

**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
ПРАВОНАРУШИТЕЛЕЙ
И БЕЗНАДЗОРНЫХ**

Монография

Москва — 2010

ББК 67.51я73

П27

Рецензенты:

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

Доктор психологических наук, профессор **Н. Ю. Сиягина**

Пережогин Л.О.

П27

Систематика и коррекция психических расстройств у несовершеннолетних правонарушителей и безнадзорных: Монография. — М.: ФГНУ «ЦПВиСППДМ», 2010. — 260 с. В монографии изложены результаты комплексного многоуровневого лонгитудинального исследования по изучению психического здоровья несовершеннолетних правонарушителей, беспризорных и безнадзорных в системе различных специализированных образовательных и воспитательных учреждений позволило определить патогенное и саногенное значение биологических и социальных факторов в генезе психических расстройств и формировании девиантного поведения. 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 позволил проследить формирование различных типов психической дезадаптации, выделить специфические особенности психического развития и определить факторы, способствующие развитию криминального поведения. Анализ структуры психических и поведенческих расстройств в рамках выделенных типов психической дезадаптации позволил выделить основные биологические и социально-психологические предикторы психической дезадаптации, основные саногенные факторы, мишени для психотерапевтической и коррекционной работы. Были разработаны и апробированы методы и средства лечебно-терапевтической и коррекционной помощи для несовершеннолетних с психическими и поведенческими расстройствами в условиях безнадзорности и в условиях систематической криминальной активности. Полученные данные легли в основу разработанной региональной межотраслевой модели взаимодействия специалистов и учреждений в рамках профилактики и реабилитационной социально-психиатрической помощи несовершеннолетним с психическими расстройствами. Для врачей-психиатров, психотерапевтов, клинических психологов, педагогов.

ББК 67.51я73

**Утверждено и рекомендовано решением
Ученого Совета ФГНУ «ЦПВиСППДМ»
в качестве монографии
(протокол № 4-2010)**

ISBN

© ФГНУ «ЦПВиСППДМ», 2010

© Пережогин Л.О., 2010

От автора

В 2009 году увидели свет две моих книги.

Сначала появилась монография «Криминальное поведение несовершеннолетних (криминологический и социально-психиатрический аспекты)», изданная во Всероссийской государственной налоговой академии. Это была книга, в которой я попытался описать результаты собственных эмпирических наблюдений, поэтому книга изобиловала фактами и статистическими выкладками. Книга готовилась задолго до того, как увидела свет. Это была попытка зафиксировать впечатление (какое многозначительное слово!) и осмыслить увиденное.

В конце года в Центре исследования проблем воспитания, формирования здорового образа жизни, профилактики наркомагии и социально-педагогической поддержки детей и молодежи Министерства Образования и Науки РФ была издана монография «Систематика и коррекция психических расстройств у несовершеннолетних с безнадзорностью и криминальной активностью». В ней мне хотелось описать, что я делал, как я это делал, что получилось в итоге. Книга писалась по ходу и сразу после завершения исследования, поэтому добрую половину книги объемом в 300 страниц заняли описания методик, применявшихся для реабилитации несовершеннолетних правонарушителей, беспризорных и безнадзорных.

Нынешняя книга — попытка посмотреть на исходные данные и полученные результаты с клинических позиций. Здесь акцент смещен в сторону клинической оценки и критериев выбора реабилитационной тактики в отношении конкретного ребенка. Если здесь и приводятся статистические выкладки — то лишь те, которые достоверно указывали на особенности и механизмы формирования клинической картины и определяли выбор реабилитационных методов. Если здесь и приводятся описания этих методов — то лишь тех, которые характеризуют суть используемых реабилитационных подходов.

Здесь я должен сказать «спасибо»:

Сначала — тем тремстам обследованным мной несовершеннолетним правонарушителям, беспризорным и безнадзорным, и

всем школьникам, составившим контрольную группу, но особенно — 126 ребятам, кто участвовал в работе реабилитационных групп. Их воспитателям, учителям, психологам, директорам и начальникам реабилитационных учреждений.

