным аффектом с преобладанием субдепрессии, частым возникновением дисфорического компонента в рамках субдепрессивного состояния. На фоне дисфорического аффекта формировался своего рода «аффективный тоннель», все мысли и действия подростка носили агрессивный, брутальный характер, в этих состояниях совершались многие из преступлений против жизни и здоровья.

2. Сниженный темп работы, колебания продуктивности, отсутствие интереса к исследованию. Сильная истощаемость в совокупности с нарушениями памяти свидетельствуют о выраженности в этой группе органического радикала. В то же время органические расстройства на клиническом уровне носили скорее фоновый характер, не являясь ведущими в клинической картине, и по своей выраженности уступали степени тяжести личностной патологии.

3. Обнаружены специфические особенности запоминания и воспроизведения ранее предъявленных стимулов в данной группе подростков. Воспроизведение вербального материала как прочитанного, так и воспринятого на слух было значительно хуже, чем называние предъявленных картинок. При воспроизведении вербального материала отмечались парафазии и посторонние привнесения, несущие определенную эмоциональную окраску (как правило, депрессивную). При сравнении с группой подростков-

правонарушителей и контрольной группой отмечались выраженные дефекты фиксации стимулов. Вероятно, именно эта особенность препятствует у лиц с диссоциальным расстройством интеграции своего и общественного опыта, извлечению уроков из прошлого, включая наказание. Указанная особенность требует, бесспорно, уточнения и разработки в рамках нейропсихологического исследования.

4. Мышление подростков носило, как правило, конкретный характер, мыслительные операции выполнялись на уровне межпредметных отношений, примитивно, без каких-либо попыток установления логических и понятийных связей. Сравнение, обобщение, исключение проводились на бытовом, предметном уровне, с опорой на конкретно-наглядные признаки предметов. Работа с отвлеченными понятиями практически не была доступна многим подросткам с диссоциальным расстройством личности. Для решения простейших арифметических задач они пользовались подручным материалом, часто рисовали предметы, не пользуясь их числовым обозначением. Однако ни в одном случае не было зафиксировано грубых нарушений мышления.

5. Личностные особенности подростков с диссоциальным расстройством отличались выраженностью эгоистического, гедонистического радикалов, внешнеобвиняющей позицией. Они были склонны настаивать на собственной правоте, в ущерб интересам окружающих, отличались высокой агрессивностью, лживостью, не признавали общепринятых моральных норм, не терпели обязательств, были склонны к силовым решениям конфликтов, открыто занимали вызывающую, антиобщественную позицию. Совершая правонарушения, подростки с диссоциальным расстройством не испытывали чувства раскаяния, вины, бравировали своими поступками. Их отличают равнодушие, эмоциональная ригидность, холодность, все чувства их замкнуты на себе. Многим подросткам группы сравнения свойственна личностная незрелость, что вполне соответствует возрасту, однако для несовершеннолетних с диссоциальным расстройством она была свойственна в меньшей степени, носила парциальный характер. Они прекрасно ориентировались в вопросах, связанных с извлечением личной выгоды, отличались корыстью, крайне примитивными, сугубо утилитарными запросами. Большинство из них никогда не были в театре или музее, но и не высказывали желания их посетить, поясняя, что «ограбить их им не по плечу».

6. При оценке по нормированной шкале форм и проявлений агрессии Басса-Дарки в группе подростков с диссоциальным рас-

стройством преобладали физическая и косвенная агрессия, негативизм, подозрительность, раздражительность, в то время как в группе сравнения — чувство вины, обида, косвенная агрессия. В контрольной группе показатели не отличались от нормы либо у ряда подростков отмечался изолированно повышенный уровень 1-2 показателей (как правило, чувства вины и обиды). При оценке по нормированной шкале диагностики волевых расстройств отмечались нарушения со стороны прогностической функции, параметров волевых действий и произвольной регуляции. В группе сравнения и контрольной группе показатели близки к нормативным либо отмечались нарушения параметров преодоления конфликта, функции выбора.

При клинико-психопатологической оценке подростков с диссоциальным расстройством личности отмечены следующие ведущие психопатологические феномены:

1. Большинство подростков в исследуемой группе употребляют систематически токсические вещества, чаще всего клей, растворители, ацетон, бензин. В то же время имеется стойкое предубеждение против употребления наркотических препаратов, никто из обследованных подростков их систематически не употреблял, хотя 70% подростков знакомы с их действием по 1-2 приемам. Большинство подростков систематически употребляют алкоголь, в том числе в больших дозах. У 20% подростков имеется алкогольная зависимость, чего не встречается в контрольной группе, где выявлены единичные случаи проб токсических веществ и эпизодическое употребление спиртных напитков. Диссоциальные подростки предпочитают крепкие напитки, подростки в группе сравнения — пиво и коктейли. У нескольких подростков с диссоциальным расстройством личности в анамнезе имеются перенесенные интоксикационные психотические расстройства делириозного типа.

2. У 15% подростков с диссоциальным расстройством личности выявлены признаки органического поражения головного мозга (патологическая почва). Происхождение органического поражения ЦНС мультиэтиологично. Преобладают ранняя пренатальная и постнатальная патология, травмы головы. Выраженность органического поражения ЦНС имеет прямые корреляции со стажем употребления токсических веществ. Наиболее уязвимой является познавательная активность подростков, что в ряде случаев создает ложное представление об умственной отсталости, в то время как речь идет фактически о формировании токсической энцефалопатии с элементами парциальной интеллектуальной недостаточности.

3. Ведущими в клинике наряду с личностной патологией являются аффективные расстройства. Присутствует практически весь спектр аффективных расстройств, включая маниакальные, депрессивные, дисфорические, фобические и тревожные симптомы. На высоте аффективных расстройств отмечаются расстройства дереализационного характера с феноменами «уже виденного» и «уже слышанного», метаморфопсиями. Аффективная патология выявлена в той или иной форме в 100% случаев при диссоциальном расстройстве и в значительно реже представлена в группе сравнения. Кроме того, в группе сравнения продолжительность аффективных эпизодов составляла, как правило, несколько часов, а в рамках диссоциального расстройства субдепрессивные эпизоды растягивались порой до 2-3 месяцев.

У большинства подростков из группы диссоциального расстройства личности отмечалась соматическая патология. В 45% случаев по данным антропометрических методик обнаруживали отставание в физическом развитии. В 40% отмечалось отставание в соматосексуальном развитии, при том, что в 80% случаев наблюдалось опережение в психосексуальном развитии, т.е. выявлялись дисгармонии сексуального развития. В 30% случаев выявлена хроническая патология со стороны дыхательной системы, в 10% — со стороны желудочно-кишечного тракта, что сравнимо с показателями в контрольной группе. Неспецифическая неврологическая патология отмечалась у 60% обследованных подростков.

В современной клинической практике терапии диссоциального расстройства личности имеется две тенденции. Ряд исследователей подходят к диссоциальному расстройству личности с позиций психофармакологии, и прежде всего терапии агрессивного поведения. Некоторые опираются на психотерапевтические методики, пытаясь обеспечить адаптацию пациентов в обществе и ресоциализацию.

Многочисленные теории агрессивного поведения стали предметом борьбы между сторонниками биологических и социальных предпосылок развития как отдельных поведенческих конструктов, так и психических расстройств в целом. Однако, с учетом данных об успешной психофармакологической коррекции агрессивного поведения (Ratey J. J. et al., 1993) становится ясно, что воздействие на биохимические механизмы поведения способно оказывать существенное влияние на общий статус пациентов.

Выработка схемы адекватного лечения агрессивного поведения при диссоциальном расстройстве личности тем более необходима, что многие пациенты данной категории совершают по-

вторные правонарушения. Таким образом, к лечению агрессии при диссоциальном расстройстве личности предъявляются два основных требования: компенсация общего состояния, снижение числа агрессивных поведенческих актов и профилактика агрессивного поведения в будущем.

Наиболее часто в качестве биологических детерминант агрессивного поведения называют изменения уровня ГАМК, серотонина и дофамина в мозге (Мальцева М. М., Котов В. П., 1995). Фармакологическое воздействие на агрессивное поведение в первую очередь опирается на способность различных препаратов влиять на уровень и соотношение нейромедиаторов.

В качестве препаратов первого ряда большинством авторов рекомендуются соли лития (благодаря их влиянию на обмен серотонина) в стандартной дозировке курсами продолжительностью 2 месяца и более. Отмечена способность препаратов лития купировать агрессивное поведение и у пациентов с задержкой умственного развития, и при органическом поражении головного мозга (Sheard M. H. et al., 1976; Craft M. et al., 1987).

Альтернативой солям лития могут выступать нейролептики. В то же время многие авторы отмечают, что эффективность их ниже, чем принято считать. Распространено мнение, что достигаемый приемом нейролептиков положительный эффект является следствием их общей способности к седации, однако, по-видимому, основой их эффекта в данном случае все-таки является антидофаминергическая активность и способность блокировать постсинаптические дофаминовые и пресинаптические альфа — адренорецепторы (Дмитриева Т. Б. с соавт., 1998). Наиболее часто рекомендуются для использования тиоридазин (сонапакс), хлорпромазин (аминазин) и галоперидол. Указывается на эффективность рисперидона (рисполепта) в суточной дозе 1,5-2,5 мг., применявшегося в течение 7-10 дней, особенно у больных с признаками интеллектуальной недостаточности различной этиологии (Jeanblanc W., Davis Y. B., 1995). Имеются многочисленные работы, свидетельствующие об успешном использовании перициазина (неулептила), клозапина (лепонекса) в индивидуально подобранных дозах (Weinstein C. S. et al., 1993; Кернберг О. Ф., 1998).

К препаратам второго ряда, эффективным при агрессивном поведении лиц с расстройством личности, относят бензодиазепины, и в первую очередь лоразепам в дозах 1,5-3 мг в сутки при пероральном и 1-2 мг в сутки — при парентеральном приеме (Greenblatt D. J. et al., 1977; Salzman C. et al., 1991). При органических расстройствах выявлена высокая эффективность пропра-

нолола (60-1240 мг в сутки), однако его использование сильно ограничивается побочными эффектами (Greendyke R. M. et al., 1987). Имеются указания на эффективность других бета-блокаторов, в частности пиндолола (40-60 мг в сутки) и метопролола, как в качестве монотерапии, так и в сочетании с другими препаратами (Mattes J. A., 1985; Ggeendyke R. M., Kanter D. R., 1986).

Ряд исследователей отмечают высокую эффективность буспирона (Ratey J. J. et al., 1991; Stanislav S. W. et al., 1994), многие — карбамазепина в дозировках 600 мг в сутки при агрессии, как в рамках шизофрении и эпилепсии, так и при расстройствах личности (Lewin J., Sumners D., 1992).

К препаратам третьего ряда относят клонидин (150-400 мкг в сутки), вальпроат натрия, трициклические антидепрессанты и триптофан. В литературе имеются единичные сообщения об их эффективности при агрессивном поведении. Рекомендуемые дозировки для этих препаратов не выработаны (Kemp J.P. et al., 1993; S. Bazire, 1997).

Большинство исследователей, как это показали в своем обзоре, включающем 106 источников, D. Pabis и S. Stanislav (1996), основывают свои рекомендации на чрезвычайно малом числе клинических наблюдений. Также нередко встречаются противоречивые данные. Многие клинические работы основаны на субъективной регистрации изменений в психическом состоянии пациентов, нигде не оценивается катамнез исследуемых случаев. В ряде случаев авторы рекомендуют использовать эмпирически подобранные комбинации препаратов, указывая на их удачное взаимодействие, но основывая свои выводы не на изменении в поведении, а только на изменении плазменной концентрации действующих агентов (Greendyke R.M., Kanter D.R. , 1987).

Сторонники психотерапевтического подхода используют практически все виды групповой психотерапии. Преимущество групповой психотерапии считается доказанным, исходя из предположения, что само участие в работе группы подразумевает социализацию субъекта. По данным различных авторов, успешность психотерапии оценивается независимо от применявшихся техник в пределах 20-40%, при этом критерии эффективности авторы выбирают произвольно.

По нашим данным, психолого-педагогическая помощь детям и подросткам с диссоциальными личностными расстройствами должна представлять собой совокупность социально-профилактических, психокоррекционных и реабилитационных мер. Она должна быть обращена к механизмам психологической защиты,

повышения форм позитивной личностной активности, к организации социально-психологической поддержки и направлена на формирование навыков разрешения конфликтов неагрессивным путем, на расширение адаптивных возможностей ребенка и вторичную переработку диссоциальных личностных установок. Эти задачи не могут быть решены средствами краткосрочной психокоррекционной и реабилитационной помощи. Они также не могут быть решены без выведения ребенка с устойчивыми асоциальными формами поведения из среды, которая поддерживает у него асоциальные механизмы реагирования. Наиболее оптимальными методами и средствами для такой работы располагают в настоящее время работники специальных школ для детей с девиантным поведением Министерства образования РФ. Процесс коррекционно-реабилитационной помощи в этих учреждениях разделяется на следующие этапы:

1. Этап диагностики ведущих проблем ребенка с асоциальным поведением и нарушений возрастного психического развития с учетом личностных свойств и факторов риска нарушений социального функционирования.
2. Этап педагогической коррекции различных форм отставания в обучении.
3. Этап специальной психотерапевтической помощи.
4. Этап социально-психологической поддержки.

Указанные этапы представляют единую технологическую цепь психолого-педагогической и социальной реабилитации детей и подростков с асоциальным поведением. Она осуществляется на принципах междисциплинарного взаимодействия педагогов, школьных психологов, психиатров с психотерапевтической направленностью в своей работе и социальных работников. Личностно-ориентированный комплексный подход позволяет приблизиться к решению этой проблемы (см. главу 4).

Наш собственный терапевтический опыт показывает, что непрерывная и ступенчатая комплексная коррекционно-реабилитационная работа в условиях специальной школы в течение 2-3 лет дает положительные результаты в 65-70% случаев при отсутствии рецидива правонарушений. Такая эффективность свидетельствует о необходимости разработки методов коррекции диссоциальных личностных расстройств у детей и подростков-правонарушителей. Разработанные и апробированные нами коррекционные программы реабилитации несовершеннолетних правонарушителей (Пережогин Л. О., 2006-2008) убедительно свидетельствуют об успешности комплексных психотерапевтических и психокоррекци-

онных методов, в частности, приводящих к росту показателей психосоциальной продуктивности несовершеннолетних, формированию просоциальных стратегий поведения и личностному росту.

3.2. Гиперкинетические расстройства у несовершеннолетних правонарушителей, беспризорных и безнадзорных

Синдром дефицита внимания с гиперактивностью — психическое расстройство, относящееся к категории гиперкинетических расстройств (рубрика F90 по Международной классификации болезней, рубрика 314 по DSM-IV-TR, используемой Американской психиатрической ассоциацией), диагностируемое, преимущественно, у детей, характеризующееся триадой симптомов: нарушением внимания, гиперактивностью, импульсивностью.

Многие исследователи считают, что СДВГ — одно из самых частых психических расстройств у детей (Furman L., 2005). В современных эпидемиологических исследованиях, проведенных за рубежом приводятся данные о распространенности СДВГ в детской популяции от 2% до 12% (в среднем — 3-7%) (Swanson J. M. et al., 1998; Zametkin A. J. и Ernst M., 1999; American Academy of Pediatrics, 2000). Столь значительный разброс показателей связан, вероятно, с объемами или иными неучтенными особенностями обследованных групп детей. Известны некоторые причины слишком высоких показателей диагностирования СДВГ в США (Sadock B. J., Sadock V. A., 2001): это диагностика путем анкетирования учителей и родителей, диагностика производимая психологами и врачами общей практики без участия психиатров. Комплексные обследования детей с участием врачей-психиатров и патопсихологов выявляют самые низкие показатели распространенности СДВГ (около 2% детской популяции). Несколько исследований распространенности СДВГ в России показали очень противоречивые результаты: Кучма В. Р. и Платонова А. Г. (1997), обследовав с помощью опросников, разработанных Американской психиатрической ассоциацией (1994), около 1000 школьников 6-8 лет получили распространенность СДВГ на уровне 28,1% для выборки в целом (34,4% для мальчиков и 21,7% для девочек); Заваденко Н. Н. и др. (1999), выявили СДВГ в 7,6% случаев, Брязгунов И. П. и Касатикова Е.В. (2001) — в 7,0% случаев, а Ruchkin V. et al. (2006) — в 6,3%. Если бы выборка детей для исследования составлялась с учетом требований, предъявляемых к социологическим иссле-

дованиям (с соответствующим случайным подбором детей с учетом возраста, пола, региона, социального статуса), полученные данные, экстраполированные на генеральную совокупность, были бы иными, однако подобных исследований не проводилось ни в России, ни за рубежом.

СДВГ значительно чаще встречается в популяции мальчиков (в среднем в соотношении 3:1 по данным American Academy of Pediatrics, 2000). Ruchkin V. et al. (2006) указывают на сходное соотношение (по их данным в Архангельске среди мальчиков СДВГ распространен в 8,9%, среди девочек — 3,6%). Однако по мере взросления число девушек, обнаруживающих симптомы СДВГ возрастает относительно числа юношей (Biederman, J. et al. (1994) указывает на соотношение 2:1), что можно объяснить как увеличением с возрастом числа девушек, страдающих СДВГ (влияние травм, интоксикаций и т.д.), так и лучшими компенсаторными возможностями в субпопуляции мальчиков, большим вниманием, оказываемым мальчикам специалистами, выявлением СДВГ у девушек после пубертатного криза и другими причинами, которые только предстоит выяснить. Отмечено, что для девочек с СДВГ более типичны нарушения внимания, чем гиперактивность и импульсивность, более типичные для мальчиков, а среди мальчиков с СДВГ чаще, чем у девочек, встречаются коморбидные (сопутствующие) нарушения поведения и аффективные расстройства (Biederman, J. et al., 1994; Barkley, R. A., 2004; Заваденко Н. Н., 2005). В нашем исследовании СДВГ (гиперкинетическое расстройство) встречался в качестве психического расстройства, определяющего клиническую картину в целом, в 8,6% в группе НП и в 10,8% в группе ББ, что в целом согласуется с литературными данными.

СДВГ характеризуется триадой симптомов: нарушением внимания, гиперактивностью, импульсивностью (Попов Ю. В., Вид В. Д., 2000; Заваденко Н. Н., 2005 и др.).

Нарушения внимания проявляются в том, что дети допускают ошибки в школьных (и других) заданиях из-за невнимательности к деталям, нюансам, не доводят до конца начатую работу или игру, не слушают, что им говорят и не могут следовать полученным разъяснениям (но не в силу того, что неспособны их понять), не могут организовать свою работу и избегают заданий, которые требуют внимания, усидчивости, легко забывчивы, рассеяны, теряют нужные им предметы (особенно школьные принадлежности, книги, игрушки), отвлекаются на посторонние стимулы. Гиперактивность проявляется в избыточной подвижности (не могут усидеть на месте, размахивают руками и ногами, вертятся, не сидят в

классе и без разрешения ходят во время урока), предпочтении шумных, подвижных игр и неспособности к тихим занятиям, игнорировании ситуативных условий и социальных запретов. Импульсивность проявляется в неспособности дождаться своей очереди в игре или на уроке, многословности, склонности отвечать, не дослушав вопроса, торопливости, непоседливости, которые часто мешают другим. И МКБ-10, и DSM-IV-TR практически одинаково подходят к критериям диагностики СДВГ. Следует отметить, что и МКБ и DSM являются не столько клиническими, сколько статистическими, исследовательскими классификациями, поэтому механическое применение их критериев неизбежно ведет к ошибкам в диагностике. Поэтому в России и ряде других стран (Франция, Германия), где клинические и научные психиатрические школы особенно сильны, МКБ используется в адаптированных (национальных) вариантах, приближенных к клиническим реалиям (в России МКБ-10 применяется с 1999 года, адаптированный вариант разработан под редакцией Голланда Б. В., Дмитриевой Т. Б., Казаковцева Б. А.). МКБ-10 не выделяет форм и подтипов СДВГ (гиперкинетического расстройства, F90), DSM-IV-TR выделяет три подтипа СДВГ: с преобладанием дефицита внимания (314.00), с преобладанием гиперактивности и импульсивности (314.01) и смешанный тип. Исходя из критериев МКБ-10 можно сделать вывод, что гиперкинетическое расстройство по МКБ соответствует смешанному типу СДВГ по DSM-IV-TR (критерии МКБ более строги).

Согласно исследовательским диагностическим критериям МКБ-10 (ВОЗ, 1994), гиперкинетическое расстройство (F90) диагностируется, если:

В различных ситуациях, в течение минимум 6 месяцев, с началом не позднее 7 летнего возраста, при отсутствии расстройств развития (F84.-) или аффективных эпизодов (F30.- F32.-) и тревожных расстройств (F41.-) отмечается не менее шести симптомов невнимательности, трех симптомов гиперактивности и хотя бы один симптом импульсивности.

Симптомы невнимательности таковы (цитируются по официальному русскому переводу МКБ-10):

- часто проявляющаяся неспособность внимательно следить за деталями или совершение беспечных ошибок в школьной программе, работе или другой деятельности;
- часто не удается поддерживать внимание на заданиях или игровой деятельности;
- часто заметно, что ребенок не слушает того, что ему говорится;

— ребенок часто неспособен следовать инструкциям или завершать школьную работу, повседневные дела и обязанности на рабочем месте (не из-за оппозиционного поведения или неспособности понять инструкции);

— часто нарушена организация заданий и деятельности;

— часто избегает или очень не любит заданий, таких как домашняя работа, требующая постоянных умственных усилий;

— часто теряет вещи, необходимые для выполнения определенных заданий или деятельности, таких как школьные вещи, карандаши, книги, игрушки или инструменты;

— часто легко отвлекается на внешние стимулы;

— часто забывчив в ходе повседневной деятельности.

Симптомы гиперактивности таковы (цитируются по официальному русскому переводу МКБ-10):

— часто беспокойно двигает руками или ногами или ерзает на месте;

— покидает свое место в классной комнате или в другой ситуации, когда требуется оставаться сидеть;

— часто начинает бегать или куда-то карабкаться, когда это является неуместным (в подростковом или зрелом возрасте может присутствовать лишь чувство беспокойства);

— часто неадекватно шумен в играх или испытывает затруднения при тихом проведении досуга;

— обнаруживается стойкий характер чрезмерной моторной активности, на которую существенно не влияют социальные ситуация и требования.

Симптомы импульсивности таковы (цитируются по официальному русскому переводу МКБ-10):

— часто выпаливает ответы до того, как завершены вопросы;

— часто неспособен ждать в очередях, дожидаться своей очереди в играх или групповых ситуациях;

— часто прерывает других или вмешивается (например, в разговоры и ли игры других людей);

— часто слишком много разговаривает без адекватной реакции на социальные ограничения.

Многие состояния в детской психиатрии могут сопровождаться симптомами, напоминающими СДВГ. Однако эти состояния часто имеют принципиально иную природу, течение, клиническую картину, прогноз и исход, требуют иных подходов к диагностике, лечению, коррекции. Дифференциальную диагностику необходимо проводить с (Заваденко Н. Н. и др., 2006) индивидуальными психологическими особенностями личности, темперамента; тре-

возными расстройствами; последствиями травм, интоксикаций, нейроинфекций; астеническими состояниями, включая периоды реконвалесценции, эндокринными расстройствами, эпилепсией, рядом наследственных синдромов, например, Ж. де Туретта; расстройствами развития, умственной отсталостью, шизофренией и др. В связи с этим диагностика СДВГ может основываться исключительно на клиническом наблюдении, подтвержденном психологическими данными, анамнестическими сведениями и результатами опроса родителей и педагогов о поведении ребенка. В ходе массовой диагностики (например, диспансеризации) целесообразно привлекать специально подготовленные бригады специалистов (Вострокнутов Н. В., 2006).

По наблюдениям зарубежных психиатров, СДВГ редко встречается изолированно. Szatmari P. et al. (1989) указывают, что в 44% случаев СДВГ сочетается хотя бы с одним сопутствующим расстройством, а Kadesjo B. и Gillberg C. (2001) настаивают на совсем астрономической цифре в 87%. В любом случае, СДВГ объективно часто сочетается с оппозиционно-вызывающим расстройством (Angold A. et al., 1999), асоциальными расстройствами поведения (Szatmari P. et al., 1989; Angold A. et al., 1999 указывают на 15-30% коморбидность), депрессивными состояниями и тревожными расстройствами (American Psychiatric Association, 1994; American Academy of Pediatrics, 2000 указывают 18% и 25% соответственно). Вероятно, около 25% детей с СДВГ (преимущественно мальчики) обнаруживают специфические расстройства школьных навыков (Seidman L.J. et al., 2001; Biederman J. et al., 2002; Wu K. K. et al., 2002; DuPaul G.J. и Stoner G., 2003). До настоящего времени не установлена строгая причинно-следственная связь между СДВГ и коморбидными ему расстройствами, и, поскольку присутствие коморбидных расстройств существенно влияет на диагностику СДВГ и клиническую тактику при его лечении и коррекции, эта проблема требует серьезного клинического исследования.

Известно, что проявления СДВГ в большинстве случаев постепенно ослабевают и часто совсем исчезают в подростковом возрасте (Ковалев В. В., 1995), но к настоящему времени накоплено значительное количество наблюдений, позволяющих утверждать, что не так уж редко симптоматика СДВГ сохраняется у подростков и даже взрослых. Ряд исследователей утверждают, что у 50-80% детей, страдающих СДВГ, симптоматика сохраняется и в подростковом возрасте (Spence, T. et al., 1994; Barkley R. A., 2004). Другие отмечают значительную редукцию симптомов СДВГ, но в то же время указывают, что распространенность СДВГ во взрос-

лой популяции колеблется в диапазоне 1-6% (Murphy K. и Barkley R. A., 1996; Халецкая О. В. и Трошин В. М., 1998; Heiligenstein, E. et al., 1998; Kessler R.C. et al., 2006 и др.). Лонгитудинальные исследования показали, что гиперактивность часто ослабевает с возрастом, но нарушения внимания и импульсивность имеют тенденцию персистировать. Как у подростков, так и у взрослых с СДВГ часто встречаются характерные когнитивные нарушения, в первую очередь — нарушения организации, программирования и контроля мышления и деятельности. Сегодня клиницисты и исследователи говорят о необходимости выработки специальных критериев для диагностики СДВГ у взрослых (Kessler R. C. et al., 2006), поскольку критерии МКБ-10 и DSM-IV-TR ориентированы, прежде всего, на детей. С другой стороны, не следует забывать, что во взрослом возрасте симптоматика, напоминающая резидуальные симптомы СДВГ, может характеризовать клиническую картину иных психических расстройств или быть следствием соматической патологии.

На каждом этапе развития науки у научного сообщества возникает искушение идентифицировать то или иное психическое расстройство, отыскав с помощью все более совершенных методов исследования его органический, объективно регистрируемый субстрат в головном мозге. К сожалению, до настоящего времени не представляется возможным утверждать, что такие патогномичные изменения ЦНС, характеризующие СДВГ, найдены. В то же время накоплены весьма интересные факты, которые могут быть положены в основу дальнейших исследований.