Разумеется, моим учителям, которые помогали мне своими добрыми советами и наставлениями — Татьяне Борисовне Дмитриевой (увы, ее уже нет среди нас), Евгению Вадимовичу Макушкину, Николаю Васильевичу Вострокнутову, Наталье Валентиновне Симашковой, Василию Васильевичу Вандышу-Бубко, Анне Анатольевне Портновой, Наталье Юрьевне Синягиной и всем коллегам, которые поддерживали, советовали или просто поили горячим кофе...

Моим близким, семье и друзьям, особенно — Марусе и Мишке, которые воочию показали мне, что лучший отдых — это смена деятельности.

Лев Пережогин

Введение

Проблема подростковой преступности и детской беспризорности обострилась в России в начале 1990-х годов. Советское государство одним из принципов своей социальной политики сделало заботу о семье и детях, поэтому беспризорники, малолетние воры и попрошайки, прочно ассоциировались в общественном сознании с периодом гражданской войны 1918-1922 гг. и воспринимались как атрибут «развивающихся стран» (Люблинский П. И., 1923; Тростанецкая Г. Н., 1994; Волкова С. В., 2001). Кризис государственной идеологии, распад страны, новые экономические отношения привели к глубокой перестройке внутри общества, что не замедлило сказаться на социальном статусе семьи, социальном восприятии образования и культуры, привело к общественной толерантности к считавшимся прежде недопустимыми способам обогащения, в том числе — криминальным. Улицы крупнейших городов, и в особенности — Москвы, наводнили бездомные дети. Ежегодно их количество увеличивалось более, чем на 100 тысяч человек (Государственный доклад «О состоянии здоровья населения РФ», 2000).

Социальная ситуация развития ребенка оказывает существенное влияние на его возрастное психическое развитие, личностное развитие, обуславливает риск формирования социально-зависимых психических расстройств. 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; Вострокнутов Н. В. с соавт., 2002; Выхристюк О. Ф., 2004; Макушкин Е. В., 2007). 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 развития расстройств психического здоровья и поведения, 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). Однако 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, личностными особенностями ребенка, влиянием образовательной среды.

Это определяет различия в типологии психических расстройств и объектов лечебно-терапевтической, социотерапевтической помощи, а также различные аспектов правовой поддержки. Поэтому наиболее адекватным методом для исследования психического здоровья и нарушений поведения в очерченной категории несовершеннолетних следует считать социально-психиатрический метод (Положий Б. С., 2001; Гурьева В. А., Вострокнутов Н. В., Макушкин Е. В., 2001; Шалимов В. Ф., 2007).

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 (Семке В. Я., 1999; Дмитриева Т. Б., 2001, Рыбалко М. И. с соавт., 2003; Гурович И. Я. с соавт., 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; Шац И. К., 2003), где психиатрическая помощь минимальна. Несмотря на работу психиатров в детских социальных учреждениях реабилитирующего типа, она сводится, по сути, к

паллиативным приемам (Малофеев Н. Н., Шматко Н. Д., 2006). Большинство несовершеннолетних правонарушителей, беспризорных и безнадзорных детей в 2005-2007 гг. переместились из подвалов и с чердаков в специализированные учреждения, однако до сих пор не разработаны методические основания и формы медико-психологической помощи в столь специфических условиях, включая: фармакотерапию, психотерапию, психокоррекцию, правовую поддержку (с учетом психического расстройства). 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 (Волошин В. М., 2001, 2002; Вострокнутов Н. В. с соавт., 2004; Макушкин Е. В., 2007).

Тяжелая криминологическая обстановка в среде несовершеннолетних (рост числа тяжких преступлений, рост количества преступлений, совершенных в группе, смещение криминальной активности в младшую возрастную группу (до 14 лет) (Мельникова Э. Б., Ветрова Г. Н., 2006)) также определяет необходимость разработки новых профилактических концепций и мер коррекции асоциального поведения, в том числе — обусловленного аномалиями психического развития, психическими расстройствами и расстройствами поведения.

Сказанное выше определило этапы нашей работы:

1. Этап изучения структуры психических расстройств и расстройств поведения, сопутствующих им аномальных психосоциальных ситуаций и других форм патологии, выделения конституционно-биологических факторов и социальных условий, влияющих на их формирование и развитие у несовершеннолетних правонарушителей и беспризорных и безнадзорных подростков подросков.