Biederman J. и Faraone S.V. (2002) методом MPT (магниторезонансной томографии) выявили различия в размерах хвостатого ядра и мозолистого тела, особенно в области колена и валика, у здоровых детей и детей с СДВГ. Они же (Faraone S.V. и Biederman J., 1998) выявили нарушения характерной для мозга асимметрии у детей с СДВГ. Данные, полученные методом позитронно-эмиссионной томографии (ПЭТ), указывают на снижение метаболической активности (снижение потребления глюкозы) в базальных ганглиях и префронтальной коре и повышение метаболической активности в сенсомоторных областях у детей с СДВГ (Biederman J. и Faraone S.V., 2002). К сожалению, как признают сами исследователи, указанные результаты статистически недостоверны, и поэтому для использования при верификации диагноза непригодны. Давно известно, что в формировании поведения участвуют многие нейромедиаторы, в особенности — дофамин, норадреналин и серотонин. Их роли в генезе различных психичес-

ких расстройств изучаются и в России, и за рубежом. Т. Б. Дмитриевой, А. З. Дроздовым и Б. М. Коганом (1998) описаны перспективные нейрохимические модели ряда психических расстройств, включая аффективные и поведенческие расстройства, убедительно доказаны изменения концентрации нейромедиаторов при различных психических расстройствах. Сходные феномены отмечаются и при СДВГ (Alexander G.E. et al., 1986; Касатикова Е. В. и др., 2000; Uzbekov M.G. и Misionzhnik E.Y., 2003 и др.). Электроэнцефалографические исследования (ЭЭГ) (Горбачевская Н. Л. и др., 1996, 2003; Скороходова Т. А., 2000; Лохов М. И. и др., 2005; Кропотов Ю. Д., 2005 и др.) выявили у пациентов с СДВГ усиление медленноволновой активности преимущественно в лобных областях головного мозга и более высокую амплитуду и низкую частоту затылочного альфа-ритма (Chabot и Serfontein, 1996; Lazzaro et al., 1998), что является неспецифическим признаком задержки созревания головного мозга. На основании данных, полученных при анализе ЭЭГ, разработан один из методов коррекции СДВГ — метод биологической обратной связи (Lubar, 1991).

Вероятно, нейробиологические исследования еще не прошли того критического периода накопления и анализа эмпирических данных, который необходим для осознания структуры и характера активности функциональных систем ЦНС, ответственных за формирование СДВГ (Анохин П. К., 1968).

Таким образом следует уделить самое пристальное внимание профилактике СДВГ и часто сопутствующих ему форм девиантного, в том числе — противоправного поведения у детей и подростков (Пережогин Л. О., 2005, 2006), уделяя пристальное внимание предотвращению семейной и школьной депривации детей с СДВГ (Девятова О. Е., 2004).

У многих детей с СДВГ развитие навыков социального взаимодействия запаздывает по сравнению со сверстниками. Это обуславливает как формирование школьной неуспешности, так и гиперкомпенсационные патологические формы лезадаптации, включая делинквентное поведение. Без специальных корректирующих занятий дефицит навыков социального взаимодействия сохраняется даже тогда, когда полностью восстанавливаются когнитивные функции и академическая успеваемость (Заваденко Н. Н., 2001). В рамках поведенческой терапии (ситуация — способ преодоления) с детьми отрабатываются навыки ожидания своей очереди, игры со сверстниками, реагирования на замечания старших и др. Важным является обучение ребенка самонаблюдению и саморегулированию. Вострокнутым Н. В. и Пережогиным Л. О.

(2006) разработан комплекс психотерапевтической помощи детям с агрессивным поведением (см. Приложение 4), который в процессе занятий в РК группах адаптировался под специфику СДВГ.

В нашем исследовании несовершеннолетние с гиперкинетическим расстройством участвовали в общей реабилитационной программе (см. главу 4) в рамках групповой и индивидуальной терапии. В течение года отмечалось значительное улучшение психосоциальных показателей.

3.3. Психический инфантилизм у несовершеннолетних правонарушителей, беспризорных и безнадзорных

Психический инфантилизм — это патологическое состояние, обусловленное социальными, наследственно-генетическими и органическими факторами в виде задержанного по темпу, не менее чем на один этап, возрастного психологического развития, характеризующееся замедленным становлением физической, психической и личностной зрелости со стойкими эмоционально-личностными и поведенческими стереотипами, обуславливающими нарушения социальной адаптации без признаков тотальной недостаточности интеллекта (Код по МКБ: F 89; F 60.8; F 07.8).

Следовательно, психический инфантилизм, как клинически значимое состояние, относится к нарушениям возрастного психического развития («запаздывающее созревание» по R.J. Corboz, 1967) и отражает, свойственный замедленно формирующемуся индивидууму, детско-эгоцентрический стиль поведения с личностной незрелостью, сопровождающейся нарушениями эмоционально-волевой сферы и поведения при отсутствии тотальной интеллектуальной недостаточности. Данное определение ограничивает эти состояния, с одной стороны, от специфического аномально-личностного расстройства по признаку не зрелости и нестойкости формирующейся дисгармоничности личности (F 60), а, с другой стороны, от умственной отсталости (F 70-79) по признаку отсутствия стойкой и тотальной задержки психического развития.

Для установления диагноза «Психический инфантилизм» по рубрикам: F 60.8; F89; F07.8 необходимо установление замедленного темпа физического, психического и личностного развития со стойкостью поведенческих стереотипов, которые определяются фиксированными личностно-характерологическими свойствами с чертами незрелости и сопровождаются нарушениями социальной и психической адаптации.

Распространенность психического инфантилизма среди детей младшего школьного возраста составляет 5 — 7%; в подростковой популяции варьирует от 1,3 до 1,7 % (Певзнер М.С., 1972). В нашем исследовании психический инфантилизм встречался в группе НП в 32 (39,5%) случаях, в группе ББ в 27 (41,5%) случаях диагностированных психических расстройств в качестве неспецифического синдрома, сопровождавшегося личностным, когнитивным и физическим отставанием в развитии.

Патогенез расстройства и типология психического инфантилизма

В психиатрической системе диагностических указаний и критериев **психический инфантилизм**, как нарушение возрастного психического развития, охватывающее и психическую, и соматофизическую сферу жизнедеятельности индивидуума с незрелостью личности при стабильной фиксации эгоцентрически выраженных детских качеств личности и сохранных предпосылках интеллекта сформировалось достаточно давно. Понятие «инфантилизм» было введено Е. Lasegue еще в 1864 г., и уже в тот период обозначало относительно равномерный (без качественных расстройств интеллекта в виде умственной отсталости) и, как правило, компенсированный тип задержанного по темпу возрастного развития человека.

Подчеркивалось, что у детей психический инфантилизм проявляется в сохранении (не в повторном возникновении) черт поведения, присущих младшему возрасту.

Преимущественно в немецкой психиатрии понятие «психического инфантилизма» стало дополнительно рассматриваться в рамках патологических изменений личности при различных психических расстройствах. Е. Kraepelin (1884) выделил признаки симптоматического патологического инфантилизма при шизофрении (*dementia praecox*) и эпилепсии, а также при специфических, аномальных расстройствах личности и приобретенных (развития личности) личностных аномалиях. G. Anton впервые отождествил психический инфантилизм с умственной отсталостью, выделив у детей «тотальный инфантилизм», тождественный задержке психического развития с симптомами интеллектуальной недостаточности, и «парциальный инфантилизм», тождественный задержанному психическому развитию с дисгармоничностью личностных эмоционально-волевых процессов.

Приведенные данные указывают на значимость нарушений возрастного психического развития в оформлении клинической

картины болезненных расстройств до периода совершеннолетия и на многофакторность причин задержанного психического развития по типу инфантилизма. Ведущая роль в их возникновении принадлежит социальным, конституционально-генетическим и органическим факторам. Определенное значение в их генезе играют повреждения головного мозга во внутриутробном, перинатальном и раннем постнатальном периодах развития (Сухарева Г.Е., 1959; Ушаков Г.К., 1978; Ковалев В.В., 1980). В настоящее время сформировались следующие концепции понимания психического инфантилизма как патологического состояния.

1. Психический инфантилизм — это устойчивый тип задержанного возрастного психического развития с парциальной личностной незрелостью. Г. Е. Сухарева (1953, 1959) данное состояние рассматривала как «простой, гармонический тип инфантилизма». **Простой гармонический инфантилизм** — равномерное и задержанное по темпу физическое и психическое развитие, проявляющееся в незрелости эмоционально-волевой сферы, а затем и личности в целом. Созревание отстает от нормы на 1-3 года. Этиологически данный тип расстройства связывается с нарушениями внутриутробного развития, приводящими к замедлению созревания функциональных связей в лобных отделах коры больших полушарий. Психическая и личностная незрелость отражается и на поведении ребенка, и на его социальной адаптации. Клиническая картина «простого гармонического инфантилизма» характеризуется чертами «детскости» в физическом и психическом облике. Дети выглядят младше своего возраста, им свойственна живая, но поверхностная любознательность, общие нестойкие интересы к окружающему. При полноценном интеллекте отмечается неразвитость интеллектуальных запросов, доминантность игровых интересов, быстрая отвлекаемость при выполнении заданий, требующих интеллектуального, волевого усилий и терпения. При поступлении в школу у детей с простым гармоничным инфантилизмом в ответ на учебные задания могут возникать невротические реакции и стойкие эмоционально-поведенческие расстройства. Возрастная динамика простого гармонического инфантилизма благоприятна и характеризуется отсутствием выраженной социальной дезадаптации. По мере возрастного развития при взрослении приобретаются индивидуальная активность и самостоятельность, усиливаются творческие элементы в деятельности, дополняемые воображением и фантазией. Проявления простого гармонического инфантилизма уменьшаются с началом пубертатного периода (11- 12 лет). Ряд

исследователей считает (В. В. Ковалев, 1985), что полной нормализации личностных свойств при простом гармоническом инфантилизме не наступает и данный тип, отмечаемый в детском и пубертатном возрасте, завершается акцентуацией характера или формированием аномально-личностных свойств неустойчивого и истероидного типа.

2. Психический инфантилизм как патологическое состояние в виде стойких, с чертами незрелости аномально-личностных свойств, проявляющихся в ригидных стереотипах поведения в более зрелом возрасте после периода совершеннолетия («дисгармонический инфантилизм»). В этом контексте с позиции Г.Е. Сухаревой (1959), А.С. Тиганова (1998), В. А. Гурьевой, А. Я. Гиндикина (1994) **дисгармонический инфантилизм** характеризуется отсутствием устойчивого личностного роста, сохранением признаков психической незрелости, свойственной простому инфантилизму, и сочетанием их с такими патологическими чертами характера, как аффективная возбудимость, лживость и эгоцентричность, конфликтность и импульсивность, повышенный интерес к социальным эксцессам. Анамнестические данные указывают на раннее выявление признаков дизонтогенеза с эмоционально-поведенческими расстройствами в виде появления на 1-2-м году жизни патологических реакций упрямства или протеста со стремлением настоять на своем, обидеть близких, сделать им больно. У детей старшего возраста черты незрелости эмоционально-волевой сферы «перекрываются» девиантным поведением с клинически выраженными аномально-личностными свойствами, проявляющимися в ригидных стереотипах поведения, т.е. состояние к периоду совершеннолетия принимает картину специфического расстройства личности (F 60).

3. Психический инфантилизм как формирование аномально-личностных свойств с чертами задержанного развития на патологической почве, обусловленной органическим поражением головного мозга, или «органический инфантилизм». Исследования И. А. Юрковой (1959), Г. Е. Сухаревой (1965), С. С. Мнухина (1968) показали, что существуют клинические варианты инфантилизма с выраженными признаками интеллектуальной недостаточности. При этом типе инфантилизма наблюдаются множественные стигмы дизморфогенеза — низкорослость, дискрании, дизотия, высокое небо, неправильный рост волос, зубов. Клиническая картина этой формы инфантилизма полиморфна в связи с выраженностью других психопатологических симптомов органического поражения головного мозга. Эмоционально-воле-

вая незрелость, как и при простом инфантилизме, проявляется детскостью суждений, наивностью, внушаемостью, преобладанием в мотивации поведения игровых интересов с неспособностью к занятиям, требующим волевого усилия. Интеллектуальная деятельность характеризуется брадипсихичностью с инертностью и медленной переключаемостью мыслительных процессов. Эмоциональные реакции отличаются отсутствием эмоциональной живости и яркости эмоций, поверхностностью эмоциональных привязанностей, бедностью воображения. Игровую, а затем и учебную деятельность характеризуют однообразие и малая заинтересованность в оценке своих действий, что связано с низким уровнем привязаний. Наряду с этим наблюдаются гиперактивность с двигательной расторможенностью. Пограничная интеллектуальная недостаточность при этом типе расстройств выражена в большей степени, чем при других формах инфантилизма, так как страдают предпосылки интеллектуальной деятельности — внимание, память, психическая работоспособность. Исходя из особенностей эмоционально-волевой незрелости, выделяются неустойчивый и тормозимый типы «органического инфантилизма». В виде осложненного вида «органического инфантилизма» выделены церебралстенический, невропатический и диспропорциональный варианты, а также инфантилизм при эндокринопатиях (В. В. Ковалев, 1973).

При церебралстеническом варианте эмоционально-волевая незрелость сочетается с симптомами раздражительной слабости и парциальной интеллектуальной недостаточности. Невропатический вариант характеризуется превалированием астено-невротических признаков в виде повышенной тормозимости и тревожности, внушаемости, неуверенности в себе с симптомами вегетативных дисфункций и трудностями адаптации в детских коллективах. При эндокринных вариантах клиническая картина определяется сочетанием признаков инфантилизма с особенностями психики, типичными для того или иного типа гормональной дисфункции. При гипогенитализме характерны черты инфантилизма в сочетании с психической инертностью, вялостью, медлительностью, рассеянностью внимания. При гипофизарном субнанизме признаки незрелости сосуществуют с признаками раннего старения в физическом и психическом облике, склонностью к педантизму, рассуждениям со слабостью волевого усилия, расстройствами внимания и памяти. Американская психиатрическая школа (Pain R.S., 1962; Satterfield P., 1979) и вслед за ними другие исследователи определяют «органический инфантилизм» в рамках минимальной мозговой дисфункции.

4. Инфантилизм как комплекс психологических реакций в рамках психического здоровья или «психогенный инфантилизм», психоневротическое задержанное возрастное развитие. Прежде всего, педиатры и неонатологи (Долецкий С. Я., 1976; Гаврюшов В. В., 1982) выделили инфантильные черты эмоционально-волевой сферы и личности детей, формирующиеся в условиях длительных и частых госпитализаций, повторных хирургических операций. Исследователи, занимающиеся проблемами семейной депривации, показали ее роль и неадекватного воспитания в формировании инфантильного поведения и неглубоких задержек интеллектуального развития (Кириченко Е. И., 1979; Лебединская К. С., 1982). При воспитании по принципам гиперпротекции наряду с инфантильностью закрепляется эгоцентризм, неумение считаться с окружающими, несамостоятельность, пассивность, неспособность к длительному напряжению. Деспотичное воспитание детей с физическими наказаниями и запретами закрепляет черты эмоционально-волевой незрелости со снижением инициативы, с недостаточной самостоятельностью, нерешительностью. Всем разновидностям «психогенного инфантилизма» свойственны социальная незрелость личности в виде недостаточности высших этических установок, позитивно направленных социальных и интеллектуальных интересов с искаженным пониманием социальных обязанностей, своего будущего, что составляет основу девиантного поведения таких детей (Житловский В. Е., 1984).

Психогенный инфантилизм не рассматривается в контексте реакций регрессивного поведения, включая псевдодементно-пуэрильные реакции у взрослых.

5. Психический инфантилизм как синдром при эндогенных психических расстройствах. Вслед за Э. Крепелином (1884) другими исследователями (Е. Блейлер, 1923; А. Strauss, 1947; К. Шнайдер, 1958) инфантилизм рассматривался как проявление психического дефекта при эндогенных психических расстройствах. С. Ю. Циркин (2004) для обозначения данного вида дефицитарности при эндогенных психических расстройствах предлагает использовать термин «псевдоинфантилизм».

Анализ научно-прикладных исследований инфантилизма показывает, что ведущей является интегративная концепция инфантилизма как проявление задержанного вида дизонтогенеза с различными вариантами нарушений темпа, сроков развития психики ребенка в целом и ее отдельных частей, а также их динамического соотношения в ходе взросления (Ковалев В. В., 1995). Как асинхрония развития (Сухарева Г. Е., 1959, 1973), обусловленная мно-

жеством внутренних и внешних факторов, инфантилизм сопровождается устойчивыми, патологическими, однако, неспецифическими формами реагирования (Ушаков Г. К., 1973; Гурьева В. А., 1998). Дизонтогенетическая концепция инфантилизма является по сути интегративной, поскольку объясняет и особенности клиники большинства описанных форм, и полиэтиологическую природу феномена (Гурьева В. А., Дмитриева Т. Б., Макушкин Е. В. с соавт., 2007). В соответствии с дизонтогенетической теорией проблема инфантилизма в педагогике практически отождествляется с временными задержками психического развития (Лебединская К. С., 1982). При этом школьными психологами и педагогами выделяются практически те же формы инфантилизма (конституциональный, соматогенный, психогенный, органический) и даются сходные психолого-педагогические описания.

Следовательно, тип психического дизонтогенеза при данном патологическом состоянии ретардированный (задержанный) по темпу и дисгармоничный по формирующимся аномально-личностным свойствам и устойчивым поведенческим стереотипам. В связи с ведущим значением в оформлении внешней картины состояния признаков задержанной возрастной физической и психической незрелости клинические проявления психического инфантилизма чаще встречаются в виде смешанных, « мозаичных » состояний. Наличие сопутствующих расстройств существенно влияет на диагностику расстройства, клиническую тактику и выбор форм социо-терапевтического вмешательства и реабилитации. Это является основанием выделения осложненных форм психического инфантилизма с наличием дополнительной психопатологической симптоматики.

Среди пациентов с психическим инфантилизмом в соответствии с приведенной выше патогенетической типологией наблюдается достаточно определенный спектр дополнительных психических расстройств, которые, могут рассматриваться в самостоятельных протоколах соответствующих заболеваний (синдромов). В одних случаях между « органическим » типом психического инфантилизма и коморбидными ему расстройствами прослеживается причинно-следственная связь, например, общий этиологический фактор, патологически действующий в период беременности, родов, в период раннего детства; общий патоморфологический субстрат (ММД), лежащий в основе ведущих (инфантилизм) и осложняющих расстройств (органическое, эмоционально-лабильное расстройство (F 06.6); органическое легкое когнитивное расстройство (F 06.7)). В других случаях, осложняющие расстройства не

имеют определенного этио-патогенетического единства с ведущим расстройством и формируются как дополнительное нарушение в связи с особенностями социальной ситуации развития, например, осложнение психического инфантилизма, клинически выраженными и самостоятельно существующими поведенческими расстройствами: оппозиционно-вызывающее расстройство (F 91.3), расстройства социального поведения при сохраненных социальных связях (F 91.2).

Этим определяется выбор синдромальной модели пациента при составлении протокола ведения больных «психический инфантилизм».

В соответствии с МКБ-10 выделяются следующие типы синдромальной модели психического инфантилизма (**F 89**; **F 60.8**; **F 07.8**):

1. психический инфантилизм как расстройство психического развития или первичное дисфункциональное ретардированно-дисгармоничное задержанное возрастное развитие, которое к периоду совершеннолетия формируется в акцентуацию характера неустойчивого типа (**F 89**);

2. инфантилизм как другое (задержанное) расстройство личности и поведения, которое не соответствует специфическим рубрикам, так как включает клинические признаки эксцентрического, инфантильного, пассивно-агрессивного, психоневротического расстройства личности с симптомами задержанного возрастного психологического развития (**F 60.8**).

3. инфантилизм как другое (задержанное) органическое расстройство личности вследствие повреждения или дисфункции головного мозга или вторичная дисфункция возрастного психологического развития в сочетании со значительным и стойким изменением личности и поведения. Соответственно, термином «органический» обозначаются клинические проявления, соответствующие признакам личностных и поведенческих расстройств «органического генеза», которые сочетаются с задержанным возрастным психологическим развитием (**F 07.8**);

Психический инфантилизм как расстройство развития, определяющееся задержанной не менее, чем на один этап, возрастной психической и личностной незрелостью, должно становиться объектом диагностики, терапии и коррекции с возрастного кризиса 6-7 лет на этапах младшего школьного, подросткового и юношеского возраста до периода совершеннолетия.

У детей младшего школьного возраста до 11-12 лет сохраняются общие черты психической незрелости с замедленным лич-

ностным ростом и отсутствием устойчивых интересов, позитивно ориентированных форм личностной и социальной активности. У детей младшего подросткового возраста сохраняются основные характеристики психического инфантилизма.

По мере дальнейшего взросления детей с психическим инфантилизмом эволюция клинической картины происходит или за счет усиления выраженности эмоционально-поведенческих расстройств, или нарастания тяжести дополнительных органических психических расстройств. В связи с этим облигатно присущих психическому инфантилизму стадий развития состояния, например, вне обострения или обострение, стадия компенсации/декомпенсации состояния выделить не представляется возможным. Состояние компенсации/декомпенсации при психическом инфантилизме определяются признаками негативной динамики сопутствующих, факультативно присутствующих психических расстройств — эмоционально-поведенческих расстройств или органических психических расстройств.

В связи с этим социально-клиническая ситуация, при которой психический инфантилизм становится объектом диагностики, коррекции и социотерапевтического вмешательства, определяется преимущественно степенью выраженности социальной и психической дезадаптации в семейной, школьной или микросоциальной среде, а не усилением выраженности признаков психической и личностной незрелости. При этом ведущий вклад в уровень тяжести социальной дезадаптации вносят эмоционально-поведенческие или дополнительные психические расстройства органического генеза. Социально-клинический запрос на обследование, определение характера коррекции и социотерапевтического вмешательства обусловлен в случае психического инфантилизма прежде всего неуспешностью в обучении и расстройствами поведения различной степени выраженности от гиперактивности до девиантного поведения с асоциальными действиями.

Клиника психического инфантилизма сопровождается расстройствами трех категорий:

— эмоциональные и поведенческие расстройства, начинающиеся обычно в детском возрасте, а именно реактивное расстройство привязанностей в детском возрасте, транзиторные тики, энурез неорганической природы, заикание, а также выраженные поведенческие расстройства в виде оппозиционно-вызывающего расстройства, социализированных расстройств поведения;

— парциальные, не имеющие нозологической самостоятельности, психические расстройства, относящиеся к нарушениям орга-

нического генеза в виде утомляемости, физических ощущений, эмоциональной лабильности и несдержанности, трудностей сосредоточения внимания, ослабления памяти в сочетании с вегето-вестибулярными, сосудисто-дистоническими нарушениями и признаками задержанного психического и личностного развития;

— специфические расстройства психического развития в виде расстройств развития моторных функций; задержанное речевое развитие, обусловленное социальной депривацией; нарушения способности к обучению в виде специфических расстройств развития школьных навыков.

Эти психические расстройства и определяют реабилитационную терапевтическую тактику (см. главу 4).

Глава 4

Реабилитация несовершеннолетних правонарушителей, беспризорных и безнадзорных

В группы несовершеннолетних, прошедших через апробированные нами реабилитационные психотерапевтические и психокоррекционные программы, вошли 128 человек, из них 77 — несовершеннолетние правонарушители, 49 — воспитанники социального приюта; все несовершеннолетние обследовались дважды (до и после реабилитационной программы); далее по тексту мы обозначаем эту группу «группа РК» (реабилитационно-катамнестическая), ее подгруппы — РКНП и РКББ соответственно.

При выборе реабилитационных программ учитывались следующие параметры: клинический диагноз, тип дезадаптации, индивидуальные психологические показатели. В отношении несовершеннолетних в рамках реабилитационной программы осуществлялись три основных направления реабилитации (границы между ними носят по большому счету условный характер): ориентированное на реабилитацию и коррекцию клинически очерченных патологических состояний; ориентированное на реабилитацию и коррекцию девиантного поведения и асоциальных паттернов с упором на формирование социально-ориентированных стратегий поведения и личностный рост; ориентированные на профилактику употребления ПАВ и школьной дезадаптации.

В последние годы в детской социальной психиатрии наметилась отчетливая тенденция к комплексной, междисциплинарной оценке психического здоровья несовершеннолетних, в основу которой положен принцип сохранности социального функционирования ребенка на уровне школы, микросоциального окружения, семьи (Шалимов В. Ф., 2007), поэтому критерием оценки эффективности реабилитационных программ выбрано улучшение показателей психосоциальной продуктивности (интегративная ось психиатрической оценки, представляющая собой совокупность пси-

хического, социального, трудового (учебного) функционирования несовершеннолетних на период их клинического осмотра) согласно концепции многоосевой оценки психических расстройств, принятой ВОЗ (WHO. *Multiaxial classification of child and adolescent psychiatric disorders*. Cambridge university press, 1996).

Согласно критериям ВОЗ (1996) выделяется 9 градаций по оси психосоциальной продуктивности:

8 — глубокое общее нарушение социальной продуктивности (неспособность к самообслуживанию, риск причинения вреда себе и другим, неспособность к контакту);

7 — тяжелое общее нарушение социальной продуктивности — то же, но периодически, либо — существенное ограничение общения;

6 — неспособность к продуктивному функционированию в большинстве областей (постоянная потребность в текущем надзоре и заботе);

5 — серьезное нарушение продуктивности в большинстве областей;

4 — серьезное нарушение социальной продуктивности (по крайней мере в 1-2 областях, в частности — в школьном обучении, при межличностном контакте);

3 — умеренное нарушение социальной продуктивности — то же, но в меньшей степени;

2 — легкое нарушение социальной продуктивности, отдельные, не достигающие критических показателей, трудности функционирования в 1-2 областях;

1 — удовлетворительное социальное функционирование

0 — хорошее (отличное) социальное функционирование

Основное назначение оси — интегративная оценка психического состояния несовершеннолетних в контексте социального функционирования, которая позволяет в динамике отслеживать изменения в психическом статусе, происходящие в результате фармакологической терапии, психотерапии, применения коррекционных методик. Расчет показателей по оси нарушения психосоциальной продуктивности проводится по методике, предложенной ВОЗ (Van Goor-Limbo G., Orley J. et al. *Classification of abnormal psychosocial situations and psychosocial functioning in child*. WHO monograph. Geneva, 1990).

Результаты оценки несовершеннолетних по оси степени нарушения психосоциальной продуктивности отражены в таблице 4.1. В скобках за абсолютными цифрами указано, расстройство по какой оси преимущественно обусловило оценку. Ось 5 (сопут-

ствующие аномальные психосоциальные ситуации) в расчет не принималась, т.к. в подобных ситуациях находились все без исключения обследованные подростки групп НП и ББ. В нашем исследовании не встречались показатели социального функционирования ниже 5. Это было обусловлено, прежде всего, нозологическим составом исследуемых групп (смотри главу 2 настоящего исследования).

Индекс Ψ / S — рассчитывался как отношение психиатрических и психосоциальных причин неблагополучия в группе (ось 3 и ось 2 при расчете были включены в психические расстройства). Мы намеренно составляли реабилитационные группы с таким расчетом, чтобы в них преобладал удельный вес психических расстройств (для оптимальной реализации первого направления реабилитационных программ), а не социальная составляющая нару-

Таблица 4.1

Оценка нарушения психосоциальной продуктивности по группам несовершеннолетних (в процентах) до завершения реабилитационных программ

Балл	Группа НП	Группа ББ	Группа К	Группа РК НП	Группа РК ББ
0	11 (7,3%)	2 (1,7%)*	9 (7,8%)	—	—
1	18 (12,0%)	5 (4,3%)	38 (32,8%)*	8 = 8 (10,4%)	—
2	8 (1) + 13 (4) = 21 (14,0%)	12 (1) = 12 (10,4%)	17 (4) + 17 (5) = 34 (29,3%)*	8 (1) = 8 (10,4%)	—
3	36 (1) + 16 (2) + 22 (4) = 74 (49,3%)	21 (1) + 18 (2) + 8 (4) = 47 (40,9%)	11 (2) + 10 (5) = 21 (18,1%)*	36 (1) + 9 (2) = 45 (58,4%)	21 (1) + 12 (2) = 33 (67,3%)
4	7 (1) + 12 (3) + 3 (4) = 22 (14,7%)	10 (1) + 14 (3) + 16 (4) = 40 (34,8%)*	14 (5) = 14 (12,1%)	7 (1) + 6 (3) + 3 (4) = 16 (20,8%)	14 (3) = 14 (28,6%)
5	4 (3) = 4 (2,7%)	9 (3) = 9 (7,8%)	—	—	2 (3) = 2 (4,1%)
Всего	150	115	116	77	49
Ψ / S	83 / 38 = 2,18	84 / 24 = 3,5	11 / 58 = 0,19	66 / 3 = 22,0	49 / 0 100% Ψ

* достоверные ($t \geq 2, p \leq 0,05$) различия между показателями групп НП, ББ, К.

**Оценка нарушения психосоциальной продуктивности
в группах РК НП и РК ББ (в процентах) по ходу
и после завершения реабилитационных программ**

Балл	Группа РК НП	Группа РК ББ	Группа РК НП (6 мес.)	Группа РК НП (12 мес.)	Группа РК ББ (12 мес.)
0-1	8 (10,4%)	—	10 (13,0%)	18 (23,4%)*	24 (48,9%)*
2-3	53 (68,8%)	33 (67,3%)	54 (70,2%)	53 (68,8%)	14 (28,6%)*
4-5	16 (20,8%)	16 (32,7%)	13 (16,9%)	6 (7,8%)*	11 (22,4%)
Всего	77	49	77	77	49

* достоверные ($t \geq 2$, $p \leq 0,05$) различия показателей групп.

шения психосоциальной продуктивности. Достоверных показателей различий по составу между сформированными группами НП и РКНП, ББ и РКББ не выявлено.

В группу РК НП вошли 53 (все осмотренные) воспитанника спецшколы и 24 несовершеннолетних, наблюдавшихся в ЦВИНП ГУВД г. Москвы, посещавших Московскую экспериментальную службу пробации. Реабилитационные программы с группой несовершеннолетних правонарушителей (группа РК НП) осуществлялись в течение 1 года. Контроль за психическим состоянием несовершеннолетних осуществлялся через 6 и 12 месяцев.

В группу РК ББ вошли 49 воспитанников социального приюта. Реабилитационные программы с ними также осуществлялись на протяжении 1 года. По истечении одного года при повторном клиническом осмотре производилась повторная оценка по оси нарушения психосоциальной продуктивности. Изменение показателей психосоциальной продуктивности в результате реабилитационных мероприятий отражены в таблице 4.2.

Таким образом, налицо значительное улучшение социального функционирования в реабилитационно-катамнестических группах, что позволяет говорить об успехе реабилитационных и коррекционных мероприятий.

По сути, коррекционный (и реабилитационный, поскольку главная цель работы — ресоциализация несовершеннолетнего) процесс включает 4 этапа:

(1) Этап диагностики ведущих проблем ребенка и нарушений возрастного психического развития и, прежде всего, личностных свойств и факторов риска нарушений социального функционирования;

ведущие специалисты: патопсихолог (клинический психолог), врач-психиатр;

основные задачи: комплексная патопсихологическая и психопатологическая диагностика, определение приоритетных направлений психотерапевтической помощи и коррекции;

результат: установление диагноза, определение тактики психотерапевтической и психокоррекционной работы.

В ходе осуществления этапа основной упор делается на клинико-психопатологический и экспериментально-психологический методы работы. Часть диагностических методов осуществляется в ходе работы с группой несовершеннолетних, часть — в условиях индивидуальной диагностической работы.

Затраты рабочего времени специалистов (в расчете на группу из 20 несовершеннолетних) отражены в таблице 4.3. Сроки осуществления первого этапа (при условии работы бригады специалистов из 2 врачей-психиатров и 2 патопсихологов) (в расчете на группу из 20 несовершеннолетних) составляют 2-3 месяца.

(2) Этап педагогической коррекции различных форм отставания в обучении;

ведущие специалисты: педагоги, воспитатель;

основные задачи: формирование школьных навыков и базового уровня знаний по школьным учебным дисциплинам;

результат: приобретение школьных навыков и базового уровня знаний по школьным учебным дисциплинам, а также необходимых в процессе психотерапевтической и коррекционной работы навыков абстрагирования, визуализации представлений, группового взаимодействия и т.д.

(3) Этап специальной психотерапевтической помощи;

ведущие специалисты: врач-психиатр, клинический психолог;

основные задачи: в условиях индивидуальной и групповой психотерапии и психокоррекции осуществить основные психотерапевтические задачи: достичь сплоченности, обеспечить рост надежды на благополучный исход, единство, универсализацию форм реагирования, рост альтруизма, обмен информацией, межличностное обучение и личностный индивидуальный рост, развитие навыков общения, подражание другим членам группы, катарсис; добиться формирования стойких установок на здоровый и социальный образ жизни;

результат: приобретение навыков социального поведения и социально-одобряемых форм реагирования в субъективно и объективно сложных жизненных ситуациях;

Таблица 4.3

**Расчет рабочего времени специалистов
на этапе диагностики**

Но- мер	Вид работы	Специалист	Затраты времени на ребенка (час.)	Затраты времени на группу (час.)
1	Патопсихологическая диагностика в группе: личностные методики	Патопсихолог (клинический психолог)	3 (на интерпретацию данных)	63 (на исследование и на интерпретацию данных 20 человек)
2	Патопсихологическая диагностика в группе: агрессия, интеллект, уровень адаптации	Патопсихолог (клинический психолог)	3 (на интерпретацию данных)	63 (на исследование и на интерпретацию данных 20 человек)
3	Патопсихологическая диагностика индивидуальная: память, мышление, эмоции, воля, внимание	Патопсихолог (клинический психолог)	6 (на проведение исследования и интерпретацию данных)	120 (на проведение исследования и интерпретацию данных 20 человек)
4	Психопатологическая диагностика индивидуальная	Врач-психиатр	3 (на клинко-психопатологическое интервью несовершеннолетнего)	60 (на клинко-психопатологическое интервью 20 несовершеннолетних)
5	Обсуждение результатов, комплексная диагностика, определение стратегии психотерапии и педагогической коррекции	Врач-психиатр, патопсихолог (клинический психолог), педагог, воспитатель.	1 (на обсуждение результатов, комплексная диагностика, определение стратегии психотерапии и педагогической коррекции)	20 (на обсуждение результатов, комплексная диагностика, определение стратегии психотерапии и педагогической коррекции)
Итого:			16	326

Примечание: обсуждение результатов и интерпретация данных осуществляется без участия несовершеннолетних.

Для подростков в ходе реабилитационной работы можно использовать как групповые, так и индивидуальные коррекционные и психотерапевтические методы. Групповые формы не всегда возможны в отношении подростков группы риска по наркозависимости. Это связано с тем, что в группе начинают доминировать наиболее brutальные подростки (как правило, с органической церебральной патологией), что быстро приводит к конфликтам и практически парализует работу группы, естественные групповые процессы в которой подменяются постоянной борьбой за лидерство. Следует отметить: и индивидуальные, и (в ряде случаев) групповые формы терапии являются неотъемлемой частью реабилитационной программы, и если это возможно, следует использовать и групповую терапию, в пользу которой свидетельствуют: общие законы формирования групп, соответствующие принципам естественного построения структуры подросткового коллектива с присутствием лидера, «экспертов», группы поддержки («пелитона»), отверженных и оппозиции, образующих динамичную и крайне чувствительную к внешнему воздействию систему обоюдных внутренних отношений; приобретение подростками опыта положительного социального взаимодействия, закрепление социально одобряемых или хотя бы социально допустимых форм межличностного контакта в группе и на межгрупповом уровне; подростки получают от других членов группы необходимую им поддержку, делятся внутри группы информацией, которая воспринимается при передаче от сверстника более достоверной, нежели при получении от старших (врача, учителя, социального работника, сотрудника КДН), в зависимости от своих способностей и уверенности в своих силах они могут в части случаев выполнять активные роли, а части — оставаться зрителями, осуществляя таким образом общий групповой терапевтический эффект; группа способствует личностному росту, в ней легче выражать свое эмоциональное состояние, усваивать новые модели поведения, в том числе и в процессе взаимодействия с руководителем группы (психотерапевтом, психологом). Немаловажным плюсом групповой работы является экономический эффект: групповая работа значительно дешевле.

Затраты рабочего времени специалистов (в расчете на группу из 20 несовершеннолетних) отражены в таблице 4.4. Сроки осуществления третьего этапа (при условии работы бригады специалистов из 2 врачей-психиатров и 2 патопсихологов) (в расчете на группу из 20 несовершеннолетних) составляют 8-9 месяцев.

(4) Этап социально-психологической поддержки;

ведущие специалисты: социальный педагог, воспитатель, врач-психиатр;

основные задачи: формирование навыков самостоятельного социального функционирования (в рамках правового поля, в образовательной среде, микросоциуме, в т.ч. в семье);

результат: интеграция предыдущих этапов, социализация поведения.

Таблица 4.4

**Расчет рабочего времени специалистов
на этапе психотерапии**

№-мер	Вид работы	Специалист	Затраты времени на ребенка (час.)	Затраты времени на группу (час.)
1-6	Психотерапия в группе	Врач-психиатр	12 (в группе)	24 (на психотерапевтические занятия 2 подгрупп по 10 человек)
7-12	Индивидуальная психотерапия	Врач-психиатр	12 (на индивидуальные психотерапевтические сеансы)	120 (на индивидуальные сеансы с подростками из состава группы 20 человек)
13	Обсуждение результатов, определение стратегии психотерапии и педагогической коррекции, фармакотерапии	Врач-психиатр, клинический психолог, педагог	1 (на обсуждение результатов, определение стратегии психотерапии и педагогической коррекции, фармакотерапии)	20 (на обсуждение результатов, определение стратегии психотерапии и педагогической коррекции, фармакотерапии 20 человек)
Итого			25	164

Примечание: обсуждение результатов осуществляется без участия несовершеннолетних. Расчет часов на группу приведен исходя из минимального терапевтического сценария. По ходу работы в сценарий могут вноситься коррективы.

Этапы 1-4 представляют собой единую технологическую цепь медико-психолого-педагогической и социальной реабилитации детей и подростков — несовершеннолетних правонарушителей, беспризорных и безнадзорных. Она осуществляется на принципах междисциплинарного взаимодействия педагогов, психологов, социальных работников, врачей-психиатров. Наш опыт работы свидетельствует о достижении терапевтических целей в 65-70% случаев.

4.1. Общие принципы психокоррекционной помощи несовершеннолетним правонарушителям, беспризорным и безнадзорным

В качестве профилактических и комплексных реабилитационных мер, направленных на ресоциализацию несовершеннолетних правонарушителей и детей группы риска по совершению правонарушений и другим формам асоциальной активности, в том числе — беспризорных и безнадзорных, различными исследователями и практиками предложены сотни программ. Обобщая подходы разных авторов к проблеме асоциального поведения несовершеннолетних, можно сформулировать следующие положения.

1) Делинквентное поведение подростков является специфическим этапом социальной дезадаптации. По мере взросления делинквентность закрепляется в качестве поведенческого паттерна и продолжается во взрослой жизни в форме криминальной активности.

2) Формирование делинквентного поведения обусловлено фактором ранней десоциализации (в основном за счет семейной депривации и влияния асоциального окружения).

3) В основе формирования делинквентного поведения лежат механизмы депривации, конфликтно-стрессового вытеснения (отторжение от школы, социализированных сверстников) и идентификации с подражанием и фиксацией стереотипов асоциального поведения.

4) Для комплексной оценки делинквентного поведения необходимо учитывать: социальную ситуацию и десоциализирующие факторы, механизм формирования делинквентного поведения, клинические факторы, клинико-психопатологические факторы, включая возрастной и динамический аспекты, социальный прогноз. С учетом комплекса выявленных факторов необходимо проводить реабилитационные мероприятия.

5) Реабилитационные мероприятия должны проводиться в рамках учреждений не медицинского, а социального профиля, при участии врачей-психиатров в качестве консультантов.

Среди современных реабилитационных программ можно условно выделить 5 типов (Ремшмидт Х., 1994).

1) Программы творческой реализации. Их задача — демонстрация подросткам их индивидуальности и ценности для общества через творческую реализацию. Эти программы хороши для детей с сохранным интеллектом и без выраженных нарушений внутрисемейных отношений.

2) Программы трудовой реализации. В рамках этих программ основной упор делается на приобретение подростками трудовых и профессиональных навыков. Они более всего подходят для подростков со сниженным интеллектом и с выраженной органической церебральной патологией. При этом социальная работа с подростками требует вмешательства со стороны психиатра, который должен вести лечебную работу параллельно с программой социальной реабилитации.

3) Программы социальной реализации. Они наиболее оптимальны для подростков, составляющих группу риска по совершению криминальных актов. Эти подростки нуждаются в вовлечении в социальные мероприятия на уровне школы, клубов по интересам, спортивных клубов и т.д.

4) Программы ресоциализации. Включают в себя 2 этапа. На первом этапе решаются в основном педагогические и медицинские задачи, на втором — задачи в рамках программ 1 и 2. В программы ресоциализации целесообразно включать подростков с нарушениями семейных отношений, грубой педагогической запущенностью и стойкой криминальной активностью. Следует включать в эти программы несовершеннолетних с поведенческими нарушениями, вызванными психическим расстройством. На первом этапе подростки получают лечение и приобретают навыки обучения. На втором этапе в отношении подростков с расстройствами личности и поведения реализуется программа творческой реализации, в отношении подростков с интеллектуальной недостаточностью — программа трудовой реализации.

5) Комплексные программы ресоциализации. Используются в отношении подростков, страдающих наркоманиями и алкоголизмом, осужденных к лишению свободы и отбывающих наказание и т.д.

Таким образом, представляется возможным создать алгоритм распределения несовершеннолетних правонарушителей для

последующей реализации реабилитационных программ, учитывающий клинические и социальные факторы (см. рис. 4.1).

Мы уже отмечали важность групповой психокоррекционной работы с подростками. В ходе групповой работы в группе протекают параллельно несколько процессов, которые в совокупности (независимо от типа группы, формы руководства группой, направления терапии) приводят к следующим эффектам (Yalom I. D., 1966, 1975): сплоченности группы, росту надежды на благополучный

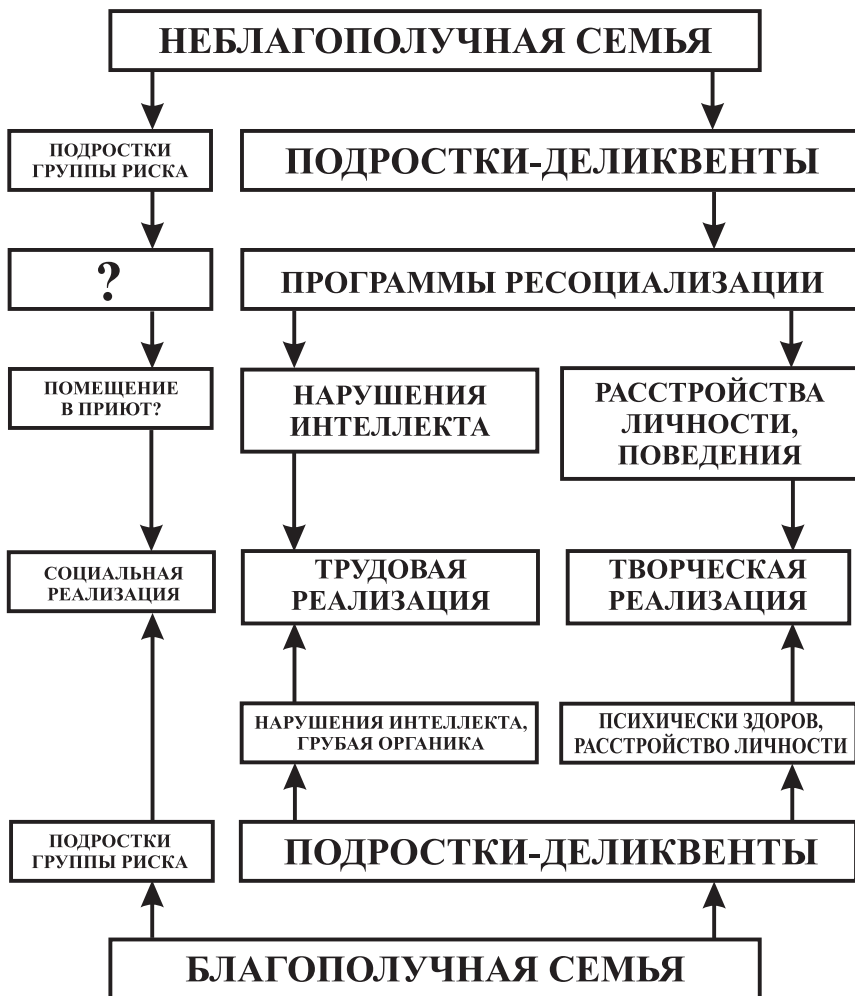


Рис. 4.1.

исход, единству, универсализации форм реагирования, росту альтруизма, обмену информацией, межличностному обучению и личностному индивидуальному росту, развитию навыков общения, подражанию другим членам группы, катарсису. Достижение катарсиса является переломным этапом в работе группы и конкретного участника: достигается облегчение, снимаются индивидуальные препятствия для продуктивной работы, растет уверенность в себе, что в целом отражается на качестве работы группы.

Среди форм групповой работы, которые могут быть применены в отношении подростков правонарушителей, следует выделить: тренинговые группы, гештальт-группы, группы арт-терапии, психодраматические группы, группы трансактного анализа, группы телесно-ориентированной терапии. Ниже мы подробно проанализируем работу указанных групп.

Тренинговые группы могут быть различными по составу. Одна и та же тренинговая методика может быть адаптирована для малых (5—7 человек), средних (8—15 человек) и больших (16—25 и более участников) групп. Разумеется, возможности по модификации методик не безграничны, но опыт показывает, что для работы с каждой новой группой в сценарий работы неизбежно вносятся изменения, что, однако, не мешает достигать поставленных перед группой целей.

Ряд авторов (Петрушин С. В., 2000) успешно работают с группами до 100 человек.

Тренинговая группа функционирует в качестве группы обучения (Bradford L. P. et al., 1964), группы самопрезентации (Luft J., 1970), позволяет осуществлять экспериментирование в области подачи информации, приобретения коммуникационных навыков, поведенческих навыков и разработку поведенческих стратегий. В последнем случае особенно важна возможность моделирования ситуаций и выработки поведенческих стереотипов, в том числе, если речь идет о ситуациях провоцирующих, имеющих внутренний «криминогенный заряд». Многие зарубежные исследователи, изучавшие опыт тренинговых групп (преимущественно в США и Канаде), давно пришли к выводу, что особую пользу групповая терапия оказывает на лиц, чьи внутренние установки и личные навыки расходятся с традиционными, в том числе — с доминирующими в группе (Luke R. A., Seashore C., 1977). Этот факт, в частности, позволяет объединять в единую группу детей из популяции социального риска и их «благополучных» сверстников: то, что оказывается неосуществимым в рамках школьного класса (большинство социально неблагополучных подростков становятся изгоями

в школьном коллективе), успешно реализуется в процессе тренинга. Итогом работы является таким образом, не только обучение, но и формирование коллективных отношений на качественно новом уровне (Майерс Д., 1996, Эллис А., 2002).

В качестве примера приведем план разработанного и апробированного нами тренинга, направленного на профилактику злоупотребления ПАВ подростками группы риска (Пережогин Л.О., 2003).

Употребление психоактивных веществ (ПАВ) (веществ, вызывающих зависимость), включая наркотические вещества, является проблемой номер один среди психических расстройств, формирующихся вследствие действия дизадаптационных механизмов. По современным статистическим данным, большинство наркоманов начинают употреблять наркотики в подростковом возрасте, и более половины лиц, регулярно употребляющих ПАВ, — подростки. Ведущее место в снижении числа наркоманов занимает профилактика наркотической зависимости, и в первую очередь — среди молодежи.

Главная отличительная черта профилактики наркотической зависимости — разъяснение подросткам не столько медицинских последствий употребления ПАВ, о которых подростки в общих чертах осведомлены, сколько последствий социальных. Для подростков особенно актуально мнение не медицинских экспертов, но их возрастного окружения, являющегося референтной группой в этот период. Наиболее эффективным методом профилактической работы являются в указанном контексте тренинговые занятия.

Предлагаемый тренинг рассчитан на 8 часов работы, большую группу — 20 человек. В ходе некоторых упражнений ведущему приходится выполнять роль игрока, что дает ему преимущество общения «на равных» с подростковой аудиторией.

Цель тренинга: обозначить проблемы, связанные с наркоманией, и предупреждение первого употребления наркотиков и других психоактивных веществ.

Задачи тренинга:

- 1) повышение уровня информированности детей о проблеме наркомании;
- 2) изменение отношения детей к наркомании;
- 3) формирование умения сказать «нет» наркотикам;
- 4) формирование мотивации к сохранению здоровья.

Тренинг включает:

- 1) введение, в состав которого входят игра-разминка, подвижные упражнения, знакомство в группе, сообщение тренером условий тренинга, правил работы,

2) оценку уровня информированности участников, их личного опыта,

3) игру «Спорные утверждения», в ходе которой участникам предоставляется возможность высказать свое мнение по самым острым вопросам,

4) показ фильма о зависимостях,

5) игру «Ассоциации», в ходе которой оценивается характер эмоционального восприятия зависимости подростками,

6) игру «Словесный портрет», где на основе выработанных ассоциаций участники описывают образ человека, злоупотребляющего психоактивными веществами,

7) ролевою игру «Семья», где участники, разбившись на команды, представляют сценки из семейной жизни наркоманов, лиц с зависимостью от алкоголя, токсических веществ,

8) ролевою игру «Марионетки», в которой участникам предоставляется возможность почувствовать себя в роли «ведомого», человека, лишённого права самостоятельного волеизъявления,

9) игру «Отказ», в рамках которой участники отрабатывают тактику вежливого, мотивированного отказа от предложений сверстников и старших «попробовать» ПАВ,

(10) заключение.

Подобный набор игр обусловлен важной последовательностью событий, положенных в основу сценария тренинга: от ознакомления с проблемой, постановки вопроса через эмоциональные переживания личного и микросоциального уровня к мотивированному отказу от ПАВ.

Остановимся подробнее на некоторых деталях тренинга.

В ходе игры разминки (как правило, подвижной игры с мячом) отмечаются связи в подростковом коллективе, выявляются будущие лидеры и изгои (по времени владения мячом, числу пасов), проходит знакомство (участники называют свои имена, поясняют, зачем они пришли на тренинг). Далее тренер сообщает цель тренинга и предлагает правила работы (могут быть дополнены или изменены без искажения принципиальных моментов, какими являются конфиденциальность — участники обязуются не разглашать друг другу фактов, которые они узнали друг о друге на тренинге; конструктивная критика — критикующий предлагает свое решение; правило «стоп» — участник, испытывающий в связи с той или иной темой сильные негативные переживания может остановить обсуждение; правило равноправия и права на голос; система наказаний за нарушения — штрафные баллы, приседания, прочитанные стихотворения; система поощрений — на основании

общего решения). Все участники тренинга по его окончании премируются организаторами (как правило, красивыми и интересными книгами).

Оценка уровня информированности проходит в форме «голосования ногами». Участники тренинга, отвечая на вопрос, расходятся по углам (идут к специальным табличкам), где указано «Знаю!» «Не знаю!» — в итоге те, кто знает ответ, рассказывают тем, кто не знает. Задача тренера — ненавязчиво дополнить или подкорректировать их мнение. Подобная схема используется и для игры «Спорные утверждения». Утверждения намеренно выбираются именно спорные — на них нет и не может быть однозначного ответа — как в силу неоднозначности позиций и наличия противоречивых доводов, так и в силу самого характера утверждений — например, утверждение «Надо легализовать коноплю» имеет и своих сторонников, и непримиримых противников, а эмоциональное «Наркоман — человек, потерянный для общества» имеет и подтверждающие, и опровергающие примеры. После «голосования ногами» подростки предъявляют друг другу свои аргументы, тренер корректно ведет спор по нужному сценарию.

Игры «Ассоциации» и «Словесный портрет» предполагают работу в командах. Как правило, к этому моменту определяются лидеры, которые и становятся капитанами. Команд может быть 2, 3 и даже 4 — все зависит от числа и состава участников. Распределение по командам лучше доверить капитанам — они сами в порядке очереди выбирают себе «игроков». Придуманные командой ассоциации капитаны (т.е. лидеры) должны будут не только назвать, но и подкрепить логически, эмоционально, или продемонстрировать в форме утрированного, гротескного «портрета». При рисовании словесного портрета эти ассоциации будут переданы команде соперников, которым не только придется их нарисовать (рисует участник с завязанными глазами), но и доказать, что их рисунок — именно то, что имела в виду (чувствовала) команда-оппонент. Задача тренера — вести счет, который в итоге определит (желательно — с минимальным разрывом) победителя, направлять мысль участников, формируя негативные ассоциации с понятиями «зависимость», «наркомания», «пьянство».

В игре «Семья» команды, получив по жребию задание, должны придумать и сыграть (в идеале — в виде пантомимы) маленькую семейную сценку, продемонстрировав зрителю (другим игрокам) ситуацию из семейной жизни наркомана, алкоголика. Участники тренинга сами распределяют роли, однако отмечается несколько типичных для игры сценариев: «позднее возвращение до-

мой», «визит участкового», «пропажа денег (вещей)», «ссора родителей», «вмешательство постороннего (обычно с целью защитить, наказать)». Сценки, как правило, изобилуют насилием (драка родителей, сосед бьет отца, милиция связывает старшего брата-наркомана, собака кусает пьяного и т.д.). Участники тренинга сами дают оценку сценкам. Она тем выше, чем точнее зрители поймут замысел сценки (распределение ролей, переживания участников).

Игра «Марионетки» отличается жесткостью, подростки часто реализуют в ней весь свой потенциал насилия. Тренеру следует приложить в ходе игры максимум своих качеств. Смысл игры очень прост: человек, страдающий зависимостью, в прямом смысле слова зависим от других. Он похож на куклу-марионетку «в чутких и натруженных руках» наркоторговца, главаря преступной группировки, лжедрузей. Перед группой ставят задачу: разделившись по трое, попеременно играя роль то куклы, то кукловода, осуществить перевод куклы через игровое поле — с положения «стоя на стуле» — до другого конца комнаты с подъемом на стул. Первый раз на роль, как правило, выходят лидеры. Измучившись от указаний кукловодов, они, сами заняв их место, вымещают свои проблемы на более слабых, последним жостается вдвойне... Это серьезное психологическое потрясение для многих подростков (да и взрослых), делаясь впечатлениями после игры, многие сообщают, что никогда еще не ощущали столь отчетливо «всего груза проблем связанного наркотиком человека».

В заключение тренинга участники разыгрывают игру «Отказ», где смоделированы условия, когда подростку предлагают алкоголь или наркотик. Задача подростка — не просто формально отказать, но и соблюсти при этом необходимые условия — сохранить свое достоинство, не спасовать, воспользоваться поддержкой друзей, мотивировать свой отказ.