2. Этап изучения характера психической дезадаптации, выделения ее типов, поиска протективных и стимулирующих развитие асоциального поведения факторов, выявления факторов — мишеней для комплексной терапевтической и коррекционной реабилитационной работы.

3. Этап разработки и апробирования в РК группах реабилитационных терапевтических и коррекционных программ, оценки их эффективности с использованием интегративных показателей психического функционирования.

4. Этап разработки и внедрения региональной модели комплексной медико-психолого-педагогической профилактической и

реабилитационной помощи НП и ББ подросткам и подросткам группы риска.

Работа, проводившаяся на данных этапах, определила содержание этой книги: в первой главе проводится анализ современного состояния проблемы реабилитации несовершеннолетних правонарушителей, беспризорных и безнадзорных в России и за рубежом, вычленяются основные принципы реабилитационной, в частности — психотерапевтической и коррекционной — деятельности; во второй главе дается описание социально-психиатрического статуса обследованных группы несовершеннолетних правонарушителей, беспризорных и безнадзорных; в третьей главе мы подробно останавливаемся на клинической характеристике типов психической дезадаптации и выделяем симптомы — мишени для воздействия реабилитационных техник; в четвертой главе обосновываем выбор этих техник и пытаемся описать идеальную реабилитационную среду, в которой успех реабилитационных мероприятий, был бы, на наш взгляд, максимальным.

Глава 1

Современное состояние проблемы

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; Вострокнутов Н. В. с соавт., 2003; Мамцева В. Н., 2003; Долгова А. И., 2004; Макушкин Е. В., 2005; Шевченко Ю. С., 2006; 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) показал: 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 соответ-

ствующим признакам субъекта преступления (в том числе — по признаку возраста) (Рарог А. И., 2001; Козаченко И. Я. С соавт., 2001; Долгова А. И., 2003; Лупинская П. А., 2004; Селиверстов В. И., 2004; Кудрявцев В. Н. с соавт., 2004 и др.). 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 (Российский статистический ежегодник, 2007) свидетельствует о смещении подростковой преступности в младшую возрастную группу.

На фоне растущих показателей детской и подростковой криминальной активности исследователи отмечают своеобразное расслоение подростково-молодежной популяции и выделяют:

(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 эгоцентрических 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; Вострокнутов Н. В. с соавт., 2003; Блэкборн Р., 2004; Гурьева с соавт., 2007 и др.).

Особую общественную опасность представляет — в силу своей многочисленности и неопределенности — вторая группа. В этой среде по данным многих исследователей (Ковалев В. В., 1995; Бадмаева В. Д., 2002; Вострокнутов Н. В. с соавт., 2004; Гурьева с соавт., 2007 и др.) 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 причин, 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 и охраны правопорядка. Последнее обусловлено тем, что регистрируемые в большинстве случаев у детей и подростков психические расстройства сопровождаются девиантным поведением. В свою очередь, необходимо заметить, что и девиантное поведение в подростковом возрасте является, как правило, следствием психических расстройств.

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., 1985; 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 силу вышеуказанных причин рассмотрение проблем психических расстройств у несовершеннолетних правонарушителей стало невозможным вне социально-психиатрического контекста.

1.1. Несовершеннолетние правонарушители, беспризорные и безнадзорные: формирование современных принципов социальнопсихиатрической реабилитации