В заключение тренинга подводятся итоги соревнования в командном и личном зачете, участники награждаются призами, получают подарки (книги). При минимальных затратах (помещение, мячи, мебель, листы ватмана и фломастеры есть в любой школе, бутерброды и чай по силам купить родителям, книги — самое дорогое — предоставляются, как правило, спонсорами) тренинг обходится весьма недорого.

Тренинг апробирован на подростках в Центре временной изоляции несовершеннолетних правонарушителей (ЦВИНП) ГУВД г. Москвы, учащихся спецшколы г. Анна Воронежской области, воспитанниках ряда детских домов и социальных приютов г. Москвы, учащихся средних школ. В общей сложности тренинговые

занятия были проведены с 415 несовершеннолетними 9—14 лет, из которых (по собственному признанию) 40% курили, более 30% регулярно, не реже 1 раза в неделю, употребляли алкоголь, 25% — токсические вещества (в первую очередь, клей), более 70% имели опыт употребления наркотиков (хотя бы однократный).

Таким образом, предложенный план тренинга отвечает основным принципам тренинговой группы: содержит элементы обучения, формирования группового стандарта поведения, приобретения поведенческих навыков, стратегий разрешения конфликтных и индивидуально трудно преодолеваемых ситуаций. Подобные тренинги показали достаточно высокую эффективность (Пережогин Л.О. с соавт., 2002). Развернутый план многодневного профилактического тренинга вынесен в Приложение 1.

Отдельный подход в рамках тренинговых групп демонстрируют представители бихевиористического направления. Основное отличие в работе групп в данном случае проявляется в намеренном подавлении групповых процессов, достигаемом авторитарным руководством тренера и отчасти — переносом на всю группу методов индивидуальной терапии без учета законов групповой динамики. Многие авторы рекомендуют подобную стратегию тренинга для подростков, поскольку именно в подростковом возрасте возникает необходимость делать выбор, порой определяющий всю судьбу человека. Задачи, которые ставятся в группах, здесь несколько иные: необходимо дать подросткам навыки межличностных отношений, удовлетворения потребностей, уверенности в себе, релаксации (Guerney В., 1977, Рудестам К., 1998). Классическим тренингом в рамках бихевиористического подхода обычно называют тренинг уверенности в себе. Он тоже важен в работе с подростками, т.к. предотвращает формирование гиперкомпенсаторного аномального поведения. С. Kelley (1979) сформулировал его основные задачи как усвоение того факта, что уверенное поведение — норма для современного общества. В качестве навыков уверенного поведения им выделены: право на одиночество, право на независимость, право на успех, право быть выслушанным и принятым всерьез, право получить то, за что заплатил, право действовать уверенно, в рамках своих прав, право отвечать отказом на просьбу, не чувствуя вины, право обращаться с просьбами любого содержания, право делать ошибки и отвечать за них, право не самоутверждаться, а просто жить. Поведенческие навыки, приобретаемые в группе, достигаются путем репетиций по заранее оговоренному сценарию (т.е. участники должны обязательно добиться запланированного исхода). Работа с участниками идет

по сценарию: разыграли сценку (ситуацию) — проанализировали — выявили ошибки — повторили. В ряде случаев это имеет хороший эффект, но часто вызывает у подростков естественный протест. К тому же всегда остается риск, что тренер, предлагая к усвоению те или иные поведенческие схемы, не в состоянии учесть все нюансы реальных жизненных ситуаций.

Гештальт-группы. История гештальт-групп неразрывно связана с принципами гештальт-терапии Ф. Перлза, разработанными на основе работ психоаналитиков, прежде всего — К. Хорни и В. Райха. Сам Ф. Перлз рассматривал гештальт-психотерапию как индивидуальную работу с пациентом. Сегодня, напротив, наиболее активно развивается ее групповая форма. Цель работы группы — достижение ее участниками зрелости (в понимании Ф. Перлза — оптимального состояния личности, возникающего при преодолении тревоги, страха, осознании своих возможностей и умения добиваться всего своими силами) путем перехода к новым, продуктивным формам поведения. Группа в данном случае оказывает каждому участнику поддержку, создает условия для переживания нового опыта, вносит в индивидуальную работу каждого участника элемент «драматизации», создает общий фон, которым является сам групповой процесс взаимодействия. В ходе групповой работы терапевт осуществляет шесть основных подходов в отношении каждого участника.

К ним относятся:

1) развитие навыков осознания (т.е. приобретение непосредственного опыта осознания и усвоения собственных переживаний здесь и сейчас);

2) интеграция полярностей: с точки зрения Ф. Перлза и его последователей, все, что мы воспринимаем как борьбу с другими, есть конфликт с самим собой; в рамках интеграции полярностей используют методики «горячего стула», «пустого стула», что похоже на ряд упражнений в психодраме;

3) облегчение доступа к чувствам — включает анализ чувств, в основном — путем разыгрывания ролей, в которых можно проявлять свои чувства: ролей родителей, учителя, товарищей, себя в детском (дошкольном) возрасте;

4) анализ фантазий и сновидений — включает перенос их в настоящее, переживание в условиях группы, отождествление с персонажами сновидений, в том числе — неодушевленными, проработка этих образов;

5) принятие ответственности — прежде всего на уровне применения личного отношения к своим действиям; например, один

и тот же тезис можно осознавать в различной степени личности: «подросткам нельзя пить водку» совсем не тождественно «мне нельзя пить водку» и тем более «я не буду пить водку»;

б) преодоление сопротивления — особый шаг, характерный для многих направлений психотерапии; для Ф. Перлза (1973) сопротивление выражается в том, что участник группы отказывается выполнять упражнения, как бы «вовремя одергивает себя»; как правило, сопротивление — следствие внутреннего напряжения, защиты и снимается путем установления доверительных отношений (прежде всего — с самим собой).

В нашей работе с подростками мы использовали упражнения на преувеличенное или противоположное поведение. Сначала подростков просили выбрать какое-либо поведение, которое каждому кажется наиболее нежелательным. В ряде случаев группа сама решала, какое поведение (которое сам участник за собой не замечает) следует проработать. Если участник не замечает за собой такой склонности, ему поручалось вести себя именно так, только максимально утрировать подобный тип поведения; если подросток признавал за собой ту или иную особенность, его просили вести себя нарочито противоположным образом. После двух-трех повторений в группе и оценки группой работы участника удавалось в 30-40% случаев ликвидировать или трансформировать данный поведенческий паттерн (Вострокнутов Н. В. с соавт., 2002).

Арт-терапия (терапия искусством, терапия творчеством) является одним из наиболее доступных и продуктивных методов работы с подростками. Основу работы составляет не столько сам процесс творчества, сколько общение с терапевтом на уровне символов, образов (Naumburg M., 1966).

Кроме работы с образами, сам процесс выполнения задания (картины, скульптуры, рисунка и т.д.) способен решить ряд проблем на пути к следующим целям:

1) наладить отношения между пациентом (группой) и терапевтом. Идеальный вариант — когда терапевт ведет занятия по арт-терапии один, если же ему помогает сотерапевт (художник), то их отношения должны быть гармоничными;

2) сконцентрировать внимание на собственных чувствах, переживаниях, проработать как зрительные, так и кинестетические ощущения;

3) повысить самооценку по мере достижения успехов в искусстве, приобретения технических навыков живописи, ваяния;

4) получить материал для психологической и психотерапевтической оценки, интерпретации рисунков;

5) проявить (пускай в символах) чувства и ощущения, которые пациент привык подавлять или не склонен делиться ими с терапевтом открыто.

Задания в ходе терапевтической работы носят характер спонтанного творчества или выполнения сформулированных терапевтом сюжетов. Следует учитывать, что арт-терапия является не столько самостоятельным направлением в терапии, сколько представляет собой реализацию основных идей психоанализа, гештальт-терапии, гуманистического направления психотерапии в целом (Бетенски М., 2002). Этим определяется практически неограниченный набор упражнений и техник, которые могут быть использованы. В работе с подростковыми группами арт-терапия является одним из перспективных направлений.

В ряде случаев арт-терапевтический эффект реализуется спонтанно, например в процессе обучения подростков рисованию, шитью, лепке, резьбе по дереву. Нам приходилось наблюдать занятия кружков резьбы и мягкой игрушки в спецшколе для подростков с девиантным поведением (г. Анна Воронежской обл.). За год занятий в группе подростков, систематически посещающих занятия, наблюдались классические процессы групповой динамики, при самостоятельной работе по мере освоения техники появлялись символические сюжеты, творческая реализация подростков находила выход в конструировании и воплощении принципиально новых моделей, что сопровождалось в ряде случаев осознанной личностной оценкой символов и образов, использованных в авторской работе. В целом можно было констатировать, что работа группы привела к личностному росту ее участников, в значительной мере обогатила их внутренний мир, способствовала смягчению, гуманизации отношений. Для некоторых подростков появилась возможность профессиональной реализации, что сопровождалось ростом самооценки. Вероятно, привлечение к работе профессионального психотерапевта позволило бы получить еще более значимые результаты.

Группы психодрамы. Центральное место в психодраме занимает ролевая игра. В какой-то мере психодрама опирается на имеющиеся у каждого человека актерские способности, но между театром и ролью в психодраматической постановке существует принципиальное различие: в психодраме нет сценария, царит спонтанность, произвольный выбор ролей, достигающих гротескного воплощения. Итогом психодраматических упражнений должны являться катарсис и инсайт, т.е. внезапное обретение понимания сути проблемы, ключа к разгадке. В процессе классической пси-

ходрамы последовательно осуществляются три стадии: разминки (предшествующая действию стадия релаксации и вживания в роли), собственно действия и интеграции (анализ действия). Как правило, в подростковых группах реализовать все приемы психодрамы не представляется возможным, но часть техники и методов можно перенести в другие формы групповой и индивидуальной терапии.

Нами использовались техники кататимно-образной психотерапии, занимающей промежуточное положение между символдрамой и техниками визуализации при эриксоновском гипнозе (Карл Г., Бойз Д., 2002, Вострокнутов Н.В. с соавт., 2004). В этом случае психокоррекционный подход предполагает направленную проработку (свободное фантазирование) на определенные темы, являющиеся символическим отражением основных проблем ребенка (проблем общей адаптации).

Целенаправленное визуально-образное представление глобальных «архитипических», символических образов всегда носит глубоко индивидуальный характер, отражает личностно значимые стороны ребенка и, естественно, его основные проблемы. Данный терапевтический подход прекрасно зарекомендовал себя в современной психотерапии, являясь одним из наиболее признанных методов личностного роста, а также лечения детских невротических расстройств.

После 10—15-минутного знакомства — разговора о школе, проблемах, интересах, текущих событиях — приступают к занятию. Ребенка просят максимально расслабить руки, ноги, как будто он собирается немного подремать, сделать несколько глубоких вдохов. Такие инструкции на релаксацию даются в течение 2—4 минут. Затем дается вводная инструкция типа: «Теперь попробуем проверить, как ты умеешь рассказывать истории, фантазировать».

Предлагается первый сюжет: «Я прошу тебя представить какое-нибудь открытое место — поле, луг или поляну»; «ты можешь представлять это с открытыми или с закрытыми глазами, как тебе удобнее». После короткой паузы ведущий спрашивает у ребенка, что ему удалось представить. Дети легко выполняют просьбу, воображая предлагаемый сюжет. В дальнейшем ведущий задает наводящие вопросы, как бы подталкивая цепь воображаемых представлений ребенка, не давая наводящей информации. Все вопросы носят общий, не конкретный характер: например, если ребенок сказал, что он представил себе луг, следует попросить описать его подробно, что он там видит, помогая ему

репликами типа «что еще?...», «что впереди?...», «по бокам?...», «сзади?...», «какое время года?...», «какое у тебя настроение?...»

Не следует индуцировать ответы ребенка вопросами типа: «Есть ли где-то лес..., трава под ногами зеленая?...», «много ли цветов на лугу?...», т.е. постараться обеспечить максимальную спонтанность ответов. Если ассоциации ребенка «уводят» его от предлагаемой фабулы, следует вернуть его к заданной теме поля, луга. При этом предлагается полная свобода поведения на этом лугу; его просят рассказать о том, что он бы стал там делать — «загорать», «рвать цветы», «бегать» и т.д.

Первые занятия такого типа продолжаются 10—15 минут, в дальнейшем их можно увеличить до 20 минут. Занятие заканчивается пятиминутной беседой о самочувствии, настроении, планах.

Сюжет поля, луга является базовым, символически отражающим «поле жизни», пространство индивидуального существования. В норме здоровые люди, в том числе и дети, представляют зеленый луг или поле в середине лета, с яркими цветами в солнечный день. Сюжет поля (как любой другой) сочетает в себе желания и мечты: радость, безмятежность, безоблачность существования, что даруется зеленью, цветами, ярким солнцем.

Состояние хронического стресса, тревога, депрессия четко отражаются на характере воображаемых представлений.

На втором занятии ведущим сюжетом является представление ручья. Как и в сюжете «поле», ведущий направляет воображение ребенка репликами: «какой ручей?...», «какая глубина?...», «что там еще?...» и т.д. Если ребенок ярко представляет себе сюжет, легко фантазирует, можно попробовать искупаться в чистой воде, попить ее, спрашивая при этом, какие ощущения он испытывает. Сюжет ручья, воды является не только важным вводным упражнением, но и может давать информационно-диагностический материал. Так, если ручей представляется пересохшим или мутным, это может указывать на серьезные проблемы во взаимоотношениях раннего детства, связанных с недостатком любви, защищенности.

Воображаемое купание, питье чистой воды имеют определенный целительный смысл, символически «очищая» ребенка.

К третьему занятию вся процедура сеанса становится для ребенка привычной. Ведущий просит его устроиться удобнее и вновь представить картину луга, что дети делают без затруднений. После короткого вводного представления поля, луга просят ребенка «увидеть» на этом поле «фигурку человечка или какого-либо иного существа». Представление человека, символически выражающего внутреннее «Я» ребенка, его собственный собира-

тельный образ, вынесенный вовне, иногда встречает внутреннее сопротивление. В традиции психоанализа считается, что это связано с негативным и аутоагрессивным самовосприятием, бессознательным нежеланием смотреть правде в глаза в отношении самого себя. Этот барьер легко преодолить, и, когда ребенок начинает уверенно фантазировать на тему «человека», следует попросить его руководить этой фигуркой: дать воображаемому существу команду поднять руку, опустить, попросить его пройти влево, затем направо и т.п. К концу занятия ребенок обычно легко воображает на данную тему, с интересом манипулируя фигуркой. Воображаемый образ в процессе занятий быстро приобретает те черты и качества, которые ребенок хотел бы видеть в себе. Дети легко «примеряют» к себе этот образ, активно вживаются в него, получая ощущение защищенности и уверенности.

Занятие четвертое и пятое посвящены формированию в образе «идеального Я», чаще всего проецируемого в будущее, признаков «сильного и доброго начала». Ребенка просят в деталях описать этот новый сильный образ, который он сам чувствует и строит, наделяет телесными, физическими чертами с чувством уверенности в себе, внутренней и внешней силы. Во время занятия ставится задача максимально наполнить этот образ чувственным компонентом и сделать близким реальному пациенту.

В течение занятия несколько раз через интервалы релаксации возвращаем ребенка к позитивному образу и закрепляем его.

Шестое занятие чаще всего является итоговым, так как к этому времени дети легко включаются в воображаемую ситуацию. Фабула занятия представляет собой проигрывание сближения «Я реального» и «Я позитивного», символизирующего успешность, силу, уверенность в себе. К этому занятию оба образа, связанные с ними ощущения становятся максимально конкретными: «позитивный» — сильный, крепкий, с соответствующими чертами уверенного поведения и «Я реальный» со своими слабыми и сильными сторонами. Вместо боя на протяжении всего занятия отрабатывается в чувственно конкретной форме «растворение» «Я позитивного» в «Я реальном», причем между ними налаживается внутренний диалог. По нашему мнению, внутренняя диалогичность является тем костяком будущей критичности поведения и состояния, которая создает предпосылки для уверенного в себе, овладевающего поведения.

Шесть занятий представляют тот минимум, который предусматривает психотерапевтическая часть психокоррекционной программы.

В психокоррекционной программе заложены следующие основания:

(1) аспекты поведения прорабатываются в символической, близкой ребенку образно-сюжетной форме; (2) учитываются основные направления мотивационного характера — стремление обрести силу, значимость и защищенность в мире; (3) формируются чувственно-образные позитивные установки в силу интенсификации процессов активного и пассивного воображения; (4) через игровую ситуацию создаются условия для раскрытия здоровых, естественных ресурсных возможностей организма.

Техника сравнительно легка для освоения и может широко использоваться как врачами, так и педагогами и психологами после их соответствующего обучения.

Трансактный анализ создавался и получал распространение в основном благодаря работам Э. Берна. С точки зрения Э. Берна, каждая личность осуществляет свою деятельность в одной из трех ипостасей: ребенка, взрослого и родителя. Обмен взаимодействиями между состояниями личности людей и принято называть трансакциями. Совокупность трансакций, в результате которых человек добивается желаемого результата, манипулируя другими, как правило, в ущерб последним — это и есть игра (в том смысле, который вкладывал в это понятие Э. Берн). Э. Берн предполагал, что жизнь — это реализуемый человеком сценарий, сформированный в детском возрасте. Поэтому, если основной сценарий жизни искажен, непродуктивен или приводит (почти неизбежно) к печальным последствиям, то работа в группе трансактного анализа должна помочь осознать сценарий и переориентировать его. Часто для этой цели используются ролевые игры.

В середине 1970-х годов группы трансактного анализа были созданы в США в центрах по реабилитации заключенных. По предположению М. Groder (1976), систематическое противоправное поведение является одной из форм «игр, в которые играют люди»; продолжительная работа в группах дала хороший результат: уровень рецидивной преступности среди правонарушителей, проходивших реабилитацию в группах М. Groder, оказался почти вдвое ниже, чем в контрольной группе.

Трансактный анализ хорошо подходит для работы с подростками: это динамичная, оптимистичная и увлекательная форма групповой работы. Отчасти недостатком трансактного анализа является игнорирование (формальное, по крайней мере) про-

цессов групповой динамики. Часто сеансы трансактоного анализа проводят параллельно в группах детей и родителей. Это позволяет достичь взаимодействия, реконструирует семейные отношения.

Телесно-ориентированная терапия — широкое понятие.

Различные формы терапевтической работы объединяются в это направление благодаря тому, что первичное внимание здесь уделяется реакциям со стороны тела пациентов. Особое внимание в ходе работы уделяется дыханию, позам, мышечному тону и двигательным упражнениям. В ряде случаев в ходе групповой работы применяют упражнения в парах, иногда группа выполняет упражнение, предложенное одним из участников. В выборе упражнения отражается зачастую скрытый символизм, поэтому у многих членов группы упражнение может вызвать глубокие переживания (Pierrakos J. C., 1978). В ряде случаев для снятия мышечного напряжения в процессе работы приходится использовать массаж или подобное массажу воздействие.

В ряде случаев нам приходилось отказываться от форм групповой работы в пользу индивидуальных занятий (Вострокнутов Н.В. с соавт., 2004). Это случалось прежде всего в тех случаях, когда среди потенциальных участников группы уже заранее были выявлены подростки, имеющие органический дефект, либо с большим стажем употребления токсических веществ. В силу своей агрессивности, брутальности они изначально претендуют на роль лидеров и способны парализовать работу группы.

Индивидуальные занятия проводятся в уютном помещении, относительно изолированном от внешних раздражителей, не напоминающем обстановку класса или учительского кабинета. Ребенку предлагают сесть в мягкое кресло и чувствовать себя непринужденно. После 10—15-минутного знакомства — разговора о школе, проблемах, интересах, текущих событиях — приступают к занятию. Ребенка просят максимально расслабить руки, ноги, как будто он собирается немного подремать, сделать несколько глубоких вдохов. Такие инструкции на релаксацию даются в течение 2—4 минут.

После знакомства и выяснения проблемы подросткам объясняют, что их собственный организм обладает мощными ресурсными возможностями и поэтому в процессе психокоррекционного сеанса им необходимо довериться своему телу, своим ощущениям и просто наблюдать за ними. Таким образом, перед началом сеанса осуществляется психотерапевтическое наведение, создающее установку на восстановление нарушенных функций и общее

укрепление организма. Данная процедура, по сути, является сочетанием внушения в бодрствующем состоянии и рациональной разъяснительной психотерапии.

Дается инструкция удобно устроиться в кресле и закрыть глаза: «Внимательно прислушивайтесь ко всем своим ощущениям; описывайте все изменения в ощущениях, которые сейчас происходят. Внимательно наблюдайте за ними и рассказывайте. Какие образы возникают перед внутренним взором? Какие чувства и эмоции возникают по этому поводу?»

Одновременно большое внимание уделяется дыханию пациента. Предлагаем сосредоточиться на дыхании: «Как вы ощущаете свое дыхание? Какие ощущения на вдохе, какие на выдохе? На что похожи эти ощущения? Внимательно наблюдайте и рассказывайте. Какие чувства они вызывают? Какие образы возникают при этом?»

Работа проводится в спонтанно возникающем измененном состоянии сознания, которое наступает во время концентрации внимания пациента на своих телесных ощущениях, чувствах и эмоциях, вызванных этими ощущениями, и мысленных образах, возникающих в связи с этими переживаниями.

Любые ощущения и переживания, возникающие во время сеанса, имеют значимый характер, поэтому появляется возможность выявить травмирующие ситуации, являющиеся причинами проблемы; отреагировать «блокированные» эмоции и помочь организму «включить» ресурсные возможности.

Практически во всех наблюдениях отмечается усиление напряжения в отдельных мышечных группах и участках тела. Эти ощущения становятся все более полиморфными и интенсивными по мере сосредоточения внимания.

В связи с этим возникает необходимость использовать приемы телесно-ориентированной терапии: легкий массаж воротниковой зоны и спины, наложение рук на участки мышечного напряжения, что, как правило, вызывает ощущения тепла, чувства доверия к терапевту и к происходящим при терапии изменениям. В ряде случаев возникает состояние возрастного регресса, что позволяет глубже войти в состояние измененного сознания.

Если несовершеннолетний воздерживается от выражения своих образов-представлений, каких-либо мыслей или чувств, то он произвольно задерживает дыхание, так как это форма сопротивления. В этом случае предлагаем глубоко и медленно дышать животом, что, как правило, оживляет подавленные эмоции.

Наблюдаются следующие формы реагирования:

- 1) комплекс сенсорных ощущений;
- 2) зрительно-образные представления, отражающие проблемы и напоминающие трансперсональные переживания;
- 3) смешанный тип реагирования.

1. Комплекс сенсорных ощущений. При этом, как правило, возникают эмоциональные (чувство тоски, тревоги со слезами или чувство уверенности, эмоционального подъема, радости...) и мышечные (от легких форм мышечного напряжения до мышечных спазмов) ощущения. Одновременно наблюдается экспрессивная мимика, выразительность жестов, стереотипная повторяемость движений, например как при плавании или ходьбе. Тактильные ощущения характеризуются чувством жара, холода, реже ощущением «холодного потока», проходящего сквозь тело, покалыванием, жжением, онемением на определенных участках тела, ощущением «свинцовой» тяжести или легкости, как бы невесомости и т.д.

2. Зрительно-образные представления — трансперсональные переживания, отражающие проблемы. Основным признаком данной формы реагирования является обилие зрительных образов, сменяющих один другой. Представления воспринимаются несравненно чувственнее, острее, чем при самом образном воображении у конкретных пациентов. Они часто имеют сценоподобный характер, сопровождаются живым личностным участием. Это поражает воображение пациентов, поэтому они активно начинают давать трактовку этих переживаний, связывая их с проблемами и событиями в своей жизни.

3. Смешанный тип реагирования — комплекс сенсорных ощущений и ярких трансперсональных переживаний (экстатические переживания свободы, невероятной мощи, космических полетов; битв и сражений по мифологическим сюжетам, ощущение перевоплощения себя в сказочные персонажи, в животных, в неодушевленные предметы и т.д.).

Характер переживаний в основном зависит от исходного уровня тревожности и во многом ею определяется.

Задача специалиста — в измененном состоянии сознания оживить и усилить подавленные чувства, эмоционально выразить их, и тогда через соматотелесное реагирование происходит восстановление функций организма, слом старых сложившихся стереотипов в поведении и сложившихся психологических защит. Одновременно происходит скачкообразный выход на новые формы адаптации к социуму.

4.2. Ситуационно-ориентированные коррекционные программы в составе комплексной помощи несовершеннолетним правонарушителям, беспризорным и безнадзорным

Одной из важнейших проблем оказания помощи несовершеннолетним правонарушителям, непризорным и безнадзорным является адаптация несовершеннолетних к новым условиям жизни — в семье или в социальном учреждении, спецшколе. Дети, изъятые из неблагополучных семей, дети, помещенные в психиатрические или соматические клиники, реже дети из семьи, которые перенесли похищение или его попытку, а затем возвращение в семью нуждаются в реабилитационном воздействии. В любом случае, изъятие из семьи — особая форма психической травмы, обуславливающая комплекс психопатологических и патопсихологических феноменов и требующая в дальнейшем осуществления реабилитационных мероприятий. Для детей, с которыми проводится комплексная коррекционная и реабилитационная программа, предложенные нами методики становятся частью общей терапии.

В отношении детей, перенесших разлучение с семьей, особенно в тех случаях, когда оно сопровождалось насилием, сексуальной эксплуатацией, принудительным трудом, необходимо осуществлять последовательную многоэтапную реабилитационную программу, в которой в процессе работы с ребенком сотрудничают специалисты различных социальных практик: врачи (прежде всего — психиатры-психотерапевты), клинические психологи, социальные работники, педагоги. В данном случае педагогам и психологам достается последняя в хронологическом порядке, но очень важная роль специалистов, завершающих реабилитационную программу. В отношении же детей, составляющих группу риска, роль педагога-психолога, осуществляющего профилактические меры, первична. К сожалению, в большинстве случаев специалисты, работающие с детьми, перенесшими разлучение с близкими, в образовательной среде, недостаточно подготовлены в области психолого-педагогических методов коррекции, чтобы действовать самостоятельно. Это приводит к необоснованному перекладыванию завершающих реабилитационных этапов на плечи врачей-психиатров (психотерапевтов), что приводит к ряду негативных последствий, в частности — явлениям госпитализма, стигматизации, что в итоге негативно сказывается на социальном функционировании ребенка в целом.

Чтобы избежать вышеуказанных последствий, нами разработана и адаптирована к использованию специалистами социальных практик программа коррекционных мероприятий, которые могут быть использованы, в зависимости от расстановки акцентов, как в качестве профилактических, так и в качестве реабилитационных, завершающих курс восстановительной терапии. Данный цикл рассчитан на 10 занятий, проходящих с интервалом 1-2 раза в неделю в одновозрастной однополой или смешанной группе. В качестве ведущего занятий наиболее предпочтителен педагог (педагог-психолог), прошедший специальное обучение.

Базой для апробирования программы послужил Центр психолого-педагогической реабилитации и коррекции «Крестьянская застава» Управления образования ЮВАО г. Москвы. Научно-методическое руководство осуществлялось специалистами ГНЦ Социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского Росздрава.

Программа включает в себя три этапа занятий.

Прежде, чем приступить к работе, психолог, педагог, которому предстоит проводить профилактические или реабилитационные занятия в детской или подростковой группе, должен:

1. Заручиться согласием родителей (иных законных представителей) детей, которые будут заниматься в профилактической (реабилитационной) группе. Каждый родитель должен быть ознакомлен с целями групповой работы, методами работы, и дать свое информированное письменное согласие. Отсутствие такого согласия позволяет считать действия педагога противоправными и преследовать его в установленном законом порядке.