Трудно даже предполагать, кто и когда впервые обратил внимание на сочетание социальных и психопатологических факторов в генезе противоправного поведения. Вероятно, уже Гиппократу эта связь была известна: по крайней мере, в книгах «О природе человека» и «О священной болезни» он отмечает факты «беспамятства», сопровождающиеся «дурным поведением, развратом и беспричинным совершением убийства», т.е. объединяет антиобщественное, противоправное и патологическое. Яркие примеры аномального поведения в детском и подростковом возрасте рисуют нам апокрифы, однако оценка событий, даваемая их авторами, сильно отличается от общехристианских традиций морали и нравственности. Античная и ранняя средневековая мысль в медицине целиком полагалась на Гиппократа и Галена, «лишь изредка разбавляя их досужими предрассудками» (Сорокина Т. С., 1994). Только на Востоке (впоследствии сильно повлиявшем на Европу именно в части медицинских знаний) тысячу лет спустя Ибн Сина в трактате «О болезнях, их общих причинах и проявлениях» начинает задумываться «о месте жительства» и образе жизни, и «явлениях, обусловленных душевными движениями». Мир европейского средневековья и раннего Ренессанса заслуживал бы отдельной — но только не клинической, а историко-культурной работы. Мало кто задумывается всерьез, что Я. Шпренгер и Г. Инститорис, издавшие в 1487 г. свою знаменитую книгу — современники Леонардо да Винчи и Парацельса... Главное, как отметил М. Фуко (1997), «начиная с 1650 г. и вплоть до ... Пинеля ... приводят в регистрационных списках одни и те же скучные перечисления своих подопечных: «развратник», «слабоумный», «мот», «калека», «помешанный в уме», «вольнодумец», «неблагодарный сын», «проститутка», «умалишенный». Никакого намека на то, что один отличается от другого; всех уравнивало общее абстрактное бесчестье. Удивляться тому, что больных сажают в тюрьму, что людей безумных смешивают с преступниками, начнут позже».

Лишь в конце XVIII — начале XIX веков сначала гуманисты, такие как У. Тьюк и Ф. Пинель, а потом и исследователи — Пьер Кабанис (1802), Жан Эскироль (1838), Карл Флемминг (1840), Вильгельм Гризенгер (1845) — заговорили о взаимном влиянии социальных условий и психических расстройств (Каннабих Ю. В., 1928). Тогда же стали обращать особое внимание на возраст пациента. В это же время в континентальной Европе (возможно, просто в силу стечения обстоятельств, а возможно, в силу единого подъема гуманистической мысли) происходит быстрое развитие права. Источником преобразований послужил УК Франции (т.н. «Кодекс Наполеона»), закрепивший умозрительные со времен Дигест Юстиниана принципы диверсификации ответственности и наказания, в том числе — по возрасту (Азаркин Н. М., 2003).

Начало XX века стало периодом рождения социальной психиатрии в современном смысле этого термина. По всему миру — в Германии, России, США, Великобритании — поведение людей начинает рассматриваться в совершенно иной, чем прежде, системе координат. С одной стороны, оцениваются факторы, оценивающие клинические составляющие — «здоровье — болезнь». С другой — социальные (воспитание, образование, образ жизни, семья и т.д.). С третьей — взаимодействие внутренних, биологических и внешних, социальных факторов в генезе психических расстройств и обратно — их воздействие на социальное функционирование индивидуума, его социальную адаптацию (Дмитриева Т. Б., Положий Б. С., 2009). Разумеется, социальная психиатрия — как психиатрия развития — одним из основных направлений исследований рассматривала детский и подростковый возраст. Неразрывной оказалась в контексте социальной психиатрии и связь между детским возрастом (период формирования социальных навыков) и противоправным поведением (аномальное усвоение — аномальная реализация принципов социального взаимодействия как основа психического расстройства — социопатическая концепция — и антиобщественного поведения).

Пенитенциарная система Западной Европы с конца XIX века стала выделять в отношении детей и подростков особое направление (ныне воплотившееся в ювенальную юстицию), сочетавшее исправительный, профилактический и — главное — психокоррекционный (практически в современном смысле этого слова) компоненты. Еще Крафт-Эбинг Р. (1895) указывал на широкую практику применения в Германии и Австрии законодательно закрепленных мер по отношению к детям (до 10 лет), малолетним (до 14 лет) и несовершеннолетним (до 18-20 лет), предусматривающим

помещение в специальные приюты, применение домашних и школьных воспитательных мер, преподавания Закона Божия, а «натурам нервическим, не обладающим полным и необходимым разумением», больным, ослабленным «недоеданием или самим ведомым образом жизни» предписывались меры «лечебного свойства», в том числе — душ, прогулки, крепкий сон и гипноз. Чуть позже подобные идеи стали активно пропагандироваться А. Форелем (1908), особенно отмечавшим роль процесса полового созревания в формировании антиобщественного поведения, а затем стали частью общеевропейских взглядов на решение проблемы детской и подростковой преступности. Не будет слишком смелым утверждением, если мы скажем, что основные принципы реализуемых в Европе в начале XXI столетия реабилитационных программ для несовершеннолетних правонарушителей и безнадзорных, были заложены столетием ранее.