2. Выяснить пределы собственной компетенции, убедиться, что его квалификация и опыт достаточны для самостоятельной психокоррекционной работы с детьми. Желательно 1-2 цикла занятий провести при активном содействии врача-психотерапевта.

3. Обратиться за помощью к компетентным специалистам (врачу психиатру-психотерапевту, клиническим психологам) или в специализированную службу с целью предварительного отбора детей для работы в группе.

4. Пройти обучение методам работы, которые он собирается использовать в профилактической (реабилитационной) группе и (желательно) участвовать в реабилитационной работе в качестве ассистента у более опытного специалиста.

5. Хорошо представлять себе не только ход плановых реабилитационных (профилактических) мероприятий, но и возможные внештатные ситуации и пути их эффективного преодоления.

Набор группы необходимо поручить специалистам: врачу психиатру-психотерапевту, обладающему навыками групповой психотерапевтической работы, либо клиническому психологу, знакомому с приемами составления психотерапевтических групп. В любом случае, реабилитационная или профилактическая группа формируется не спонтанно.

Главное, в чем должны быть уверены психологи, приступающие к работе с группой: (1) в группе все дети психически здоровы, а если группа реабилитационная — то они уже прошли психиатрическую диагностику, а если необходимо — то и лечение, и в настоящий момент не нуждаются в специальных лечебных мероприятиях; (2) группа составлена из детей приблизительно одного возраста, равных по интеллектуальным возможностям, из единой социальной среды; (3) в группе нет детей, существенно отличающихся от других по этническим, культуральным, религиозным признакам, детей с ограниченными возможностями.

Каждый ребенок должен быть в целом адаптирован к условиям работы в коллективе, уметь общаться со сверстниками, владеть навыками чтения и письма, быть ориентированными на групповые формы работы. Перед началом работы с каждым ребенком желательно пообщаться индивидуально, гарантировать ему конфиденциальность, безопасность, защиту. При необходимости следует приглашать на индивидуальные беседы и родителей (отдельно от детей), вести с ними разъяснительную и просветительскую работу, включать в жизнь «профилактического» (по аналогии с терапевтическим) сообщества.

Следует помнить, что для детей допубертатного возраста лучше использовать однополюые группы, для более старших — смешанные. В группе должны работать двое психологов-педагогов, идеально — мужчина и женщина. Состав группы — 8-10 человек. Оптимальная продолжительность занятия составляет 1,5-2 часа еженедельно (два раза в неделю). Стоит предусмотреть в ходе занятий перерывы, в том числе (если это необходимо) для питания. Помещение, предназначенное для работы с группой, должно быть достаточно просторным, чтобы дети могли поиграть в подвижные игры. Последнее занятие оформляется как праздник, знаменующий собой преодоление имевшихся проблем (достижение нового уровня знаний о безопасности).

На первом этапе неизбежно приходится сталкиваться с проблемами группообразования. В случае, если специалисты (врач-психотерапевт и психологи) проделали свою работу тщательно и

квалифицированно, процессы группообразования носят вполне стереотипный и легко прогнозируемый характер.

На первом занятии следует сделать такие шаги:

1. Определиться с правилами поведения в группе, установить систему поощрений и наказаний (они должны быть разумными! В группе мальчиков хорошо помогают приседания и отжимания, для девочек — чтение стихов и т.д. В более старших группах наказания должны быть одобрены группой. Ни в коем случае нельзя унижать участников реабилитационного процесса и применять насилие!).

2. Уделить внимание каждому, что повысит его самооценку и послужит формированию групповой сплоченности. Объяснить детям доступно цель групповой работы. Дать каждому возможность подчеркнуть свою индивидуальность. Продемонстрировать, что никто не будет ущемлен, обижен. Необходимо скорректировать возможные агрессивные выпады в адрес терапевта.

3. Выполнить упражнение группового рисунка. Для этого всем детям выдаются карандаши, фломастеры, они сами решают, что будут вместе рисовать, какая будет у каждого роль. Задача ведущего: ненавязчиво показать детям как лучше договариваться друг с другом; отметить для себя, какой тактики придерживается каждый ребенок в групповом общении.

На втором занятии начинается более глубокая групповая работа. В частности, следует выполнить такие упражнения, как:

1. Упражнение на осознание особенностей своего поведения. Самое простое: ребенок должен рассказать, что он представляет собой как член своей семьи, ученик своего класса, участник реабилитационной (профилактической группы).

2. Упражнения на знакомство. Участники делятся на пары, а потом берут друг у друга «блиц-интервью»: Как тебя зовут? Сколько тебе лет? С кем ты живешь? Что ты любишь делать? Кем ты хочешь стать? О чем мечтаешь? Что тебе нравится в самом себе? Что не нравится? и т.д.

3. Упражнения на групповую сплоченность. Дети обсуждают вместе или по парам где можно найти себе друзей, как найти друга (подругу), чем дружба похожа на меня, и чем отличаются, кто мой друг, как к нему относятся мои родители, учителя, знакомые, где возможная граница отношений между друзьями и т.д.

4. Провести ролевую игру, например: группа сверстников остались без взрослых (например, в летнем лагере). Возможные роли: Крутой пацан, Спортсмен, Ботаник, Любимчик, Красотка, Кукла, Зубрилка, Стервочка и т.д. Роли можно раздавать и вполне

соответствующие, и противоположные типу участника группы. Попутно придется рассказать об особенностях характера, подать пример терпимости.

На третьем занятии отрабатываются навыки вербализации собственных чувств (с целью снижения вероятности их неадекватного проявления в поведении). Необходимо уделить особое внимание преодолению неприятных чувств, таких как страх, гнев, беспомощность, одиночество; важно показать силу эмпатии, сопереживания, поддержки. Надо дать детям навык самооценки, установления связи своих чувств с поведением. Помогут следующие упражнения:

1. Дети могут рассказать, как проявляют свои чувства, например, обсудить вопросы: когда я чувствую ... я стараюсь остаться один, когда мне ... я не могу делать уроки, когда я ... то готов подарить другу самую лучшую игрушку (книгу, украшение), когда я ... я больше ем (потею, хочу в туалет) и т.д.

2. Пантомима (или вербальное представление) позитивных и негативных ситуаций (я получил пятерку; меня не пустили в кино; надо мной все смеются; у меня красивые джинсы; у меня украли деньги; я, кажется, подвернул ногу; я почему-то боюсь ...)

3. Я чувствую, что (хочу плакать, убегу, виню себя в том, что..., понимаю, что...) — коллективное обсуждение проблемы каждого.

Следует отметить, что в процессе групповой работы в каждой группе происходит определение лидеров, аутсайдеров, выстраивается довольно строгая иерархия, определяются стили взаимодействия. Эти процессы должны находиться под контролем терапевта.

Второй этап занятий — более ответственный этап, основная задача которого существенно отличается в реабилитационной и профилактической группах. В реабилитационной группе акцент ставится на причинах произошедшего и на поиске пути преодоления случившегося и окончательного размежевания с негативным образом пережитых событий; в профилактической группе акцент делается на избавлении от тех особенностей поведения, индивидуальных черт, провокативных привычек, которые способствуют повышению индекса риска.

На четвертом занятии:

В реабилитационной группе: делимся выстраданным. Дети «по секрету» могут сообщить педагогу (друг другу) что с ними произошло однажды... Можно усилить диссоциацию на уровне фантазий (однажды я видел(а) фильм, где ..., потом случилось ..., одна-

ко, к счастью ..., он(а) теперь дома, и ...). Следует прибегнуть к упражнениям, как:

1. Письмо тому, кто меня обидел. Знаешь ..., я давно хочу сказать тебе, что ... и ты ... С тех пор прошло ... многое, к счастью, изменилось. Я ... И вот теперь я вспоминаю о случившемся ... чувствую, что ... Хочу тебе сказать ... Если мы вдруг встретимся ... и т.д.

2. Рассказ о спасении. Как-то раз ... и я заметил(а), что... вдруг ...и тогда ...Я понял(а) что теперь... Жизнь так изменилась! У меня ... и т.д.

В профилактической группе упор следует делать на формирование навыков идентификации опасности, самозащиты, умения позвать на помощь, привлечь внимание окружающих, сообщить сведения о себе. Следует обсудить такие вопросы, как: крик, что кричать, сопротивление, как больнее укусить, куда бежать, кто поможет в беде, как найти милиционера (полицейского) и т.д.

На пятом занятии: в реабилитационной группе ребенок должен научиться находить поддержку от окружающих. Он должен проработать чувство вины за свои неправильные поступки, свою тревогу за те моменты, в которых ему, возможно, грозит непонимание сверстников и взрослых, найти в себе внутренние резервы для преодоления негативных событий и личностного роста. В процессе работы можно использовать:

1. Ролевую игру. Что будет, если я расскажу другу (врачу, учителю, родителям) о том, как ...Однажды я пытался рассказать ... о случившемся, и ...Следует обсудить возможное поведение взрослых, и, в частности, должностных лиц (сотрудников полиции, судьи, социального работника, учителя) в ответ на возможный рассказ о негативных событиях. Хорошо, если кто-то из детей правдоподобно сыграет взрослую роль.

2. Диалог с родителями (учителем, другом). Знаешь, когда все это случилось ... Я порой думал(а), что ... Так хотелось тебя спросить ... Можно я иногда ... Еще хочу сказать, что ...

В профилактической группе упор делается на доверии старшим (родителям, учителю, полиции) и на способности вовремя и без стеснения попросить помощи. Следует уделить особое внимание приемам взаимодействия со старшими. Как отличить в толпе среди незнакомых людей того, на чью помощь можно рассчитывать? Как выглядят честные люди? Кто может за тебя заступиться? Что скрывается за эксцентричным (чужаковатым, странным) обликом взрослых? Стоит ли доверять ... и т.д.

Ребенок (реабилитационная группа) должен пройти через этап осознания своего «возвращения», понять, что он никогда не вернется в те условия, откуда его вызволили. Он должен знать, что его никто не осудит. Можно провести следующие упражнения:

1. Что обо мне думают (друзья, родители, соседи)? Возможно, что я ...? Почему? А если все узнают, что со мной случилось? Что будет? Они подумают, что ...Почему? А если бы произошло ..., мне стало бы легче.

2. Как изменилась моя семья? Что было в семье до моего исчезновения? Что стало с семьей после того, как я вернулся домой? Что чувствует (мама, папа, бабушка, брат)? Кто больше всех рад тому, что я вернулся? Какие изменения они нашли во мне? Я изменился в лучшую (худшую) сторону? Что мне нужно изменить в своем поведении, чтобы в семье встало на свое место?

На шестом занятии: ребенок учится заботиться о себе самостоятельно — самому думать о своих проблемах в школе, принимать взвешенные решения в общении с друзьями и старшими, избегать опасных ситуаций. Ребенок должен усвоить: он достаточно взрослый, чтобы позаботиться о себе во многих вопросах, он знает свои права и права окружающих, он способен распознать опасные ситуации и готов постоять за себя, ему известно, у кого и как просить о помощи.

Помогут следующие упражнения:

1. Мне нравится в ... Дети пишут в адрес каждого участника группы, что им в нем нравится. Потом каждый может узнать, что думают о нем другие.

2. Каким я вижу самого себя? Каждый описывает себя, кто каким себе кажется. Другие дети обсуждают, что из сказанного правда. В агрессивной группе можно трансформировать игру: каким я вижу себя через два года? Учитывая субъективную важность внешности для подростков, можно всегда учесть, что за два года многое изменится к лучшему.

3. Что я должен делать, если...? Полезно провести это упражнение в форме мини-тренинга. Дети должны четко отработать стратегии безопасного поведения в угрожающих им ситуациях.

В профилактической группе этим занятиям следует отвести большую роль. Опыт показывает, что многие дети боятся кричать или оказать малейшее сопротивление, что, возможно, спасло бы их в ряде опасных ситуаций. Дети боятся обращаться за помощью к незнакомым людям, даже если их вид внушает доверие и т.д. Необходимо обучить ребенка быстро оценивать ситуацию и

принимать решение. Полезно использовать набор сюжетных картинок, в том числе — вырезки из газет, журналов, картины и т.д.

Третий этап занятий готовит завершение работы в группе и формирует у детей чувство завершенности, осознания и выполнения поставленных перед группой задач. Многие дети уже использовали полученные в группе навыки для общения в своей семье, классе, с окружающими сверстниками и взрослыми, накопили определенный опыт, сделали собственные наблюдения.

На седьмом занятии следует обсудить нормы и правила поведения в различных условиях. Ребенок должен понимать, что в разных социальных, возрастных, религиозных и т.д. группах могут существовать особые стандарты поведения, под которые ему необходимо научиться подстраиваться. Ребенок должен научиться с пользой использовать критику в свой адрес. Помогут следующие упражнения:

1. Ролевая игра на преодоление конфликта. Участники игры должны подобрать правильно «амортизирующий» агрессию путь, который позволяет при этом сохранить чувство уверенности в себе и не оскорбляет оппонента. Например: «Ну что ты такой неловкий!» — «Прости, но я и так делаю все так хорошо, как только могу. Я больше заслуживаю похвалы, а не упреков».- «За что тебя хвалить?» — «Послушай, принимай мою помощь, или обходись без нее» (перенос выбора действия на агрессора и уход от прямого отказа и конфронтации).

2. Ролевая игра на принятие критики. Участники группы учатся корректно поправлять других, если те, на их взгляд, неправы, договариваться, находить компромиссы. Например, можно использовать сюжетные картинки, фиксирующие образцы неправильного поведения. Стоит обсудить: Что здесь изображено? Почему так не стоит поступать? Ты когда-нибудь так себя ведешь? Когда? Почему? Как стоит поступить в схожей ситуации? Почему? Что испытывает ...? Почему? Что ты готов был бы сделать, окажись ты свидетелем этой ситуации? и т.д.

На восьмом занятии перед ребенком ставятся задачи целенаправленного формирования положительного образа будущего, формирование основных направлений для социальной идентификации ребенка в окружающем мире, приобретение навыков самостоятельной социальной адаптации.

Обсуждается вопрос: что будет со мной, когда я стану взрослым? Кем я стану по профессии? Что я буду уметь? Как я буду выглядеть? Сколько у меня будет детей? Как я буду относиться к людям?

Справедливым и достаточно серьезным остается вопрос проработки идентификации у детей. Многие дети пубертатного

возраста обозначают идеальный образ гипермаскулинного (гиперфемининного) типа (по аналогии с рекламным слоганом: «Барби — все хотят быть похожими на нее!»). За этими образами скрываются попытки спрятать свою уязвимость, слабость, а вовсе не юношеская гиперсексуальность.

На девятом занятии речь идет о группе. Окончание групповых занятий воспринимается участниками двояко: с одной стороны — негативно (грусть расставания) с другой — положительно (завершение последнего этапа реабилитации или профилактического этапа, новое качество, новые возможности). В ходе последнего занятия важно:

1. Подчеркнуть успехи каждого в работе группы и его положительную роль;
2. Сделать акцент на плюсах завершения программы;
3. Выделить (не публично) тех участников, с кем еще придется работать.

Обязательно необходимо получить итоги обратной связи от группы. Помогут следующие упражнения:

1. Рассказ о группе. Я чувствую ... оттого, что завершилась работа в группе. Очень трудно было ..., но для меня работа в группе стала ... Я приобрел(а) здесь друзей и ... А если бы я был(а) ведущим, то ... Хочу пожелать всем участникам группы ..., а ... и ... особенно

2. Письмо самому дорогому члену группы. Дорогой(ая) ...! Как здорово, что мы встретились! Здесь мы могли ... и ..., у нас были схожие проблемы, например ..., но мы теперь ... и будем ...Хочу тебе сказать на прощание: ...! Давай не будем терять друг друга!

Конец — делу венец. Последнее занятие — веселый праздник.

Контроль за результатами реабилитационных занятий осуществляется специалистами, осуществившими набор группы и заранее преподносится участникам в качестве итоговой, по сути — прощальной встречи.

Таким образом, в ходе психокоррекционных занятий психологом, педагогом могут быть решены комплексные задачи профилактики насильственного разлучения с родителями в группе риска и осуществлен завершающий этап реабилитации детей, перенесших насильственное разлучение с близкими, прошедших предварительно медицинский, включая психотерапевтический, и психологический этапы оказания помощи. Разработанная программа также успешно решает задачи по возвращению ребенка из особых условий в семью и образовательную среду.

4.3. Нозологически-ориентированные коррекционные программы в составе комплексной помощи несовершеннолетним правонарушителям, беспризорным и безнадзорным

Специальные коррекционные программы, ориентированные на преодоление дезадаптации, обусловленной последствиями психического расстройства или специфического расстройства развития, разработаны нами для несовершеннолетних правонарушителей, беспризорных и безнадзорных со специфическими нарушениями речи и школьных навыков (специфические расстройства психического развития, относящиеся согласно МКБ-10 к рубрикам F80 (Специфические расстройства развития речи), F81 (Специфические расстройства развития школьных навыков — чтения, письма, счета), F82 (Специфическое расстройство развития двигательных функций), F83 (Смешанные специфические расстройства развития) кодируются по оси 2) и пограничной интеллектуальной недостаточностью. Частота встречаемости указанных состояний в нашем исследовании отражена в таблице 4.5.

Таблица 4.5

Частота встречаемости умственной отсталости и специфических расстройств речи и школьных навыков по группам несовершеннолетних (в процентах)

Диагностические рубрики	Группа НП	Группа ББ
F70.0 — легкая УО с мин. нар. повед.	4 (2,7%)	6 (5,2%)
F70.1 — легкая УО со зн. нар. повед.	8 (5,3%)	8 (6,9%)
F71.0 — умер. УО с мин. нар. повед.	1 (0,7%)	2 (1,7%)
F71.1 — умер. УО со зн. нар. повед.	3 (2,0%)	7 (6,1%)*
Всего	16 (10,7%)	23 (20,0%)*
F80.0 Р-во артикуляции	7 (4,7%)	4 (3,4%)
F80.1 Р-во экспрессивной речи	3 (2,0%)	3 (2,6%)
F80.2 Р-во рецептивной речи	1 (0,7%)	1 (0,9%)
F80.8 (сигматизм)	2 (1,3%)	1 (0,9%)
F81.0 Р-во чтения	13 (8,7%)	7 (6,1%)
F81.2 Р-во счета	4 (2,7%)	5 (4,3%)
Смешанные формы F81.3, F83	4 (2,7%)	4 (3,4%)
Всего	16 (10,7%)	18 (15,7%)

* показатели группы ББ статистически значимо превышают показатели группы НП ($t \geq 2$, $p \leq 0,05$)

Разработанный нами комплекс упражнений для коррекции специфических расстройств речи и школьных навыков приведен ниже. Подобный же комплекс упражнений, направленный на формирование когнитивных навыков помещен в Приложение 3.

Большинство исследователей, изучавших проблему специфических расстройств развития, указывая на их дизонтогенетическое происхождение, сходятся во мнении, что специфические расстройства развития существенным образом влияют на общий уровень социализации несовершеннолетних, и могут, в конечном счете, вести к формированию социальной депривации, включая девиантное и противоправное поведение (Bender L., 1957; Cantvill D. P., Baker L., 1985; Yule W., Rutter M., 1985; Безруких М. М., 2000).

В комплекс мероприятий, направленных на коррекцию нарушений речи, чтения и письма, входит более сотни различных упражнений, которые осуществляются ребенком как самостоятельно, под контролем взрослых, так и при непосредственной помощи и участии старших, в том числе — специалистов. Методологически данные коррекционные методики опираются на представления о закономерностях развития и иерархической организации высших психических функций, принципы «замещающего онтогенеза», принципы нейропсихологической реабилитации, и обыкновенно основаны на адаптированных для детей вариантах различных психотехник (Семенович А. В., 2002).

Для лучшего планирования занятий мы разделили методики на несколько крупных блоков, а для облегчения контроля за выполнением работы составили протоколы занятий (протоколы занятий и стимульный материал помещены в Приложение 2).

Артикуляционную гимнастику следует проводить ежедневно, отводя ей по 15-20 минут. С нее должно начинаться каждое занятие. Существует много вариантов артикуляционных упражнений, из которых мы выбрали комплекс, предложенный М. М. Безруких (2000). Упражнения с ребенком могут проводить психолог, педагог, логопед, родители. Родителям, психологам, педагогам необходимо прежде освоить упражнения самим. Весь набор упражнений занимает не более 45 минут, когда ребенок освоит их. В ежедневные занятия надо включать комплекс основных упражнений и один из последующих комплексов (в порядке очереди).

Перед началом упражнений необходимо усадить ребенка в удобной позе перед зеркалом. Упражнения осваиваются последовательно, в ходе занятия 3-5 минут отводят на повторение уже освоенных упражнений, которые ребенок научился выполнять правильно. Не следует переходить к новым упражнениям, пока ребе-

нок не проработает предыдущие! Начинают работу с основных движений и положения губ и языка, которые необходимы для правильного воспроизведения всех звуков, затем переходят к частным комплексам.

В **комплекс основных упражнений** входят: (1) удерживание губ в улыбке, передние зубы обнажены, (2) вытягивание губ трубочкой, (3) чередование положения губ — то в улыбке, то трубочкой, (4) открывание и закрывание рта при положении губ в улыбке, (5) расправление языка (язык лопатой), (6) складывание языка трубочкой, (7) чередование движений языка вверх-вниз, (8) подъем языка за верхние зубы, (9) чередование движений языка при опущенном кончике: сначала вглубь рта, затем к нижним резцам.

В комплекс упражнений, необходимых **для правильного произношения свистящих звуков** входят: (1) не надувая щеки, вытянув губы трубочкой, гонять ватный шарик по столу на одном выдохе (выдох не должен становиться прерывистым, упражнение не должно проводиться чересчур долго, т.к. при продолжительном дутье имеется риск развития гипоксии мозга); при работе с группой можно устроить соревнование между детьми, но опыт показывает, что тогда очень часто теряется контроль за качеством выполнения упражнений; (2) ребенка просят немного приоткрыть рот, положить язык на нижнюю губу и, пошлепывая губами, произносить «пя-пя-пя-пя». Язык при этом должен оставаться широким и касаться краями уголков рта, задерживать дыхание нельзя (контролируется поднесенной ко рту ваткой на нитке); (3) ребенка просят улыбнуться, положить язык на нижнюю губу и удерживать его в таком положении; не стоит растягивать губы в слишком широкую улыбку, т.к. это способствует напряжению, язык не извлекают слишком далеко, достаточно, чтобы он прикрывал нижнюю губу и касался уголков рта; (4) продолжая выполнять предыдущее действие, сдвигать ватку по столу, произнося звук «ф», стараясь не надувать щеки; (5) ребенка просят улыбнуться, показать зубы, слегка приоткрыть рот и поводить кончиком языка по нижним зубам вверх-вниз и из стороны в сторону, причем губы должны оставаться неподвижными, а кончик языка не должен скользить по верхнему краю зубов.

Третий комплекс упражнений направлен на отработку **произношения шипящих звуков**. Перед началом работы рекомендуется выполнить упражнения 2-3 из предыдущего комплекса. Комплекс включает 6 упражнений. Сначала (1) просят ребенка положить широкий кончик языка на нижнюю губу, потом кладут на край языка маленький ломтик ириски или тянучки. Одним движе-

нием необходимо приклеить конфету к небу. Работать должен только язык! Упражнение следует выполнять медленно, следить, чтобы нижняя челюсть оставалась неподвижной. (2) Ребенка просят улыбнуться, показать зубы, приоткрыть рот и прижать язык всей плоскостью к небу, широко открыв рот. Губы должны сохранять положение улыбки, с каждым повторением рот надо стараться открывать шире, а язык прижимать равномерно. (3) Повторяют упражнение 3 из второго комплекса. (4) Ребенка просят приоткрыть рот и облизать верхнюю губу, делая языком движение сверху вниз. Нижняя челюсть должна оставаться в покое. Края языка должны касаться уголков рта. Первое время можно использовать для помощи языку шпатель. (5) Ребенка просят улыбнуться, приоткрыть рот, прижать язык к небу, и не опуская языка, отрывать и закрывать рот (происходит растягивание уздечки). Губы должны оставаться в положении улыбки. Рот надо стараться открывать как можно шире. Открыв рот, надо удерживать его в таком положении 10 секунд. (6) Ребенка просят улыбнуться, приоткрыть рот, положить край языка на верхнюю губу так, чтобы края его были прижаты, а посередине сформировался желобок. На кончик носа кладут ватный шарик и просят его сдуть. Следует следить, чтобы нижняя челюсть оставалась неподвижной, нижняя губа не натягивалась на зубы. Если все выполняется правильно, ватка при дуновении взлетает вверх.

Четвертый комплекс направлен на правильное **произношение звука «л»**. Он включает 5 упражнений. (1) Слегка приоткрыв рот, длительно произносить звук «ы», так, чтобы кончик языка был опущен, а спинка поднята к небу. (2) Приоткрыть рот, положить язык на верхнюю губу, поглаживать ее языком, проводя взад-вперед, добавлять голос, чтобы получился звук бл-бл-бл-бл. Язык должен облизывать верхнюю губу, а не выноситься вперед. (3) Ребенка просят улыбнуться, показать зубы, положить язык на нижние зубы, с внутренней стороны, удерживать 5-10 секунд, потом поднять на верхние зубы, также удерживать 5-10 секунд, повторить несколько раз. Нижняя челюсть должна оставаться неподвижной. (4) Ребенка просят улыбнуться, показать зубы и пощелкать языком. Нижняя челюсть должна оставаться неподвижной. Кончик языка не должен подворачиваться внутрь, иначе звук будет не цокающего, а чмокающего характера. (5) Те же движения языком надо повторить без звука.

Пятый комплекс упражнений направлен на **правильное произношение звука «р»**. (1) Ребенка просят приоткрыть рот и поводить кончиком языка по внутренней стороне верхних зубов, пово-

дя языком из стороны в сторону. Губы при этом должны находиться в положении улыбки, зубы обнажены. Кончик языка расположен у основания верхних зубов. Нижняя челюсть неподвижна. (2) Ребенка просят улыбнуться, открыть рот и погладить кончиком языка небо, делая движение вперед-назад. Кончик языка должен доходить до внутренней поверхности основания верхних зубов. (3) Ребенка просят улыбнуться, открыть рот, постучать кончиком языка за верхними зубами, произнося д-д-д-д, работая только языком, не меняя положения губ и нижней челюсти. Кончик языка не должен подворачиваться, звук должен произноситься звонко. В рамках комплекса рекомендуется повторять ряд упражнений: из комплекса 2 — четвертое, из комплекса 3 — третье, из комплекса 4 — второе и четвертое.

График занятий артикуляционной гимнастикой следующий: первую неделю отводят на изучение первого комплекса упражнений по 1-2 упражнения в день, по 15-20 минут. Вторую неделю изучают второй комплекс, повторяя ежедневно базовые упражнения, третью неделю — третий и т.д. Таким образом, все упражнения ребенок осваивает за 5-6 недель ежедневных занятий, в дальнейшем в ходе занятий на речевые функции, каждый день повторяется один из пяти комплексов.