В России уже с начала XX века основные принципы гуманистической воспитательно-реабилитационной концепции были сформулированы В. П. Сербским (1900, 1912) и Б. С. Грейденбергом (1915) и сводились к следующему: (1) в отношении малолетних и несовершеннолетних, избежавших в силу возраста или иных причин уголовного преследования за совершенные противоправные действия (преступления или проступки) необходимо продолжительное воспитательное (педагогическое) и лечебное (соматическое и психопатологическое) воздействие; (2) соотношение этих компонентов определяется тем фактом, насколько выражен патологический фактор, определяющий противоправное поведение; (3) для реабилитационных целей должны быть созданы специальные учреждения, т.к. домашний надзор, помещение в монастырь, приют, психиатрическую клинику или тюрьму (на особых условиях) имеет больше недостатков, чем положительных моментов; (4) воспитатели, врачи, духовные лица и родственники должны участвовать в воздействии на несовершеннолетнего сообща. Сходные (хотя не столь детально проработанные) идеи содержались в проекте «Законодательства о душевнобольных», предложенном Н. Н. Баженовым (1911) (проект был отклонен Государственной Думой).

Мировые войны и экономические потрясения затормозили развитие социальной психиатрии во всем мире. Евгенические и расистские идеи, обострившиеся в США в период Великой депрессии, Германский фашизм, резкое идеологическое сужение советской науки 1930-1950-х гг. остановят развитие социальной психиатрии как науки и, в частности, социальной психиатрии детского и подросткового возраста до конца 1950-х годов. Тем не ме-

нее, современная социальная психиатрия — наследница гуманистических идей и первых научных разработок начала XX века.

Развитие социальной психиатрии детского возраста привело к формированию следующей теоретической, концептуальной базы, которую мы будем рассматривать в контексте феноменов антисоциального (в широком смысле слова) поведения детей и подростков.

1. Концепции развития-социализации. Это основополагающее положение социальной психиатрии детского возраста, предполагающее что: (1) дети и подростки, находящиеся в процессе психического и социального развития (усвоения социальных навыков) испытывают значительное, по последствиям сильно превышающее таковое у взрослых, влияние окружающей социальной среды; (2) многие социальные факторы, нейтральные для взрослых, являются патогенными для детей и подростков (разлука с близкими, нахождение в условиях клиники или приюта, влияние микроокружения); (3) социальные факторы, также, как и биологические, могут вызывать нарушения развития — дизонтогенез (Сухарева Г. Е., 1959); (4) ребенок является не столько объектом воздействия, сколько — субъектом взаимодействия с родителями, педагогами, врачами, другими детьми, обществом в целом; (5) ведущим фактором формирования социальных навыков является семья — как среда, оптимальная для развития ребенка; (6) нарушение процессов развития и социализации в силу внешних и внутренних причин позволяет выделять группы риска по формированию психических расстройств.

2. Концепции психической дезадаптации. Психическая дезадаптация носит, как правило, не тотальный, а парциальный, средовой характер. В определенных условиях ребенок может быть адаптирован, успешен, в других — дезадаптирован, беспомощен. Причиной социальной дезадаптации являются социальные и биологические дистрессы (Селье Г., 1979) — депривационные (утрата родителей, близких; изъятие из привычной среды; ограничение в удовлетворении витальных потребностей и др.), связанные с эмоциональными потрясениями (сексуальное насилие, физическое насилие, угроза жизни и др.), связанные с хронической психотравмирующей обстановкой (в семье, в школе, в микроокружении). Таким образом выстраивается цепочка дистресс — дезадаптация — компенсаторные и гиперкомпенсаторные реакции — аномальное поведение (Гурьева В. А. с соавт., 2001; Вострокнутов Н. В. с соавт., 2002; Девятова О. Е., 2004; Шалимов В. Ф., 2007; Макушкин Е. В., 2009 и др.).