Для развития экспрессивной речи служат сюжетные картинки (набор сюжетных картинок имеется в приложении). Последовательность работы с сюжетной картинкой следующая: (1) Ребенку предъявляется карточка, которую ему предлагается внимательно рассмотреть. На первых этапах время не фиксируется, в последующем оно ограничено сначала 10, а потом 5 минутами, по мере формирования речевых навыков. По истечении времени (или по готовности) картинку убирают. Работающий с ребенком психолог (педагог) должен заранее подготовить вопросы к картинке (например, при работе с картинкой «Пастушка»: Кто изображен на картинке? Во что одета девочка? Почему у нее в руках посох? Зачем у ягненка на шее колокольчик? Сколько девочке лет? Что у девочки на голове? и т.д.); (2) Ребенка следует попросить рассказать, что он понял по картинке; как правило, на первых этапах работы ребенок дает краткие, констатирующие ответы: «Видел девочку», «Девочку с ягненком». Ребенку следует предложить описать виденное в подробностях, используя заранее подготовленные вопросы. Во многих случаях при нарушении экспрессивной речи не удается сразу получить точных ответов. В таком случае можно предложить ребенку снова посмотреть на картинку. Если и при непосредственном просмотре картинки ребенок затруд-

няется с описанием, следует предложить ему перерисовать картинку в альбом. Картинки, предъявляемые в качестве стимулов, не раскрашены. При перерисовывании их следует раскрасить, что позволит ребенку дифференцированно воспринимать детали, а психологу (педагогу) оценить степень детализации ребенком элементов стимульного рисунка. Не просите ребенка раскрашивать стимульную карточку, это сделает ее непригодной для дальнейшей работы! Поставьте перед ребенком задачу перерисовать и потом раскрасить рисунок. Наблюдая за тактикой перерисовывания картинки, можно оценить характер работы ребенка с визуальными образами и сделать диагностические выводы; (3) Когда ребенок перерисовал и раскрасил картинку (перерисовывание стимулирует развитие моторных навыков) следует задать ему ряд дополнительных, уточняющих вопросов, используя его рисунок (Какого цвета у девочки фартук? Как он одет? Какого цвета платье, чепец, туфли? Во что одета девочка? Что держит девочка? Зачем ей посох? и т.д.). Чем больше вопросов будет задано, тем лучше будет подготовлен следующий этап работы: формирование сюжетной целостности рисунка; (4) Снова предъявите ребенку сюжетную карточку. Попросите его рассказать, что он видит на рисунке. Оцените связность и последовательность изложения. Сравните последовательность элементов описательного рассказа с тактикой перерисовывания картинки. Заметьте сходства и расхождения в последовательности для последующих диагностических выводов; (5) Приготовьте вопросы, которые помогли бы ребенку развить повествование в рассказ, имеющий сюжет. Поясните ребенку, что он не раз видел книжки с картинками. Художник изобразил на картинках только часть того, что написано в книге. Предложите ему составить короткий рассказ, в котором картинка играла бы роль иллюстрации. Если ребенок затрудняется придумать сюжет, подскажите ему темы для рассказа, следите, насколько ребенок использует детали рисунка в разработке сюжета (например: «Пропал ягненок» — у девочки пропал маленький ягненок — она отправилась его искать — «Наверно, он заблудился в лесу!» — «Нужно взять посох, чтобы отпугнуть волка!» — зазвенел колокольчик — ягненок отыскался — в сюжете использованы две существенные детали рисунка) и следите за динамикой в ходе занятий. По динамике можно судить об успехе вашей работы и планировать очередные коррекционные этапы, в частности, уровень сложности упражнений.

На первых этапах работы одна картинка может прорабатываться в течение двух-трех часов. Для детей младшего возраста и

с органической патологией ЦНС в ходе работы необходимо делать перерывы. Обратите внимание, чтобы перерыв был органично вплетен в работу, попросите ребенка принять позу, как у героя картинки (а если героев несколько, пусть попробует побыть по-немногу каждым из них), следите, какие действия ребенка можно использовать в контексте работы (например: диалогическую речь за персонажей в ходе игры, моторные навыки). В дальнейшем, в ходе работы, на проработку картинки уходит все меньше времени. В идеале следует добиваться, чтобы ребенок, посмотрев на картинку в течение 3-5 минут, изучив ее детали, научился хранить в памяти зафиксированный образ и работал бы с ним, создавая в течение 5-7 минут рассказ из 20-30 предложений, включающий 3-5 существенных деталей стимульной карточки.

В ходе работы с сюжетными картинками необходимо вовремя оценить этап, когда необходимо переходить к формированию навыков диалогической речи. Обратите внимание, что с реальным собеседником диалогическая речь может осуществляться спонтанно, без видимых нарушений. Только при большом опыте работы с детьми или хорошем знании индивидуальных особенностей речи данного ребенка можно бывает быстро выявить нарушения и оценить навыки диалога. Совершенно иначе выглядит диалог у того же ребенка, если ему приходится работать с абстрактными собеседниками или стимульным картиночным материалом. Работа по формированию навыков диалогической речи проходит в несколько этапов. (1) Сначала ведется устный диалог с ребенком. Он может быть посвящен любой теме, лучше, если это обсуждение книги, фильма, картины. Тогда у психолога появляется дополнительная возможность оценить структуру речи и логику построения фразы, уместность употребления слов в контексте речи, мышление ребенка, включая специфические нарушения мышления (см. ниже). (2) На следующем этапе разумно использовать заданную тему диалога с реальным собеседником. Тема должна выбираться случайно. Для развития диалогической речи и монолога (см. далее) удобно использовать несколько игр, которые позволяют заполнять перерывы в работе, являясь одновременно и отдыхом, и рабочим компонентом. Их можно с успехом включать в работу с группой детей.

Игра 1. «Экзамен». Темы диалогов (монологов) записываются на маленьких листках бумаги, которые помещают в шляпу (мешочек). Играющий (или играющие) должны извлечь из шляпы тему (экзаменационный билет) и немедленно вступить в диалог (произнести монолог) с играющим, на которого укажет ведущий

или с самим ведущим. Ведущий (экзаменатор) вправе немного помочь, но главная его задача — оценить речевые навыки. Если играющих много, то они могут ставить друг другу оценки. Итоговой оценкой (в групповой игре) является средняя (по опыту, все играющие уходят с экзамена с четверками и пятерками). У игры есть вариант, добавляющий веселья и случайности, когда выполнять задание приходится не тому, кто его вынул из шляпы, а другому игроку (следующему, например, по часовой стрелке на количество очков, выпавших на игральной кости). Игру легко упрощать или усложнять, ориентируясь на уровень играющих.

Игра 2. «Мишень». Игра удобна для группы и для двух участников. На стене вешается мишень — лист бумаги, кольцо, куда надо попасть, подобно баскетбольной корзине, словом — любая цель. У играющих один мяч на всех (желательно, легкий, т.к. играть возможно, придется в комнате). Отмечается исходный рубеж, подальше от мишени, чтобы попасть было очень трудно. Игроки по очереди пытаются попасть по мишени. Ведущий вправе предложить им помощь: тот, кто успешно выполнит задание, может подойти к мишени ближе на 1, 2 или 3 шага (в зависимости от трудности задания). Примеры заданий: сколько букв в слове, придумай синоним, придумай антоним, скажи вариант приветствия, который никем еще не был назван. Отвечать можно только пока летит мяч, т.е. на раздумье нет времени. Игру ведут на счет. Она весьма трудная для младших детей и детей с грубыми нарушениями развития и органической патологией ЦНС.

Игра 3. «Лесенка». Играющим предстоит совершить подъем по лестнице, где каждая ступенька — задача. Разумеется, есть и коварные ступеньки, которые «подламываются» под игроками, заставляя их скатываться вниз, есть и ступеньки, сулящие удачу — они подбрасывают игрока вверх. Задания в игре должны быть легкими, но многочисленными — главная задача простимулировать участников к экспрессивной эмоциональной речи, научить их вербально формулировать свои чувства, возникающие при внезапной неудаче (под игроком сломалась ступенька) или столь же внезапном везении.

(3) Отработав диалог с реальным собеседником, переходят к диалогам между абстрактными собеседниками. Для работы можно использовать одну или две сюжетных картинки. Если используется одна картинка, то тема диалога является отчасти predetermined сюжетом (например, диалог девочки и ягненка на картинке «Пастушка»), если две, то возникает внезапная и неповторимая (из-за разных поворотов сюжета в зависимости от взаим-

ного положения картинок) сюжетная линия, определяющая ход диалога независимых друг от друга героев. Вторая задача более трудная. Диалоги между абстрактными собеседниками, представленными на сюжетных картинках, удаются только детям, уже научившимся работать с сюжетными картинками (см. выше). Проработав каждую картинку до уровня рассказа, включающего несколько существенных деталей, ребенок сможет оперировать связующими героями элементами, формируя не столько формальное описание картинки-стимула, сколько создавая индивидуальный образ запечатленного на рисунке события, и соотнося два события друг с другом.

В задачи психолога на данном этапе работы входит оценка успешности действий ребенка, стимуляция его работы наводящими вопросами, помощь в построении связующих звеньев, что требует определенного мастерства, и чему следует учиться. Не забывайте, что в процессе коррекционной продолжается и диагностическая работа, что особенно важно, если работа осуществляется в группе.

Для составления рассказа и диалогов можно использовать и хронологические ряды сюжетных картинок. Стимульный материал должен быть представлен в виде нескольких карточек, которые ребенок должен разместить в правильной очередности. Например, хронологический ряд «Человек» содержит 4 картинки — младенец, подросток, взрослый, старик. Проработав каждую картинку по отдельности, используя их в диалогах (например, диалоги подростка (у него мяч) со стариком о разбитом окне или пользе физкультуры) ребенок должен сформировать зрительные и вербальные образы существенных деталей, характеризующих возраст человека, что помогает ему в хронологической оценке событий в серии картинок.

План тестового тренингового занятия для группы лучше разработать заранее. Вот один из возможных вариантов. (1) Знакомство. Дети должны познакомиться друг с другом и для начала выучить, как кого зовут, как зовут ведущего. Для реализации цели используют игры-разминки, например, перебрасывание по кругу мяча, с называнием по имени того, кому предназначается мяч, краткие рассказы о себе, чтение вслух известного всем стихотворения, по строке на каждого участника, с последовательной «передачей хода» и т.д. Главная задача этих игр — фразы типа: «Маша, лови мяч!», «Петя, продолжай!» Продолжительность знакомства в группе из 8-12 человек составляет обычно 30-60 минут. Не забудьте, что надо использовать несколько игр, разделять детей то

на пары, то на 2-3 группы, между играми делать очень короткие перерывы, и главное — постоянно наблюдать за детьми. Критерий для окончания процедуры знакомства — успешное освоение имен участников и первые попытки детей продолжить знакомство в процессе иной деятельности. Желательно, чтобы тестовое занятие носило законченный характер. Поэтому на следующем этапе (2) следует закрепить результаты знакомства и настроить детей на соревновательный, активный стиль групповой работы. Проведите с ними игру с несколько провоцирующим сюжетом.

Игра 4. «Дразнилки». Заранее приготовьте карточки с заданиями. В качестве прототипов возьмите известных детям литературных героев, для более старших детей будет интересно посмотреть со стороны на героев одной книги (используйте, например, Гарри Поттера). Участники по очереди получают карточки. Позаботьтесь, чтобы роли соответствовали полу участников, дети, у которых в силу возраста плохо сформированы полоролевые стереотипы, могут испытывать трудности в изображении героев другого пола. После того, как участники получили роли, попросите их прикрепить карточки к одежде, и свободно перемещаться по комнате, имитируя (на свой вкус) своих героев. Чтобы участники вошли в роль, предоставьте им время — 5-7 минут. Затем по вашей команде все начинают шутливо копировать друг друга — кто кого захочет (предположим, Рон копирует Дамблдора, Гарри — Снейпа, Эрмиона — Минерву Мак Гонагел, Дамблдор — Гарри и т.д.). Два-три раза попросите участников поменять объект, который они передразнивают. По окончании игры сделайте небольшой перерыв, чтобы участники могли обменяться впечатлениями, затем обсудите в группе, какой из персонажей пользовался наибольшей популярностью и почему. Закрепите результаты знакомства, называя детей их реальными именами!

Игра может принять достаточно резкий характер, если передразнивание персонажа будет воспринято участником на свой личный счет, поэтому следите, чтобы в тот момент, когда Рон копирует Дамблдора, последний уже имитировал Гарри, т.е. менял роль. Грубая ошибка ведущего может заключаться в том, что он позволит участникам отрешиться от персонажей, и «перейти на личности». Подобный оборот неминуемо приводит к вспышке агрессии в группе. Продолжительность игры около 30-60 минут.

После перерыва переходите к следующему этапу (3), предоставьте детям возможность поиграть в подвижные игры. В ходе игры вы будете оценивать усталость группы и отдельных участников. Предложите детям следующую игру.

Игра 5. «Экипаж». Разделите группу на две команды. Это экипажи двух кораблей. Пусть команды выберут капитанов (отметьте лидеров) и тип их судна (военное, гражданское, рыболовное, весельное, парусное, паровое и т.д.). Экипажи становятся в колонну по одному, двумя параллельными рядами. Капитан стоит первым. По вашей команде суда «выходят в море». Команды движениями имитируют «ход корабля». С интервалом 1-2 минуты давайте команды: «Качка», «Буря», «Штиль», следите, как ведет себя судно: предположим, в игре участвуют парусный фрегат и паровой сухогруз. Отмечайте, сориентировалась ли команда парусника, когда наступил штиль (минимум движения, в то время как паровой сухогруз продолжает плыть намеченным курсом). Через 10-15 минут усложните команды: «Судно село на мель», «Корабль перевернулся», «Корабль тонет, экипаж садится в шлюпки». Отмечайте, держатся ли члены команды друг за друга, изображая корабль, если корабль «переламывается», то на каком участке происходит разрыв, когда участники устали (судите, например, по амплитуде «качки»), отметьте диспластичных детей, детей с нарушениями координации и моторики.

Продолжайте игру около 30 минут, затем переходите к какой-либо подвижной игре (салочкам, мини-футболу, вышибалам и т.д.), чтобы понаблюдать за поведением каждого ребенка в отдельности. Через 30 минут сделайте большой перерыв.

На следующем этапе (4), когда группа отдохнула, проведите еще одну подвижную игру, в которой будут задействованы все члены группы, но с индивидуальными ролями. Обратите внимание на моторные навыки: попросите попасть мячом в корзину (побеждает тот, кто раньше других наберет нужное число попаданий), проведите эстафету, когда участники устанут, сделайте небольшой перерыв и переходите к более сложным играм. Проведите, например, следующую игру (игра требует предварительной подготовки со стороны ведущего).

Игра 6. «Платок». Каждому участнику выдается платок, размером по диагонали около 1 метра. Лучше, если платки изготовлены из шелка. На карточках написаны задания, например, сделать из платка бант, завязать платок, словно это галстук, свернуть тюрбан, изготовить сумку и т.д. Участники по очереди получают карточки и приступают к работе. Младшим детям можно раздавать картинки-подсказки. Игра рассчитана на хорошее владение точными моторными навыками, в ходе игры вы наблюдаете за детьми и делаете соответствующие диагностические выводы. Более сложный вариант той же игры — в нитку (леску) или в парях, когда

участников просят изготовить предметы друг на друге. Самый сложный вариант — работа вслепую. В общей сложности четвертый этап занимает около 60 минут.

В заключение тестового занятия проведите целевые игры, рассчитанные на оценку восприятия, в том числе — слов и буквенных символов. Можете проводить игры в командах, либо индивидуально. Предложите отгадать кроссворд с картинками, ребусы, сыграть в «Балду» (старая игра, в которой к исходному слову надо добавлять буквы, чтобы получались новые слова) в города, в словарную дорожку (в слове меняют букву, чтобы получилось новое, например кот-кок-бок-бак и т.д.). Игры займут еще около 60 минут. В совокупности продолжительность тестового занятия составит около 6 часов. За это время вы соберете большой диагностический материал, который позволит вам во всеоружии приступить к работе с группой.

Планировать занятия в группе необходимо следующим образом: половину времени отводите групповым, половину — индивидуальным упражнениям. Протоколы занятия ведите отдельно на каждого ребенка! С детьми, которые не выдерживают темпа групповых занятий, приходится, как правило, работать индивидуально. Вопрос об их исключении из группы решается с учетом их места в групповой иерархии. Продолжительность группового занятия — около 3 часов (с учетом перерывов). Обязательно следует включать в занятие игры.

Нарушения **отраженной речи** в большинстве случаев свидетельствуют о серьезных расстройствах высших психических функций, локализация которых обычно связывается с премоторной областью левого полушария и первой височной извилиной левого полушария (т.н. зоны Брока и Вернике). В большинстве случаев это следствие ЧМТ или ОНМК. И то и другое встречается редко у детей, либо общее состояние детей в подобных случаях делает коррекционную работу предметом будущего восстановительного периода.

В то же время при различных формах изменения межполушарных отношений, в частности, при моторном левшестве, которое встречается, по крайней мере, в 7-8% случаев в детской популяции, возникают состояния, когда левое полушарие утрачивает ведущие функции речи, что приводит к нарушениям отраженной речи (повторения).

При нарушениях отраженной речи у детей, не обнаруживающих грубой неврологической очаговой симптоматики, работает, по-видимому, следующий механизм: при сохранном опознании

речевых конструкций утрачивается способность удерживать материал в памяти, отчего страдают функции воспроизведения, что сродни описанной А. Я. Меерсоном (1986) амнестической агнозии (агнозии запечатления). Для преодоления этого патологического механизма требуется подключение других каналов поступления информации, в частности — зрительного канала. Упражнения на развитие отраженной речи могут быть различной сложности: (1) на первом этапе предлагается **повторение отдельных гласных звуков**; психолог (педагог) произносит звук, одновременно предьявляя начертание буквы из **разрезной азбуки** (имеется в приложении), добиваясь сначала синхронного, а затем — все более отсроченного воспроизведения звуков, причем зрительный стимул в дальнейшем не используется, поскольку формируется связь между звуком и зрительным образом. Это упражнение позволяет также преодолеть агностические проблемы, связанные с узнаванием букв в различных шрифтовых начертаниях, что является причиной нарушения чтения и письма. Параллельно ребенок в альбоме записывает предьявленные буквы, проговаривая их вслух. Также поступают (2) и **с согласными звуками**. На следующем этапе переходят к (3) **повторению слогового стимульного материала и звукосочетаний**, включающих по 3-4 гласных и (или) согласных звука. Комбинации звуков позволяют вести работу с разрезной азбукой в двух направлениях: сначала предьявляется буквенный ряд, отражающий последовательность звуков, затем ребенку предлагается собрать тот же ряд из своего комплекта азбуки (что сопряжено с отсрочкой во времени и стимулирует работу кратковременной памяти), затем — записать в альбом и проговорить вслух (чередуются слуховое восприятие, зрительное узнавание, подбор соответствия звука и буквы, моторная работа, зрительное узнавание и звуковое воспроизведение). Более сложным является (4) дифференцировать **близкие по звучанию слоги, короткие слова и звукосочетания, оппозиционные фонемы**. При повторении слогов и оппозиционных фонем (например, б-п, в-ф, г-к, д-т, да-та, ба-па, гу-ку и т.д.) стимульный материал предьявляют с интервалом в 1-2 секунды. Психолог следит за правильностью воспроизведения и письменной фиксации. Констатация ошибок позволяет определить тип дефекта (в вышеприведенном ряду). После проработки первых четырех упражнений переходят к (5) **повторению простых и сложных слов**. В этом случае также используют разрезную азбуку. Большие трудности может вызвать различение патологии воспроизведения от школьной неграмотности. Основой для дифференцирования служит предьяв-

ление слова, набранного из букв разрезной азбуки и, если ошибка все-таки допускается, быстрота ее исправления при последующих предъявлениях. В случае, если ошибка в воспроизведении сложного слова (например, велотренажер, электропровод, вентиляция, образование, инструментальный и т.д.) фиксируется только на письме, т.е. при моторной реализации, нельзя исключить сформированный стереотип неправильного написания, слово надо сменить. В ходе выполнения заданий, включающих письмо, рекомендуется параллельно разъяснять ребенку основы орфографии, пунктуации и стилистики русского языка. На следующем этапе (6) переходят к **повторению предложений**. Предложения должны быть понятны ребенку по смыслу, но достаточно сложны. Можно использовать художественную литературу, сборники диктантов (там предложения в составе текстов уже дифференцированы по уровню сложности), сочинять предложения самим, либо использовать рассказы и диалоги, сочиненные ребенком в ходе работы над сюжетными картинками. Затем переходят (7) к **повторению слов, не связанных по смыслу**. К этому упражнению психолог (педагог) должен заранее подготовиться, составить список слов, которые будут предъявляться, чтобы в ходе работы получить возможность оценивать количество **посторонних привнесений и привнесений из предыдущих проб, литеральных** (сходных по созвучию) **и вербальных** (сходных по смыслу) **контаминаций**. Эта оценка важна для диагностики и оценки успешности коррекционной работы. На последнем (8) этапе в этой группе упражнений отрабатывается отраженная речь в условиях интерференции. Для этого ребенку предъявляются две серии слов, интервал между предъявлениями составляет 5-10 секунд, после чего его просят воспроизвести последовательно сначала слова первой, а затем второй серии.

Работа над упражнениями по развитию навыков отраженной речи достаточно трудоемка и продолжительна, требует значительного усилия со стороны ребенка и повышенного внимания со стороны психолога (педагога). Перед началом работы **следует приготовить** инструмент для работы: альбом (лучше без линеек) для ребенка, стимульный материал, разрезные азбуки, магнитофон (прослушивая записи, психолог может точнее проанализировать ход занятия и сделать выводы для последующей работы), протоколы занятий (см. приложение). Для групповой работы хорошо использовать игры.

Игра 7. «Буквоед». На доске пишутся длинные слова, из которых посредством удаления букв можно получить другие. Уча-

стникам (командам) предлагается по очереди (очередь определяется жребием) отнимать от слова буквы. Участнику начисляется столько очков, сколько букв осталось в полученном им слове. Когда все сделали первый ход, сообща решают, какую букву (буквы) убрать, чтобы приступить к следующему ходу, например: исходное слово «буквояд». Ход 1. Участник 1: «Минус 4 — бук» (получает 3 очка). Участник 2: «Минус 4 — куб» (получает 3 очка). Участник 3: «Минус 3 — обед» (получает 4 очка). Участник 4: «Минус 3 — едок» (получает 4 очка). Ведущий: «Какую букву мы удалим?» Группа: «Букву К». Ход 2. Участник 1: «Минус 3 — дуб» (получает три очка) и т.д.

Игра 8. «Рыцарский турнир». Задача игры — диагностическая, игра проходит в соревновательной форме. Хорошо, если в группе 8 человек, тогда турнир можно произвести по олимпийской системе, на выбывание. Иначе придется проводить круговой турнир или использовать другие схемы (используйте для подбора схем спортивные издания). Заранее заготовьте турнирную таблицу. Участники будут «сражаться» друг с другом в парах, которые подбираются жребием. **Проводя игру регулярно**, вы получаете возможность оценивать освоение материала (сравнивая продолжительность поединков и места участников в турнирной таблице). Поединок длится до трех (пяти) «уколов». Соперники по очереди произносят серии слов, предложения, слоги (делают выпады) которые второй участник поединка должен повторить (отразить выпад). Если ему это не удастся, атакующий игрок получает очко. Задание можно усложнять, например, в ответ должны произноситься синонимы (антонимы), слоги, включающие оппозиционные фонемы, необходимо назвать число букв в слове и т.д. Игра должна проходить в быстром темпе.

Игра 9. «Считалочка». Участники становятся в круг. Водящий начинает в быстром темпе рассказывать считалку или простое стихотворение, указывая с каждым словом на очередного игрока. Если он останавливается, игрок должен повторить предыдущее (через одно, два, три) слово. Если ему это не удастся, он становится водящим.

Упражнения на развитие понимания речи. Упражнения этой группы делятся на две части. В первую часть помещаются упражнения, стимулирующие узнавание предметов, букв по их реальным, стилизованным и фрагментарным изображениям, для букв необходимо также узнавание различных шрифтовых начертаний. Разумеется, прежде чем приступить к занятиям, **необходимо удостовериться**, что предметы ребенку известны, он знает,

для каких действий они используются (это легко выяснить в простой беседе, например: «Что ты умеешь делать? ... А ты умеешь пилить и забивать гвозди? ... Как ты это делаешь, чем ты это делаешь?» Уже в ходе этого короткого диалога становится ясно, знаком ли ребенок с пилой и молотком и сформирована ли у него предметно-действенная связь (пила-пилить, молоток-забивать гвозди) для них), а также что ребенок хорошо ориентирован в алфавите. **Алфавит ребенок должен знать наизусть**, что можно проверить, попросив его перечислить буквы от А до Я и в обратном порядке, указать, какие буквы стоят до и после указанной. Если ребенок не знает алфавита, стоит задаться вопросом, не этим ли вызваны проблемы с чтением? Вторая группа упражнений ориентированы на понимание речи и словесных (лексических и семантических) значений.

Начинают работу с **называния реальных предметов** (1), которые окружают ребенка в повседневной обстановке. Как правило, с этой задачей большинство детей справляются без труда. Затем задача усложняется: ребенка просят вслепую, ощупав, узнать предмет и назвать его. Это занятие становится увлекательным и интересным, если проходит в игровой форме.

Игра 10. «Разведчик». Группа разведчиков должна проникнуть в бункер, чтобы похитить секретные документы. Дверь в бункер заперта, замок с секретом: чтобы его открыть необходимо в правильной последовательности вставить 5 ключей. Разведчик (или команда) действует ночью в кромешной тьме (участникам завязывают глаза). Ведущий сообщает ключи и их порядок (например: кубик-ложка-монета-кольцо-3 спички), разведчик должен их найти (например, в большой коробке, полной различных мелких предметов) и в правильном порядке (отсрочка во времени играет важную роль, см. упражнения на развитие отраженной речи) вставить в замочные скважины (положить в стаканы, например).

Аналогичным образом (2) просят ребенка назвать **части тела человека** и животных и охарактеризовать выполняемое действие. Для этого лучше работать вдвоем, чтобы участники по очереди выполняли движения и называли их. Выполнять работу нужно в двух вариантах: с картинками и с живыми людьми и животными. Последний вариант легко осуществляется в игровой форме, что особенно важно при групповых занятиях.

Игра 11. «Бал». Участвуют минимум двое. Если игра проводится в группе, участники разбиваются на пары. Участники в парах имеют обозначения (А и Б, 1 и 2). По команде ведущего

участники А начинают «танец» — медленно совершают плавные движения (поднимают и опускают руки и ноги, наклоняются, поворачивают туловище и голову), в то время как участники Б называют вслух их движения и повторяют их сначала таким же образом, а потом в зеркальном отражении (например, участник А поднимает правую руку, участник Б говорит: «Поднял правую руку», затем сам поднимает правую руку, затем выполняет зеркальное движение — поднимает левую руку, описывает свое действие). Потом участники меняются ролями.

На следующем этапе (3) работают с **изображениями предметов и животных** (набор картинок имеется в приложении) — с **контурными, штриховыми, фрагментарными и реальными изображениями**. Ребенка просят называть предметы, а также сопровождать название описанием действия, которое осуществляется при помощи предметов или животными, например: утюг — гладить, стул — сидеть, петух — кукарекать, пчела — жалить, собирать мед, корова — доить, давать молоко, лебедь — летать, писать пером и т.д. Ребенка следует попросить придумать как можно больше действий, которые могут быть выполнены при помощи того или иного предмета или над ним, например: грибы — собирать, чистить, варить, покупать, жарить, искать в лесу, резать, изучать, рисовать, есть, расти, прятаться в траве и т.д. В ходе выполнения упражнения психолог (педагог) отмечает время, необходимое на поиск правильного ответа, правильность ответов, верность узнавания (особенно по штриховым и фрагментарным изображениям) и названия, наличие запинаний, артикуляционные особенности, наличие и характер парафазий. Для анализа работы хорошо использовать магнитофонную запись. В ходе работы ведется протокол (см. приложение).

Для работы в группе и развивающей работы можно использовать следующую игру.

Игра 12. «Заколдованный мир». Группа делится на две части. Половина участников заколдованы. Они получают от ведущего карточку с изображением предмета. Теперь они должны молча изображать действия, которые выполняют этим предметом или над ним. Например, участник, которому попала карточка с изображением кенгуру, может прыгать, изображать, что ест траву, «копаться» в своей сумке на брюхе и т.д. Участникам второй подгруппы необходимо расколдовать первых. Для этого они должны назвать действия, выполняемые «заколдованным» и в итоге отгадать, во что он превращен. Расколдованный отдает избавителю свою карточку. Игра идет на время. Потом подгруппы меняются роля-

ми. По истечении времени ведущий подводит итог, сколько игроков кому удалось расколдовать.

Затем переходят (4) к упражнениям на **понимание смысла слов и предложений** (в частности, команд). Ребенка просят показать предметы на рисунках, в том числе — контурных и фрагментарных, части тела. Затем называются несколько предметов, а через 10 секунд просят показать их на рисунках (карточки раскладывают случайным образом) в той же последовательности, что они были названы. Для проработки понимания (5) **флективных отношений** ребенку даются задания показать нос — средним пальцем, карту — карандашом, ручкой — ложку, ложкой — ручку, ручку — ложкой и т.д. Ребенка просят положить тетрадку под книгу, тетрадку на книгу (справа, слева, поставить за, впереди и т.д.), что позволяет проработать на зрительном и тактильном уровне отношения между предметами, выраженными предлогами и наречиями. Те же упражнения проводятся на сюжетных картинках, например, ребенка просят перерисовать сюжетную картинку, изменив заданным образом взаиморасположение объектов и ряд деталей (например, позу). Той же цели отвечают упражнения, на которых отрабатывается понимание отношений между предметами, выраженных двумя предлогами (например: положить ручку на книгу, но под тетрадь, положить ложку справа от тарелки, справа от ножа, но слева от вилки, можно уточнить взаимное расположение тарелки и ножа). Прекрасным (хотя, быть может, и не очень педагогичным) стимульным материалом для этих заданий являются игральные карты.

Многие дети, обнаруживающие трудности чтения и письма, обнаруживают непонимание **падежных конструкций**. Для работы с падежными конструкциями (6) используется следующее упражнение: ребенка просят разъяснить, чем отличается мать его сестры (его собственная мать) от сестры матери (тетя), сестра сына (дочь) от сына сестры (племянник) и т.д. Аналогичная работа ведется для (7) формирования **понимания инверсий**, например: «Я поеду на дачу, после того, как начнутся каникулы» (Что случится раньше?), «Я посмотрю фильм, когда сделаю уроки», «Мне будет 12 лет до того, как я пойду в 8 класс» и т.д.

На следующем этапе (8) включают упражнения на **фонематический анализ**. Прорабатывается счет букв в словах (сначала с использованием разрезной азбуки, потом без нее); ребенка спрашивают, из какого числа букв состоят слова: «дом, лужа, пчела, качели, тетрадь, карточка, компьютер, библиотека, калькулятор, электролампа» и т.д. Надо заранее подготовить большой набор

слов. Попросите ребенка определить первую и последнюю буквы в слове, проанализировать слова по одной (двум, трем) фонемам и их сочетаниям. Для работы в группе удобно использовать следующую игру.

Игра 13. «Мельница». Участники становятся в круг. Их задача — поднимать одну руку, если в слове, названном ведущим, есть один из предъявленных звуков, две руки — если два, круговой взмах обеими руками — если три. Ведущий показывает карточки с буквами (например, «а», «с», «ш») и называет слова: «школа» (поднялись обе руки), «солнышко» (обе руки), «костер» (одна рука), «пассатижи» (две руки) и т.д. Подбирая слова для игры, учитывайте, чтобы в них были фонемы, оппозиционные названным (пассатижи — «ж-ш»)! В ходе игры фонемы и слова неоднократно меняются.

Все упражнения этой серии требуют многократных повторений с большим объемом материала. Следует отводить по крайней мере **45-90 минут** на данную категорию упражнений в недельном цикле занятий.

Упражнения на развитие навыков письма. Самые первые слова, включающие гласные и простейшие по артикуляции согласные звуки (мама, папа) появляются у ребенка к 12 месяцам. В дальнейшем наблюдается стремительный рост словаря в количественном и качественном отношении. К двум годам дети оперируют 200-300 словами, к 5 годам — имеют в запасе 1500-2000 слов, к среднему школьному возрасту — до 5000 слов (словарный запас взрослого человека в среднем составляет около 8000 слов, из которых 1000-2000 непосредственно связаны с получением образования). Разумеется, объем словарного запаса зависит от социальных условий воспитания и жизни взрослого человека. В дошкольном возрасте существительные составляют половину словаря, глаголы — четверть, остальное приходится на прилагательные и наречия (Парамонова Л. Г., 2001).

К трем годам в речи ребенка появляются **обобщающие (категориальные) слова** (например: шарф, пальто, брюки — это одежда), а к пяти годам формируются обобщения и категории еще более высокого уровня (клубника, молоко, котлеты — это продукты, т.е. продукты это и ягоды, и мясо, и молочные изделия). К школе ребенок осваивает процессы словообразования с использованием суффиксов и приставок. Растет словарь и в лексико-семантическом плане: ребенку становится ясно, что ручка — это и часть мебели, и предмет для письма; ребенок осваивает переносные значения слов.

Если к школьному возрасту словарный запас ребенка остался на низком уровне, ребенок не освоил формирование множественного числа существительных (ухо-ухи), уменьшительных форм (мышь-мышонок, петух-петушонок, простая аналогия), словообразования глаголов (особенно в части приставок, обозначающих место и характер действия: приходит, уходит, выходит, входит, заходит, отходит и т.д.), то при освоении письма будут наблюдаться многочисленные типичные ошибки, которые нельзя объяснить незнанием правил русского языка, поскольку они являются следствием нарушения речевых процессов.

Основные **специфические ошибки письма** следующие: (1) замена букв по принципу сходства соответствующих им звуков (оппозиционные фонемы) (домик-томик), (2) нарушение слоговой структуры и нарушение границ между словами в предложении, включая контаминации, посторонние привнесения и привнесения из предыдущих предложений, осуществляемые на слоговом или словарном уровне (стол = тол, стлол и т.д.); (3) аграматизмы в письменной речи («пять кошков» вместо «пять кошек»); (4) замена букв по принципу оптического сходства (ш-щ, д-б (в рукописном тексте они похожи, хотя и зеркальны), п-т, м-л), что является следствием нарушения формирования зрительных образов букв (Парамонова Л. Г., 2001).

В ходе коррекционной работы следует использовать следующие **упражнения** (протокол занятия в приложении): (1) списывание коротких фраз и предложений, письмо букв под диктовку (сначала в медленном, потом в быстром темпе); (2) письмо слогов и слов под диктовку (основные ошибки отмечаются, делаются диагностические выводы), (3) составление слов и предложений из многошрифтовой разрезной азбуки (отмечается, где совершено больше ошибок — на письме, или в составлении слов и предложений из азбуки; в первом случае необходимо **отработать написание букв**, для чего надо использовать прописи); (4) самостоятельное письмо рассказа на заданную тему или по сюжетной картинке.

Для работы в группе подходят следующие игры (в них можно играть и с одним ребенком):

Игра 14. «Телеграфист». Участникам раздаются разрезные азбуки (в более сложном варианте — разрезные азбуки, содержащие фрагменты букв). Ведущий «телеграфирует» вслух слова и короткие фразы, участники набирают их из своих азбук (игра на скорость). Лучше использовать несколько шрифтовых азбук.

Игра 15. «Письмо из бутылки». Ведущий сообщает участникам фабулу игры: в открытом море выловлена бутылка, в кото-

рой содержится послание экипажа корабля, потерпевшего крушение. Письмо написано на «трех языках». Вода, попавшая в бутылку, испортила текст, от каждой версии письма остались только фрагменты (письма надо подготовить заранее), сопоставив которые необходимо определить, где находятся потерпевшие кораблекрушение, чтобы отправиться им на помощь. Игру можно проводить на время (участники должны расшифровать послание, пока команда потерпевшего крушения судна не погибла), использовать усложняющие моменты — различное шрифтовое исполнение, фрагментарное начертание букв, шумовые эффекты (штрихи, кляксы), зеркальное начертание и т.д.

Пример:

Копия 1 (на «английском» языке): М... , эк...п...ж су...н...
«Са...т... М...р.....» ...з Ли...е.....у...я, п...т...р.....л... ..р...ш.....и...
о...о...о о. Ц...й.....н, ...от...р...й ...аз...ва...т ...а...ж... ..ри Л...н...а,
их...д.....с...ж...н.....яхз п.....д...в.....ь.....ия.
С.....с.....е ...аш... ..у...и!

(Мы, экипаж судна «Санта Мария» из Ливерпуля, потерпели крушение около о. Цейлон, который называют также Шри Ланка, и находимся в джунглях без продовольствия. Спасите наши души!)

Копия 2 (на «немецком» языке): К.....а.....ь «...а.....а ...а...и...»
и... ..и.....рп...л... ..а...б.....с... у о.йл...н, и.....ч... — Ш...и
...а...к..., м.....я...и п...г.....а...ю... б..... ..ы, п...м.....ит...!

(Корабль «Санта Мария» из Ливерпуля разбился у о. Цейлон, иначе — Шри Ланка, моряки погибают без еды, помогите!) — поскольку письма написаны на «разных языках» текст не обязательно должен совпадать дословно. Аналогично составляются письма на других языках. Игру можно усложнить, используя **часы без цифр** на циферблате, компасы, карту, чтобы спасатели определили время крушения и курс, которым и надо следовать.

Упражнения на чтение и счет. Для данной категории упражнений требуется набор букв и цифр, выполненных различными шрифтами и фрагментарных и зашумленных символов (имеется в приложении). Ребенка просят (1) **показать и назвать буквы** и цифры, выполненные различными шрифтами, либо выбрать и положить рядом те же (следующие, через одну по алфавиту) буквы, включая их стилизованные начертания. Затем переходят к **чтению вслух** (2) букв, слов, предложений, написанных различными шрифтами или составленных из букв различных начертаний. Проводящий занятие психолог (педагог, родитель) следит за правильным чтением букв и ведет протокол занятия. Используют (3) **за-**

шумленные символы, чтение составленных из них слогов и псевдослов. В процессе работы необходимо стимулировать ребенка. Упражнения на чтение и счет, пожалуй, самые скучные, поэтому лучше всего включать их в занятие вперемешку с другими. Чтение надо сочетать с письмом, например, с работой над прописями. Это позволяет создать и закрепить связь между звучанием буквы и ее начертанием при чтении и письме. На следующем этапе (4) переходят к чтению слов и предложений, а также **написанию слов, предложений** с образца и своих рассказов к сюжетным картинкам. Необходимо таким образом группировать упражнения в ходе занятий, чтобы освоение материала шло параллельно, и ребенок, освоив экспрессивную речь до уровня самостоятельных рассказов по сюжетной картинке, мог его воспроизвести на письме. Если у ребенка имеются выраженные нарушения моторики, следует посвятить больше времени занятиям с прописями. В то же время следует проводить и занятия на счет (5): начинают с чтения и называния чисел в арабской и римской записи. Ребенку часто приходится объяснять значение взаимного положения цифр при записи числа. Для помощи можно использовать точки-разделители через три порядка. **Большие проблемы** возникают с дробями, как простыми, так и десятичными, и чтением математических формул и выражений. Для многих детей абстрактные математические выражения в силу преобладания конкретного предметно-ориентированного мышления лишены смысла, также как отрицательные величины. Нужно потратить определенные усилия, нарезать не один килограмм яблок на части, прежде чем ребенку станет ясно, чем три четверти отличаются от четырех третей. На следующем этапе (6) переходят к письменному, а затем и устному, решению арифметических задач, включая задачи с неизвестным. Проще всего для устного решения использовать упражнения из задачника на 1-2 класса ниже, чем посещает ребенок. Обратите внимание, чем могут быть вызваны нарушения в счете — собственно акалькулией или речевыми расстройствами, такими как недержание речевого ряда или отчуждением смысла слов.

В ходе занятий хорошую помощь окажут игры.

Игра 16. «Звездочет». Участникам (индивидуально или командам) раздаются «звездные карты» — разбросанные по листу точки, пронумерованные цифрами, выполненными различными шрифтами, в арабском и латинском написании, часть из которых представлены фрагментами, а часть можно получить, решив арифметические задачи. Участники должны соединить точки линиями в правильной последовательности, в результате чего на листе фор-

мируется контурный рисунок — «новое созвездие». Игру ведут на время.

Игра 17. «Мореход». Участникам выдается карта (миллиметровая бумага), на которую нужно нанести новый, еще никем не открытый остров. На карту нанесены уже известные участки суши. Границы острова указываются на отдельном листке-задании таким образом, чтобы найти нужные точки можно было решив ряд арифметических заданий (например, известная точка имеет координаты 20° СШ 10° ВД, а крайняя северо-западная точка острова на 25° южнее и на 12° к западу, т.е. лежит на 5° ЮШ 2° ЗД). Возможен вариант, когда несколько участников наносят на карту свои острова, которые, будучи сложены, формируют целый континент. Такую задачу можно дать команде, успех которой определяется точностью работы каждого участника, что стимулирует детей к правильному выполнению своей части работы.

Игра 18. «Суфлер». Играют пары. В каждой паре один участник представляет артиста, который не знает роли, второй — суфлера. Суфлеру выдается текст, на чтение которого отводится ограниченное время (2-3 минуты). Актеру вручается тот же текст, половина слов в котором пропущены. Сложность и размер текста могут варьировать в зависимости от подготовки участника. Затем текст сдается ведущему. Пары тянут жребий, кому выступать первыми. Артист выступает, читая свой текст. Суфлер должен подсказывать ему пропущенные слова, вставляя их по памяти или по контексту.

Игра 19. «Толмач». Ведущий излагает фабулу игры. В неведомом краю заблудилась научная экспедиция, разыскивающая остатки древней цивилизации. У них есть несколько проводников-аборигенов из разных племен, каждый из которых владеет двумя наречиями — своим родным и языком соседнего племени (участники). Им посчастливилось встретить в сельве индейца, который знает, как выбраться из чащи. Толмачи должны по цепочке перевести его речь руководителю экспедиции (ведущему). Перевод заключается в подборе синонимов. Например: Ведущий: Как выйти к реке? Участник 1: Где дорога к реке? Участник 2: Как найти путь к реке? Участник 3: Покажи тропу к реке! Индеец: Проход к реке на западе. Участник 3: Тропа к реке там, где заходит солнце. Участник 2: Путь к реке лежит на закат. Участник 1: Дорога к реке там, где садится солнце и т.д.

Игра 20. «Импровизатор». Участники садятся в круг. У всех есть листы бумаги. Ведущий рассказывает им короткую историю. По команде ведущего все должны придумать и написать продол-

жение (участникам дается пять минут). Затем они меняются листками, передавая каждый свой листок соседу. Все по очереди зачитывают, что придумал их товарищ. Затем в процессе обсуждения вырабатывается общая версия продолжения.

Недельный цикл занятий. Коррекционные занятия, проводят с детьми, с которыми занимаются индивидуально, ежедневно, в группе — 3 раза в неделю. Детям, которые занимаются в группе, необходимо давать домашнее задание, которое они будут выполнять самостоятельно и вместе с родителями. Каждый день занятий начинается с **артикуляционной гимнастики**. Продолжительность упражнений на артикуляцию может быть различной, в зависимости от того, сколь сильно выражены речевые нарушения у ребенка. Оптимальная продолжительность занятий — 20 минут. После артикуляционной гимнастики переходят к коррекционным упражнениям. Прежде, чем приступить к занятиям по строгому плану, **первые 2-3 недели** проводят в «тестовом режиме», определяя, какие упражнения имеют для ребенка наибольшую трудность. Именно им и будет уделяться повышенное внимание в дальнейшем. Самые трудные упражнения надо располагать в первой половине занятий, но не первыми. Распределите их равномерно по дням недели. Большинство родителей по объективным причинам предпочитают занятия в выходные дни. В таком случае разбейте занятия, которые вы спланировали на субботу и воскресенье на две части — утро и вечер. Наиболее трудные упражнения должны выполняться утром. В предлагаемом ниже недельном цикле занятий мы ориентировались на шесть занятий в неделю (ребенок иногда должен **просто поиграть**). Разумеется, данный план носит приблизительный характер.

Понедельник. Артикуляционная гимнастика. Повторение базовых упражнений. Повторение цикла упражнений, вызывающих особые трудности. 20 минут.

Упражнения на развитие экспрессивной речи (день за днем, неделя за неделей, по мере успехов ребенка, вы будете усложнять упражнения в каждой группе). 40 минут (продолжительность занятий может варьировать в зависимости от работоспособности ребенка, если ребенок устает, делайте перерыв, смените упражнение, только не бросайте работу на полпути).

Игра (можно использовать игру, направленную на развитие экспрессивной речи, а можно — другую, например, соответствующую тематике следующего дня занятий). 20 минут.

Ознакомление с домашним заданием на моторику на следующий день (вырезать фигурки, перерисовать и раскрасить кар-

тинки, выполнить упражнения с мячом, сплести брелок из проволоки, сложить фигурку оригами и т.д.). 10 минут.

Вторник. Артикуляционная гимнастика. Краткое повторение. Комплекс упражнений на произношение свистящих звуков. 20 минут.

Упражнения на развитие отраженной речи. 40 минут. Если вы убедились, что ребенок не может продуктивно работать в течение 40 минут (это вполне естественно для детей младшего возраста), заранее планируйте занятие таким образом, чтобы работа не прерывалась. У ребенка должно формироваться чувство «продвижения вперед», он должен видеть, что упражнение им выполнено, а не заброшено.

Игра. 20 минут.

Проверка домашнего задания на моторику. Новое домашнее задание. 10 минут. В упражнениях на моторику идеальным вариантом является использование творческих навыков и спортивных упражнений, например, с мячом и ракеткой. Массу подобных упражнений вы найдете в спортивной литературе и столько же придумаете сами на досуге вечером.

Среда. Артикуляционная гимнастика. Краткое повторение. Комплекс упражнений на произнесение шипящих звуков. 20 минут.

Упражнения на развитие понимания речи. 40 минут.

Игра. 20 минут.

Проверка домашнего задания на моторику. Новое домашнее задание. 10 минут.

Четверг. Артикуляционная гимнастика. Краткое повторение. Комплекс упражнений на произношение звука «л». 20 минут.

Упражнения на развитие навыков письма. Проверка домашнего задания на письмо (в рабочем альбоме). Новое домашнее задание на письмо на неделю. Необходимо давать задание выполнимого объема, учитывая, чтобы ребенок не тратил на выполнение всего домашнего задания (на письмо, счет, чтение, моторику) более полутора часов в день. Помните, однако, что если вы регулярно получаете от ребенка ответы, свидетельствующие о том, что он не приступает к работе над заданием, это свидетельствует о недостаточной мотивации (лени), а не об объективных трудностях. 40 минут.

Игра. 20 минут.

Проверка домашнего задания на моторику. Новое домашнее задание. 10 минут.

Пятница. Артикуляционная гимнастика. Краткое повторение. Комплекс упражнений на произношение звука «р». 20 минут.

Упражнения на развитие навыков чтения и счета. Проверка домашнего задания на чтение и счет (в рабочем альбоме). Домашнее задание на чтение на неделю (в зависимости от подготовки ребенка варьирует объем задания и характер текста; в среднем ребенку 10-12 лет можно давать на неделю до 100 страниц текста). Предпочтение отдается коротким сюжетным рассказам. Домашнее задание на арифметические навыки на неделю. 40 минут.

Игра. 20 минут.

Проверка домашнего задания на моторику. Новое домашнее задание. 10 минут.

Суббота. Игровой день. Все занятие посвящено играм. Выбираются игры по результатам недели (что надо закрепить, что — лучше проработать).

Результатом реализации методики в течение 1 года являлся резкий рост школьной успеваемости, и как следствие — в рамках реабилитационной программы в целом, итоговый рост показателей социального функционирования.

Заключение

В качестве заключения книги сформулируем основные выводы.

1. Девиантное поведение несовершеннолетних является следствием биопсихосоциальной дезадаптации, как состояния, характеризующегося формированием стабильного стереотипа аномального реагирования на динамические изменения окружающей (биологической и социальной) среды. Для несовершеннолетних правонарушителей, беспризорных и безнадзорных характерны следующие ее типы:

— Органически-обусловленная дезадаптация (встречается в 20-25% случаев психических расстройств) — формируется на органической почве и клинически проявляется комплексом органических симптомов — дизонтогенетических или энцефалопатических по своей природе (Сухарева Г. Е., 1959, 1973; Мнухин С. С., 1968; Ковалев В. В., 1971, 1995 и др.);

— Личностно-обусловленная дезадаптация (встречается в 20-25% случаев) — формируется в качестве «психопатического развития» (Личко А. Е., 1977; Гурьева В. А., 1994) с последующим включением в клиническую картину стойких аномальных личностных реакций (декомпенсация) (Гурьева В. А., Гиндикин В. Я., 1980; Кондрашенко В. Т., 1988 и др.);

— Когнитивно-обусловленная дезадаптация (встречается в 10-20% случаев) — является следствием нарушения биологических и социальных взаимодействий, обусловленных интеллектуальным дефицитом, как правило — пограничного уровня (органический инфантилизм по Г. Е. Сухаревой, 1959; задержка психического развития, интеллектуальная недостаточность в связи с дефектом воспитания);

— Реактивно-обусловленная дезадаптация (встречается в 10-12% случаев) — следствие острого или хронического психотравмирующего воздействия окружающей среды (реакции отказа, реакции оппозиции, гиперкомпенсации и т.д. по А. Е. Личко, 1983, сопровождающиеся невротической симптоматикой);

— Социально-обусловленная дезадаптация (встречается в 8-25% случаев) — вариант аномального поведения, реализующийся на фоне психического здоровья.

Полученные данные позволяют утверждать, что девиантное (включая делинквентное) поведение и психические расстройства, наблюдаемые у несовершеннолетних правонарушителей, беспризорных и безнадзорных являются звеньями одной патогенетической цепи.

2. Для несовершеннолетних правонарушителей и беспризорных/безнадзорных подростков характерен общий спектр психических расстройств: расстройства поведения (F91), включая несоциализированное, оппозиционно-вызывающее поведение (27,7 — 39,5 процентов случаев, преобладание в группе правонарушителей статистически достоверно), расстройства личности и поведения органической природы (F07.x) (29,6 — 33,8 процентов случаев), невротические расстройства, включая расстройства адаптации (F43.x) (11,1 — 15,4 процентов случаев), гиперкинетические расстройства (F90), включая нарушения внимания и гиперкинетические расстройства поведения (8,6 — 10,8 процентов случаев). Также встречаются аффективные расстройства, умственная отсталость (10,7 — 20,0 процентов случаев, преобладание в группе беспризорных/безнадзорных статистически достоверно), специфические расстройства развития.

Указанным психическим расстройствам сопутствует высокий уровень аномальных психосоциальных ситуаций и широкий спектр соматической патологии.

3. При анализе характера психических расстройств, выявленных нами у несовершеннолетних правонарушителей, беспризорных и безнадзорных в контексте психического развития, представляется возможным выделить 4 группы аномальных состояний, в зависимости от завершенности формирования психического дефицита и его типа:

(1) Расстройства с преобладанием нарушений психического развития

а) со сформировавшимся когнитивным дефицитом (умственная отсталость);

б) без когнитивного дефицита (специфические расстройства развития);

(2) Расстройства с преобладанием нарушений социальных функций

а) с формированием патологии личности (органической или иной природы);

б) без формирования расстройства личности (неврозы, р-ва адаптации);

(3) Расстройства с преобладанием аномальных форм компенсации

а) аддиктивное поведение (химическая или нехимическая зависимость);

б) девиантное поведение (ОВР, делинквентное поведение);

(4) Неспецифические синдромы, оказывающие существенное влияние на ход психического развития и формирование социальных функций (СДВГ, психический инфантилизм).

4. При выборе реабилитационных программ для несовершеннолетних правонарушителей и беспризорных/безнадзорных следует учитывать клинический диагноз, тип дезадаптации, индивидуальные психологические показатели. В качестве достоверного критерия оценки эффективности реабилитационных программ может применяться показатель психосоциальной продуктивности (интегративная ось психиатрической оценки, представляющая собой совокупность психического, социального, трудового (учебного) функционирования несовершеннолетних на период их клинического осмотра) согласно концепции многоосевой оценки психических расстройств, принятой ВОЗ).

5. Реабилитационный процесс, осуществляемый с несовершеннолетними, должен включать по крайней мере 4 этапа:

(1) Этап диагностики ведущих проблем ребенка и нарушений возрастного психического развития и, прежде всего, личностных свойств и факторов риска нарушений социального функционирования;

ведущие специалисты: патопсихолог (клинический психолог), врач-психиатр;

основные задачи: комплексная патопсихологическая и психопатологическая диагностика, определение приоритетных направлений психотерапевтической помощи и коррекции;

результат: установление диагноза, определение тактики психотерапевтической и психокоррекционной работы.

В ходе осуществления этапа основной упор делается на клинико-психопатологический и экспериментально-психологический методы работы. Часть диагностических методов осуществляется в ходе работы с группой несовершеннолетних, часть — в условиях индивидуальной диагностической работы.

(2) Этап педагогической коррекции различных форм отставания в обучении;

ведущие специалисты: педагоги, воспитатель;

основные задачи: формирование школьных навыков и базового уровня знаний по школьным учебным дисциплинам;

результат: приобретение школьных навыков и базового уровня знаний по школьным учебным дисциплинам, а также необходимых в процессе психотерапевтической и коррекционной работы навыков абстрагирования, визуализации представлений, группового взаимодействия и т.д.

(3) Этап специальной психотерапевтической помощи;

ведущие специалисты: врач-психиатр, клинический психолог;

основные задачи: в условиях индивидуальной и групповой психотерапии и психокоррекции осуществить основные психотерапевтические задачи: достичь сплоченности, обеспечить рост надежды на благополучный исход, единство, универсализацию форм реагирования, рост альтруизма, обмен информацией, межличностное обучение и личностный индивидуальный рост, развитие навыков общения, подражание другим членам группы, катарсис; добиться формирования стойких установок на здоровый и социальный образ жизни;

результат: приобретение навыков социального поведения и социально-одобряемых форм реагирования в субъективно и объективно сложных жизненных ситуациях;

4) Этап социально-психологической поддержки;

ведущие специалисты: социальный педагог, воспитатель, врач-психиатр;

основные задачи: формирование навыков самостоятельного социального функционирования (в рамках правового поля, в образовательной среде, микросоциуме, в т.ч. в семье);

результат: интеграция предыдущих этапов, социализация поведения.

Этапы 1-4 представляют собой единую технологическую цепь медико-психолого-педагогической и социальной реабилитации детей и подростков — несовершеннолетних правонарушителей, беспризорных и безнадзорных. Она осуществляется на принципах междисциплинарного взаимодействия педагогов, психологов, социальных работников, врачей-психиатров в составе полипрофессиональных бригад специалистов.