3. Концепции групп риска. Под «группами риска» принято понимать большие контингенты детей, в которых в силу дистрессового воздействия значительно (по сравнению с популяцией) возрастает частота определенных психических расстройств. Рядом авторов описаны специфические психические расстройства в группах риска — прежде всего, депрессии, острые аффективные реакции, психогенные развития (Дмитриева Т. Б., 1981; Гурьева В. А., 1996; Pound A., Puckering C., 1998; Солоед К. В., 1998; Kaplan H. B. et al., 2000; Вострокнутов Н. В. с соавт., 2002; Шалимов В. Ф., 2007; Макушкин Е. В., 2009 и др.). Но в группах риска в большей степени встречаются неспецифические патологические состояния — задержки интеллектуального развития и парциальное снижение интеллекта, стойкие изменения эмоционально-личностного реагирования, нарушения коммуникации, волевые расстройства, сомато-вегетативные реакции, неспецифические органические симптомы (Алмазов Б. Н., 1986; Дмитриева Т. Н., 1998; Andrews J. A.; Capaldi, D., 2000; Шевченко Ю. С. с соавт., 2001; Гурьева В. А. с соавт., 2009 и др.). Эти состояния трудно сопоставимы с определенным нозологическим или синдромальным диагнозом, однако они создают неблагоприятную «психопатологическую почву» реализуясь (в свой час) уже в форме клинически очерченных патологических состояний. На определенном этапе их «альтертирующее воздействие проявляется вовне, обуславливая возникновение симптомов и синдромов и знаменуя переход болезни на качественно новый — клинический уровень» (Давыдовский И. В., 1962).

4. Концепции превентивного воздействия и реабилитации. Базируются на гуманистических принципах соблюдения прав ребенка и включают общие программы (информирование детей, родителей, педагогов, специалистов правоохранительных органов; тренинговые программы взаимодействия, телефоны доверия и др.) и программы, ориентированные на определенную группу детей и подростков. Как правило (Ремшмидт Х., 2001; Вострокнутов Н. В. с соавт., 2004; Макушкин Е. В., 2009 и др.) реабилитация включает несколько этапов: (1) диагностику психических расстройств и факторов «патологической почвы», (2) оказание специфической психофармакологической и психотерапевтической помощи с целью купирования острых состояний, (3) оказание неспецифической психокоррекционной и социально-реабилитационной помощи с формированием навыков социального взаимодействия и адаптации. Разработаны сотни авторских реабилитационных программ (Елисеев А. В., 2006; Шалимов В. Ф., 2007).

Эти фундаментальные принципы едины для Европы (включая Россию) и Америки (включая США). Различия в понимании концептуальных положений в отношении несовершеннолетних правонарушителей, беспризорных и безнадзорных возникают на уровне их реализации и включают: (а) законодательные различия в определении категорий детей групп риска, (б) различия в организации системы (если таковая имеется) помощи детям и подросткам, (в) различия в понимании роли специалистов, участвующих в реабилитационном процессе, (г) различия в определении параметров необходимости и достаточности реабилитационного процесса. Эти детали мы проанализируем ниже (раздел 1.2).

Особо следует остановиться на вопросе этических аспектов психотерапевтической и психокоррекционной работы с несовершеннолетними. Если в России врач-психиатр предоставлен в этом вопросе собственной совестью (за исключением фундаментальных принципов психиатрической помощи, регулируемых законодательно), то в США и странах Европы работа специалистов регламентируется также специальными кодексами, принимаемыми профессиональными ассоциациями (например, «Принципы медицинской этики с аннотацией к их применению в психиатрии», 1973, действующие в США). В отношении работы психологов, осуществляющих психокоррекционную и замахивающихся на психотерапевтическую работу, в России не существует специального законодательства. Анализ положений Закона «О психиатрической помощи...», относящего психотерапию к компетенции врача-психиатра и ст. 235 УК РФ «Незаконное занятие медицинской практикой» позволяет сделать вывод, что поводом для уголовного преследования специалистов, осуществляющих практику незаконно, может быть не сам факт ее осуществления, а лишь причиненный вред здоровью, доказать который при психотерапевтическом вмешательстве весьма проблематично.

Зарубежные исследователи фокусируют внимание специалистов на следующих основных вопросах оказания помощи несовершеннолетним правонарушителям, беспризорным и безнадзорным:

1. Врач должен в своей работе опираться на философские принципы, стремиться к самоконтролю, придерживаться принципов равноправия в терапевтическом содружестве с пациентом, поддерживать свой профессиональный уровень и быть готовым к помощи или критике со стороны коллег (Карасу Т. Б., 1998).

2. Строгое соответствие в работе как этическим стандартам, так и научным принципам. Несмотря на то, что психотерапия и ее

методы не всегда могут быть определены с позиций науки, специалист должен занимать такую нишу, чтобы удовлетворять и концепциям науки в ее объективном применении, и законам, и неписанным правилам поведения (Liffton R. J., 1976; Buckley P. et al., 1979; Halleck S. L., 1983 и др.).

3. Врач не должен относиться к психиатрии «лиц, группы, лечебные программы, которые ему не известны, в особенности если их работа основывается только на догматике и авторитете ... и направлять к ним пациентов». Американская психиатрическая ассоциация неоднократно указывала на «этическую несовместимость целей и форм лечения» в отношении так наз. «лечения криком» Янова, «лечения уговорами» Эллиса, «лечения решением» Гринвальда, «лечения оргазмом» Райха, «лечения смыслом» Франкла и др. «методов» (Brill N., 1973; Karasu T. B., 1977; Kermani E. J., 1982 и др.).

4. Врач должен строго соотносить ставящиеся в процессе терапии цели и задачи с пределами своей компетенции, соотносить цели терапии и коррекции с интересами как своего пациента, так и социума в целом, не ставить заведомо недостижимых для данного пациента целей, соотносить цели, достигаемые быстро, и более отдаленные, а методы терапии выбирать наиболее адекватные (с конца 1970-х годов и по сей день именно неадекватность терапии — причина большинства исков к психиатрическим клиникам в США и Европе, Stone A. A., 1984, Claris F., 2007).

5. Недопустимость модификации поведения без согласия подростка (американское законодательство считает модификацию без согласия допустимой, если имело место решение суда: прецедент *Doe vs. Roe*, 1977) и его законных представителей (Halleck S., 1974; APA, 1985 и др.) при допустимости паллиативного воздействия (терапия нежелательных симптомов, не затрагивающая собственно генерирующего их патологического (как правило, невротического) ядра).

6. Врач не должен разглашать какие-либо сведения о пациенте без его согласия, в том числе — сообщать что-либо его законным представителям, следственным и судебным органам и т.д. (российское процессуальное законодательство не делает для врача исключения в отношении преследования за дачу заведомо ложных показаний, действие ст. 51 Конституции РФ на врача не распространяется). Того же требует Клятва Гиппократова (Dubey J., 1974; Roth L. H., Meisel A., 1977; Gross B. H., 1987 и др.). При этом право взрослого всегда уступает первоочередному праву ребенка (прецедент *Shaffer vs. Spicer*, 1974).

7. Врач должен быть отстранен от всех вопросов, касающихся религиозных, расовых, национальных и сексуальных предубеждений, нежелательно использовать данные аспекты даже в позитивном контексте (прецедент *Smith vs. Atkins*, 2008 — обвинительное заключение в отношении врача, допустившего в адрес темнокожего подростка реплику, направленную на использование физических особенностей для повышения самооценки «Не все темнокожие парни должны воровать — многие классно играют в баскетбол»).

Вероятно, пунктуальное следование этим принципам не всегда возможно, однако они должны служить главным ориентиром в профессиональной деятельности специалиста.