6. Комплекс реабилитационных программ включает:

— общие психокоррекционные программы обучающего и профилактического типа;

— ситуационно-ориентированные программы адаптации несовершеннолетних к условиям социального, учебно-воспитательного учреждения;

— нозологически-ориентированные специфические терапевтические и коррекционные программы, используемые (наряду с психофармакотерапией) для редуцирования клинических симптомов и формирования социально-ориентированных стереотипов реагирования.

Разумеется, в рамках одной книги невозможно решить проблему беспризорности, криминала и психических расстройств у детей. В условиях экономического кризиса социально-экономические проблемы, являющиеся первоисточником криминальных поступков, только обострились. Остается выразить надежду, что эта книга попадет в руки благородных энтузиастов и, в конечном счете, послужит детям. Причем не только беспризорным и правонарушителям.

Библиографический список

1. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства. М.: Медицина, 1993. — 400 с.
2. Антонян Ю. М., Горшков И. В., Зулкарнеев Р. М., Сапунов А. Г. Насилие в семье. М.: ВНИИ МВД РФ, 1999. — 180 с.
3. Асинкритов В. Ф. Клиника и судебно-психиатрическая оценка астенической психопатии. Автореф. ... канд. мед. наук, М. 1971.
4. Баранов А. А., Шеплягина Л. А. Здоровье детей на пороге XXI века: пути решения проблемы // Русский медицинский журнал, 2000. — т. 8, № 18. — с. 4-15.
5. Башкатов И. П. Психология неформальных подростково-молодежных групп. М.: Информпечать, 2000. — 336 с.
6. Безруких М. М. Проблемные дети. М.: Издательство УРАО, 2000. — 312 с.
7. Берн Э. Секс в человеческой любви. М.: АСТ, Институт общегуманитарных исследований, 1998. — 352 с.
8. Беседин А. Н., Липатов И. И., Тимченко А. В., Шапарь В. Б. Книга практического психолога. Харьков, РИП Оригинал, Т. 1-2, 1996.
9. Бетенски М. Что ты видишь? Новые методы арт-терапии. М.: Эксмо-пресс, 2002. — 256 с.
10. Блистинова З. А., Прошин В. А. Организация медико-социальной помощи детям в домах ребенка // Детский доктор. — 2000. — № 1. — с. 58-60.
11. Бондарь В. И. Принципы медицинской реабилитации в домах ребенка // Медицинская помощь, 1996. — № 5. — с. 18-22.
12. Бородин С. В., Котов В. П. Комментарий к ст. 22 УК РФ. // Комментарий к законодательству РФ в области психиатрии / Под ред. Т. Б. Дмитриевой. — М.: Спарк, 1997. — 363 с.
13. Братусь Б. С. Аномалии личности. М., Мысль, 1988, — 301 с.
14. Бронин С. Я. Малая психиатрия большого города. М.: «Закат», 1998, -272 с.
15. Бэрон Р., Ричардсон Д. Агрессия. СПб.: Питер, 1997. — 336 с.

16. Вострокнутов Н. В., Дозорцева Е. Г., Пережогин Л. О., Русина В. В. Социальная и психиатрическая помощь детям с риском безнадзорности и криминальной активности. Методические рекомендации. М.: РИО ГНЦ ССП им. В. П. Сербского. 2002. — 24 с.
17. Вострокнутов Н. В., Пережогин Л. О. Диссоциальное расстройство личности несовершеннолетних: диагностика, коррекция, профилактика, принципы правовой поддержки. Аналитический обзор. М.: РИО ГНЦ ССП им. В. П. Сербского. 2003. — 40 с.
18. Вострокнутов Н. В., Пережогин Л. О. Основы психотерапевтической и психокоррекционной помощи детям и подросткам. Аналитический обзор. М. РИО. ГНЦ ССП им. В.П. Сербского. 2006. — 110 стр.
19. Вострокнутов Н. В., Пережогин Л. О. Формирование расстройств личности у несовершеннолетних правонарушителей, беспризорных и безнадзорных. // Вопросы психического здоровья детей и подростков 2008 (8), № 1 с. 25-41
20. Вострокнутов Н. В., Харитоновна Н. К., Игонин А. Л., Пережогин Л. О. Организационно-методические основы психотерапевтической и психокоррекционной работы с детьми группы риска употребления психоактивных веществ. Методические рекомендации. М.: РИО ГНЦ ССП им. В. П. Сербского, 2004. — 36 с.
21. Вострокнутов Н. В., Харитоновна Н. К., Пережогин Л. О., Колосов В. П. Психопрофилактическая работа с несовершеннолетними, имеющими высокий риск наркотизации. Основы семейного консультирования. Методическое пособие. М.: РИО ГНЦ ССП им. В. П. Сербского. 2002. — 64 с.
22. Вострокнутов Н. В., Харитоновна Н. К., Пережогин Л. О., Морозова Н. Б. Профилактика и реабилитация несовершеннолетних с психическими расстройствами и криминальной активностью. Пособие для врачей. М.: РИО ГНЦ ССП им. В. П. Сербского. 2004. — 84 с.
23. Выготский Л. С. Психология детского возраста (1930) // Выготский Л. С. Психология. М.: Эксмо-пресс, 2000. — 1008 с.
24. Выхристюк О. Ф. Медицинская помощь сиротам и детям из неблагополучных семей: Руководство для врачей. М.: Медицина, 2004. — 352 с.
25. Выхристюк О. Ф., Корнюшин М. А., Русакова В. Д. Медицинские и социальные проблемы неблагополучных детей // Лечащий врач, 2001. — № 4. — с. 6-8.
26. Гельдер М., Гэт Д., Мейо Р. Оксфордское руководство по психиатрии. тт. 1-2. Киев: Сфера, 1999.

27. Гиндикин В. Я., Гурьева В. А. Личностная патология. М.: «Триада-Х», 1999 — 266 с.
28. Гравина А. А., Кашепов В. П., Кошаева Т. О. и др. Уголовная ответственность несовершеннолетних. Научно-практическое пособие. Под ред. В. П. Кашепова. М.: Юридическая литература, 1999. — 160 с.
29. Громбах С. М. роль школы в формировании психического здоровья учащихся. М.: Медицина, 1988. — с. 9-32.
30. Гульдан В. В. Значение особенностей мотивации противоправного поведения при решении вопроса о вменяемости при психопатиях // Проблемы вменяемости в судебной психиатрии. М.: изд-во ЦНИИСП им. В. П. Сербского, 1983, — с. 55-64
31. Гульдан В.В. Мотивация преступного поведения психопатических личностей. // Криминальная мотивация. — М.: Наука, 1986. — С. 189-250.
32. Гурович И. Я., Голланд В. Б., Зайченко Н. М. Динамика показателей деятельности психиатрической службы в России (1994-1999). М., 2000.
33. Гурович И. Я., Голланд В. Б., Сон И. М. и др. Психиатрические учреждения России: показатели деятельности (1999-2006). М.: Медпрактика-М, 2007. — 572 с.
34. Гурьева В. А., Гиндикин В. Я. Современное состояние учения о психопатиях.// Журн. невропатол. и психиатр. им. С. С. Корсакова, 1968, том 68, № 7, с. 1064-1080
35. Гурьева В. А., Дмитриева Т. Б., Макушкин Е. В. и др. Клиническая и судебная подростковая психиатрия. Под ред. В. А. Гурьевой. — М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2007.
36. Гурьева В. А., Дмитриева Т. Б., Макушкин Е. В. и др. Клиническая и судебная подростковая психиатрия. Под ред. В. А. Гурьевой. — М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2007.
37. Гурьева В. А., Дозорцева Е. Г.. Дискуссионные вопросы ограниченной вменяемости несовершеннолетних. // Ограниченная вменяемость. / Под ред. Б. В. Шостаковича. — М.: РИО ГНЦ ССП им. В. П. Сербского, 1996. — с. 40-46.
38. Гурьева В. А., Макушкин Е. В. Принципы судебно-психиатрической диагностики в подростковом возрасте. // Функциональный диагноз в судебной психиатрии. / Под ред. Т. Б. Дмитриевой, Б. В. Шостаковича — М. РИО ГНЦ ССП им. В. П. Сербского, 2001. — с. 119-147.
39. Гурьева В. А., Макушкин Е. В. Судебно-психиатрическая экспертиза несовершеннолетних. // Руководство по судебной пси-

- хиатрии. / Под ред. Т. Б. Дмитриевой, Б. В. Шостаковича, А. А. Ткаченко. — М.: Медицина, 2004. — с. 139-156.
40. Гурьева В. А., Семке В. Я., Гиндикин В. Я. Психопатология подросткового возраста. Томск: Изд-во ТГУ, 1994. — 310 с.
41. Девятова О. Е. Семейная депривация и психические расстройства у детей. М.: Барс, 2004. — 114 с.
42. Джеймс Д. Драматерапия с детьми, испытывающими трудности в обучении. // Драматерапия. Под ред. С. Митчела. М.: Эксмо-пресс, 2002. с. 28-49.
43. Дмитриева Т. Б., Мохоныко А. Р., Муганцева Л. А. Основные показатели деятельности судебно-психиатрической экспертной службы Российской Федерации в 2002 г. Аналитический обзор. М.: РИО ГНЦ ССП им. В. П. Сербского, 2004. — 108 с.
44. Дмитриева Т. Б., Мохоныко А. Р., Муганцева Л. А. Основные показатели деятельности судебно-психиатрической экспертной службы Российской Федерации в 2005 г. Аналитический обзор. Под ред. академика РАМН Т. Б. Дмитриевой. М.: РИО ГНЦ ССП им. В. П. Сербского, 2006. — 132 с.
45. Дмитриева Т. Б., Ткаченко А. А., Харитоновна Н. К., Шишков С. Н. Судебная психиатрия. М.: МИА, 2008. — 752 с.
46. Дружинин В. Н. Психология общих способностей. СПб.: Питер Ком, 1999. — 368 с.
47. Дыскин А. А. Критерии социальной дезадаптации детей с отклонениями в развитии // Педиатрия, 1996. — № 5. — С. 83-88.
48. Емельянов В. П. Преступность несовершеннолетних с психическими аномалиями. Саратов: СГУ, — 1980. — 97 с.
49. Захаров А. И. Как предупредить отклонения в поведении ребенка. М.: Просвещение, 1986. — 128 с.
50. Иванов В. А. Психологические механизмы волевой регуляции — М.: Изд-во УРАО, 1998 — 144 с.
51. Калинин В. К. Воля, эмоции, интеллект // Эмоционально-волевая регуляция поведения и деятельности: тезисы всесоюзной конференции молодых ученых — Симферополь, 1983.
52. Каплан Г. И., Сэдок Б. Дж. Клиническая психиатрия. М.: Медицина, Т. 1-2., 1994.
53. Каплан Г., Сэдок Б. Клиническая психиатрия. М.: Гэотар медицина, 1998 — 505 с.
54. Карл Г., Бойз Д. Гипнотерапия. Практическое руководство. М.: Эксмо-пресс; СПб.: Сова, 2002. — 352 с.
55. Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста (руководство для врачей). — М.: Медицина, — 1979. — 608 с.

56. Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста: руководство для врачей. М.: Медицина, 1995. — 560 с.
57. Комментарий к Уголовному Кодексу РФ. /Отв. ред. В. М. Лебедев. — М.: Юрайт-Издат, 2003. — 760 с.
58. Кон И. С. Психология юношеского возраста. — М.: Педагогика, — 1979. — 289 с.
59. Кондратьев Ф. В. Методологические аспекты проблемы ограниченной вменяемости //Ограниченная вменяемость (сборник научных трудов). М.: РИЦ ГНЦ ССП им. В. П. Сербского, 1996. — с. 18-28
60. Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В. Психосоциальная аддиктология. Новосибирск: Олсиб, 2001. — 251 с.
61. Кречмер Э. (1927). Строение тела и характер. М.: Педагогика-пресс, 1995. — 608 с.
62. Криминология. / Под ред. А. И. Долговой. — М.: Норма, 2003. — 843 с.
63. Кудрявцев И. А. Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза. М.: Изд-во МГУ, 1999. — 497 с.
64. Кудрявцев И. А. Комплексные судебные психолого-психиатрические экспертизы // Руководство по судебной психиатрии. / Под ред. Т. Б. Дмитриевой, Б. В. Шостаковича, А. А. Ткаченко. — М.: Медицина, 2004. — с. 380-404.
65. Лангмейер Й., Матейчик З. Психическая депривация в детском возрасте. Прага: Авиценум, 1984. — 335 с.
66. Леонгард К. Акцентуированные личности. Киев, «Вища школа», 1981, — 390 с.
67. Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. Л.: Медицина, 1983. — 310 с.
68. Лоуэн А. Любовь и оргазм. М., Институт общегуманитарных исследований, 1997. — 405 с.
69. Майерс Д. Социальная психология. СПб.: Питер, 1996. — 684 с.
70. Мамцева В. Н. Детская и подростковая психиатрия. М.: Медицина, 2003. — 432 с.
71. Менделевич В. Д. Новые проблемы психологии и психопатологии девиантного поведения в период социальных перемен // Психиатрия и общество. Сборник научных работ, посвященный 80-летию ГНЦ ССП им. В. П. Сербского. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001. — с. 144-151.
72. Мионов Н. Е. принципы охраны психического здоровья детей и подростков в специальных образовательных учреждениях // Российский педиатрический журнал, 1998. — № 1. — с. 12-16.

73. Многоосевая классификация психических расстройств в детском и подростковом возрасте. Классификация психических и поведенческих расстройств у детей и подростков в соответствии с МКБ-10. М.: Смысл; СПб.: Речь, 2003. — 407 с.

74. Можгинский Ю. Б. Признаки расстройств настроения и их динамика как показатели агрессивно-криминального поведения у подростков // Дети и насилие. Материалы всероссийской научно-практической конференции. М.-СПб. 2-8 октября 1994. — с. 88-92.

75. Нечипоренко В. В. Обоснованность диагноза психопатии в молодом возрасте с позиций динамического подхода // Обзор психиатрии и мед. психол. им. В. М. Бехтерева, 1991, № 1, с. 47-57

76. Николаева Т. А. Судебно-психиатрическая оценка легкой умственной отсталости с учетом положений ст. 22 УК РФ. Автореф... канд. мед. наук. М., 2002.

77. О положении детей в Российской Федерации. Государственный доклад. 2002 год. М.: Министерство труда и социально-го развития РФ, 2002. — 120 с.

78. Пережогин Л. О. Интернет-аддикция в подростковой среде. // Сборник тезисов международной конференции «Подростки и молодежь в меняющемся обществе — проблемы девиантного поведения». Москва, 2001. М.: Новый отсчет, 2001 — С 56-68.

79. Пережогин Л. О. Психические расстройства у несовершеннолетних с беспризорностью и криминальной активностью: систематика и коррекция // Актуальные проблемы психиатрии, психотерапии, медицинской психологии (материалы конференции «Психиатрия глазами молодых ученых», Тула, 2-6 сентября 2008); М.: РИО ФГУ ГНЦ ССП им. В. П. Сербского, 2008. с. 125-131.

80. Пережогин Л. О. Психологические и клинические особенности интернет-аддикции у подростков. // Всероссийская научно-практическая конференция «Актуальные вопросы детской психиатрии» (Материалы конференции). Саратов. 25-28 сентября 2006 г. с. 91-106.

81. Пережогин Л. О. Специфические расстройства речи и школьных навыков: диагностика и коррекция. М.: ТЦ Сфера, 2005. — 112 с.

82. Пережогин Л. О. Тренинговая профилактика синдрома зависимости у детей и подростков. // Материалы XI международного симпозиума «Эколого-физиологические проблемы адаптации». 27-28 января 2003 г., Москва. М.: РУДН, 2003. — 678 с. С. 412-413.

83. Пережогин Л. О., Емельянцева Ю. В., Крюковский С. В. Тренинговая профилактика синдрома зависимости у детей и подростков. // Психическое здоровье и социально-психологическая поддержка детей и подростков. Состояние и перспективы. (Материалы межрегиональной научно-практической конференции) Кострома, 23-24 апреля 2002 г. С. 52-53

84. Петрушин С. В. Психологический тренинг в многочисленной группе. М.: Академический проект; Екатеринбург: Деловая книга, 2000. — 256 с.

85. Подростковая судебная психиатрия. Руководство для врачей./ Под ред. В. А. Гурьевой. М.: РИО ГНЦ ССП им. В. П. Сербского, 1996. — 286 с.

86. Подростковая судебная психиатрия. Руководство для врачей./ Под ред. В. А. Гурьевой. М.: РИО ГНЦ ССП им. В. П. Сербского, 1998. — 364 с.

87. Попов Ю. В. Новый подход к диагностике психопатий (расстройств личности) // Обозр. психиатрии и мед. психол. им. В. М. Бехтерева, 1991, № 2, с. 5-14

88. Попов Ю. В., Вид В. Д. Современная клиническая психиатрия. СПб.: Речь, 2000. — 402 с.

89. Прикладная статистика. Правила определения оценок и доверительных границ для параметров нормального распределения. ГОСТ 11.004-74. М., Гос. комитет стандартов СССР, 1974, — 20 с.

90. Прикладная статистика. Правила проверки согласия опытного распределения с теоретическим. ГОСТ 11.006-74. М., Гос. комитет стандартов СССР, 1975, — 24 с.

91. Психические расстройства и расстройства поведения (F 00 — F 99). Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в РФ (под ред. Дмитриевой Т. Б., Голланд В. Б., Казаковцева Б. А.) — М.: РИО ГНЦ ССП им. В. П. Сербского, 1998. — 360 с.

92. Психические расстройства и расстройства поведения (F 00-F 99). Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации. М.: Министерство здравоохранения РФ, 1988

93. Психотерапия детей и подростков / Под ред. Х. Ремшмидта. М.: Мир, 2000. — 656 с.

94. Пятницкая И. Н. Наркомании. М. Медицина, 1994. — 544 с.

95. Пятницкая И. Н., Найденова Н. Г. Подростковая нарколо- гия. М.: Медицина, 2002. — 256 с.

96. Реан А. А., Коломинский Я. Л. Социальная педагогическая психология. СПб. Питер Ком, 1999. — 416 с.

97. Ремшмидт Х. Детская и подростковая психиатрия. М.: Эксмо Пресс, 2001. — 624 с.
98. Ремшмидт Х. Подростковый и юношеский возраст. Проблемы становления личности. М.: Мир, 1994 — 320 с.
99. Рихартц М., Бауэр М. Психиатрия и психотерапия периода развития. // Психиатрия, психосоматика, психотерапия. Ред. Кискер К. П., Фрайбергер Г., Розе Г. К., Вульф Э. М.: Алетейа, 1999. с. 52-89.
100. Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии. М., 1946, переиздание: СПб, «Питер Ком», 1999, — 720 с.
101. Рудестам К. Групповая психотерапия. СПб.: Питер Ком, 1998. — 384 с.
102. Руководство по клинической детской и подростковой психиатрии. / Под ред. К. С. Робсона. — М.: Медицина, 1999. — 488 с.
103. Руководство по психиатрии. / Под ред. Снежневского А. В. тт. 1-2. М.: Медицина, 1983.
104. Руководство по социальной психиатрии / Под ред. Т. Б. Дмитриевой. М.: Медицина, 2001. — 560 с.
105. Руководство по социальной психиатрии. Под ред. Т. Б. Дмитриевой, Б. С. Положего. М.: МИА, 2009. — 544 с.
106. Рыбальский М. И. Бред. М.: Медицина, 1993. — 368 с.
107. Рычкова Н. А. Дезадаптивное поведение детей. М.: ГНОМ и Д, 2000. — 96 с.
108. Сафуанов Ф. С. Судебно-психологическая экспертиза в уголовном процессе. М.: Гардарика, Смысл, 1998. — 192 с.
109. Сексопатология: справочник. Под ред. Г. С. Васильченко. М.: Медицина, 1990. — 576 с.
110. Семенович А. В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. М.: Академия, 2002. — 232 с.
111. Семке В. Я. Превентивная психиатрия. Томск. ТГУ, 1999. — 403 с.
112. Ситковская О. Д. Психология уголовной ответственности. М.: Норма, 1998. — 285 с.
113. Сворцов И. А. Развитие нервной системы у детей — нейроонтогенез и его нарушения. М.: Тривола, 2000. — 202 с.
114. Собчик Л. Н. Введение в психологию индивидуальности. Теория и практика психодиагностики. М.: Институт прикладной психологии, 1997. — 480 с.
115. Собчик Л. Н. Психодиагностика. Методы и методология. М.: Союзвузприбор, — 1990. — 80 с.
116. Стайн Д. М., Грембах М. М. Половое созревание у мальчиков и девочек: физиология и нарушения // Репродуктивная эн-

- докринология. Под ред. С. С. К. Йена, Р. Б. Джаффе. М.: Медицина, — 1998. Т. 1. с. 422-530.
117. Стребельева Е. А. Дети-сироты: консультирование и диагностика развития. М.: Полиграф-Сервис, 1998. — 335 с.
118. Сухарева Г. Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. М.: Медицина, т. 1, 1955; т. 2, 1959; т. 3, 1965.
119. Сухарева Г. Е. Лекции по психиатрии детского возраста. М.: Медицина, 1974. — 320 с.
120. Тростанецкая Г. Н., Шипицына Л. М. Дети группы «риска». Социальные и психолого-педагогические проблемы // Дети и насилие. Материалы всероссийской научно-практической конференции. М.-СПб. 2-8 октября 1994. — с. 5-9.
121. Шалимов В. Ф. Медико-социальная помощь детям младшего школьного возраста с пограничными психическими расстройствами (диссертация ... доктора мед. наук). М. 2007.
122. Шнайдер К. Клиническая психопатология. Киев, Сфера, 1999, — 236 с.
123. Шостакович Б. В., Горинов В. В., Пережогин Л. О. Способ диагностики степени выраженности волевых расстройств в судебно-психиатрической клинике // Социальная и клиническая психиатрия 2000, № 3 с. 42-48.
124. Шпенглер О. Закат Европы. Образ и действительность. М.-Петроград: изд-во Л. Д. Френкель, 1923. — 467 с.
125. Эйдемиллер Э. Г., Юстицких В. Психология и психотерапия семьи. СПб.: Питер, 1999. — 656 с.
126. Эллис А. Гуманистическая психотерапия: рационально-эмоциональный подход. СПб.: Сова; М.: Эксмо-пресс, 2002. — 272 с.
127. Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис. М.: Прогресс, 1996. — 344 с.
128. Ясперс К. (1913) Общая психопатология — М.: Практика, 1997 — 1056 с.
129. Bender L. Specific reading disability as a maturational lag. / / Orton society bull. 1957 № 7 p. 9
130. Cantvill D. P., Baker L. Psychiatric and learning disorders in children with communication disorders. // Children and adolescent psychiatry: Modern approaches. Oxford: Blackwell Publications, 1985. — p. 526.
131. Crocker A. C., Nelson R. P. Mental retardation. // Levine M. D., Carey W. B., Crocker A. C., Gross R. D. (editors) Developmental Behavioral Pediatrics. Philadelphia, Saunders, 1983. — p. 756-98.
132. Engel G. L. The clinical application of the biopsychosocial model // American J. of psychiatry, 1980. Vol. 137. pp. 535-544

133. Fields L. Psychopathy, other regarding moral beliefs, and responsibility. // PPP Vol .3 № 4, 1996.- pp. 261-277.
134. Fingarette H. Criminal Insanity // Psychiatry & ethics, NY.: Prometheus press, 1982.- pp. 499-517.
135. Gacono C. B., Meloy J. R. The Rorschach and DSM-III-R antisocial personality // J. of clinical psychology, 1992, Vol. 48, № 3, pp. 393-406
136. Galanter M., Brook D. Network therapy for addiction // International J. of Group Psychotherapy, 2001, Vol. 51 № 1, pp. 101-122.
137. Groder M. G. Asklepieion: effective treatment for felons. // Transactional analysis: principles and application. Boston, Allyn & Bacon, 1976.
138. Guerney B. Relationship enhancement: skill training programs for therapy, problem prevention and enrichment. San Francisco, Jossey Bass, 1977. — 570 p.
139. Kelley C. Assertion training: a facilitator's guide. La Jolla, California: University association, 1979. — 330 p.
140. Korn D. A. Expansion of gambling in Canada // CMA Journal, 2000. Vol. 163, № 1, pp. 61-64
141. Luft J. Group processes: an introduction to group dynamics. Palo Alto, California. National press, 1970. — 219 p.
142. Luke R. A., Seashore C. Generalizations on research and speculations from experience related to laboratory training design. // Sensitivity training and the laboratory approach. Itasca, Illinois, F. E. Peacock, 1977.
143. Marttunen M. J., Aro H. M., Henriksson M. M., Lonqvist J. K. Antisocial behaviour in adolescent suicide // Acta psychiatrica scandinavica 1994, Vol 89, № 3, pp. 167-173
144. Naumburg M. Dynamically oriented art-therapy: its principles and practices. NY.: Grune & Stratton, 1966. — 415 p.
145. Perls F. S. The Gestalt approach and eye witness to therapy. Palo Alto, California. Science books, 1973. — 230 p.
146. Pierrakos J. C. Core-energetic processes in group therapy // Group therapy theory and practice. NY.: Free press, 1978, pp. 176-201.
147. Praterelli M. E., Browne B. L., Johnson K. Internet addiction: a factor analytic approach // Be-havior research methods, 1999, Vol. 31, pp. 305-314.
148. Quay H. C., Werry J. S. Psychopathological disorders of childhood. NY.: John Wiley, 1986.
149. Rasch W. Die Zuordnung der psychologischen Diagnosen zu den vier psychischen Merkmalen der articles 20, 21 StGB // Psychiatrie Prax. 1983 Vol. 10 № 5 pp. 170-176

150. Rutter M., Gould M. Classification. // Child and adolescent psychiatry. Modern approaches. (ed. M. Rutter and L. Hersov). Oxford: Blackwell, 1985.
151. Rutter M., Lebovici L., Eisenberg L. et al. A tri-axial classification of mental disorders in childhood // J. of Child Psychology and Psychiatry, 1969. Vol. 10, pp. 41-61.
152. Sadock B. J., Sadock V. A. Kaplan and Sadock's handbook of clinical psychiatry. NY.: Williams&Wilkins, 2001.
153. Shapira N. A., Goldsmith T. D., Keck P. E. (Jr), Khosla U. M., McElroy S. L. Psychiatric features of individuals with problematic Internet use // J. of affective disorders, 2000, Vol. 57, pp. 267-272.
154. Training-group experiences and theory and laboratory method. // Ed. by Bradford L. P., Gibb J. R., Benne K. D. NY.: Willey, 1964. — 750 p.
155. Van Goor-Limbo G., Oriey J. et al. Classification of abnormal psychosocial situations and psychosocial functioning in child. WHO monograph. Geneva, 1990.
156. Van Goor-Limbo G., Oriey J., Poustka F., Rutter M. Classification of abnormal psychosocial situations // J. of Child Psychology and Psychiatry, 1990. Vol. 31, pp. 229-241.
157. WHO. Multiaxial classification of child and adolescent psychiatric disorders. Cambridge university press, 1996.
158. Yalom I. D. A study of group therapy dropouts. // Archive of general psychiatry, 1966, № 14 pp. 394-414
159. Yalom I. D. Theory and practice of group psychotherapy. NY.: Basic Books, 1975. — 366 p.
160. Young K. S. Psychology of computer use: addictive use of the internet: a case that breaks the stereotype // Psychological reports, 1996, Vol. 79, pp. 899-902.
161. Yule W., Rutter M. Reading and other learning difficulties. / / Children and adolescent psychiatry: Modern approaches. Oxford: Blackwell Publications, 1985.