1.2. Реабилитация несовершеннолетних правонарушителей, беспризорных и безнадзорных за рубежом и в России

Все зарубежные специалисты сходятся во мнении, что несовершеннолетние правонарушители, беспризорные, обнаруживающие психические расстройства, должны проходить через период комплексной реабилитационной помощи (Biermann K. L., 1988; Forehand R., Wierson M., 1993; Kastner J. W., 1998; Arnett J. J, 1999; Trickett E. J. et al, 2003 и др). Однако у зарубежных исследователей нет единой концепции оказания психиатрической и реабилитационной помощи несовершеннолетним правонарушителям, беспризорным и безнадзорным. Большинство специалистов сходятся в том, что должен соблюдаться паритет между условиями терапии (стационар, полустационар или дневной стационар, амбулаторное лечение, лечение на дому или в условиях особого учреждения, в т.ч. пениitenciарной школы или социального приюта), характером психических расстройств (психотические реакции, невротические нарушения, включая страхи, навязчивости, конверсионные симптомы, аффективные расстройства, расстройства развития), и методом терапии — фармакологической терапией, психоанализом, индивидуальными, групповыми или семейными терапевтическими методиками, коррекционными занятиями и тренингами (Sadock B. J., Sadock V. A., 2001; Вострокнутов Н. В., Пережогин Л. О., 2003 и др.). Социальная реабилитация и терапия опираются на принципы специфичности (методы адекватны состоянию, уровню развития и возрасту), вариативности (программа терапии и реабилитации должна включать основные и резерв-

ные методы) и валидности (доказанная терапевтическая и экономическая эффективность). Кроме того, для каждого вида воздействия имеется строгий набор показаний. Например, Х. Ремшмидт (2001) приводит алгоритм выбора условий для проведения терапии, отталкиваясь от амбулаторной терапии, как от основного вида воздействия. В пользу стационарного лечения, кроме тяжести психического состояния, свидетельствует необходимость отделения ребенка от семьи; в пользу домашней терапии — удаленность от амбулатории и активное сотрудничество близких и т.д.

Все зарубежные авторы сходятся в том, что реабилитационные программы должны носить комплексный характер. Многие говорят о «мишенях терапии и реабилитации» (rehabilitation targets): симптомы психического расстройства (например, страхи, навязчивости), поведение в кругу взрослых, поведение в кругу сверстников, поведение в кругу семьи, поведение в школе, самооценка, собственная значимость (Barkley R.A., 2006). Спектр терапевтического воздействия должен быть максимально широким; рекомендуются различные методы психотерапии, гимнастика, трудотерапия, тренинги, учебные занятия, социально-культурные мероприятия (Steinberg D., 1982). Сроки реабилитационных мероприятий определяются в три года. Базовым учреждением для оказания комплексной помощи и реабилитации детей и подростков групп риска практически во всех странах является специальный подростковый центр, куда принимают амбулаторно подростков, направленных не только врачами, но также педагогами, социальными работниками и по решению суда (Гельдер М. с соавт., 1999).

Организация реабилитации несовершеннолетних правонарушителей, не достигших возраста уголовной ответственности, и беспризорных и безнадзорных подростков, по сути, представляет собой две принципиальные модели: модель Великобритании и США и континентальную модель (вероятно, это косвенно связано с правовыми системами). Анализ зарубежного законодательства (Мельникова Э. Б., 2000; Ягофаров Д. А., 2002; Андриющенко Л. Н., Ведерникова О. Н., 2006; Уветта Б., 2007; Баданцев Н. А., 2008; Ветошкин С. А., 2009; Нагаев В. В., 2009) позволяет создать две альтернативные концептуальные модели, характеризующие структуру систем реабилитации несовершеннолетних, существующих за рубежом.

Американский вариант базируется на принципиальном разделении подростков правонарушителей и беспризорных. Правонарушители по решению федеральных судов, освобождаясь от наказания, помещаются в специальные пенитенциарные учреж-

дения, где в отношении их на протяжении в среднем 2-3 лет осуществляется обучение, воспитание, стационарное психиатрическое лечение (по необходимости) и психотерапевтическая интервенция. Ведущие позиции в реабилитационном процессе на данном этапе принадлежат врачу-психиатру. Деятельность подобных учреждений регламентирована единым положением. Они подчиняются федеральным (или штата) административным органам. По

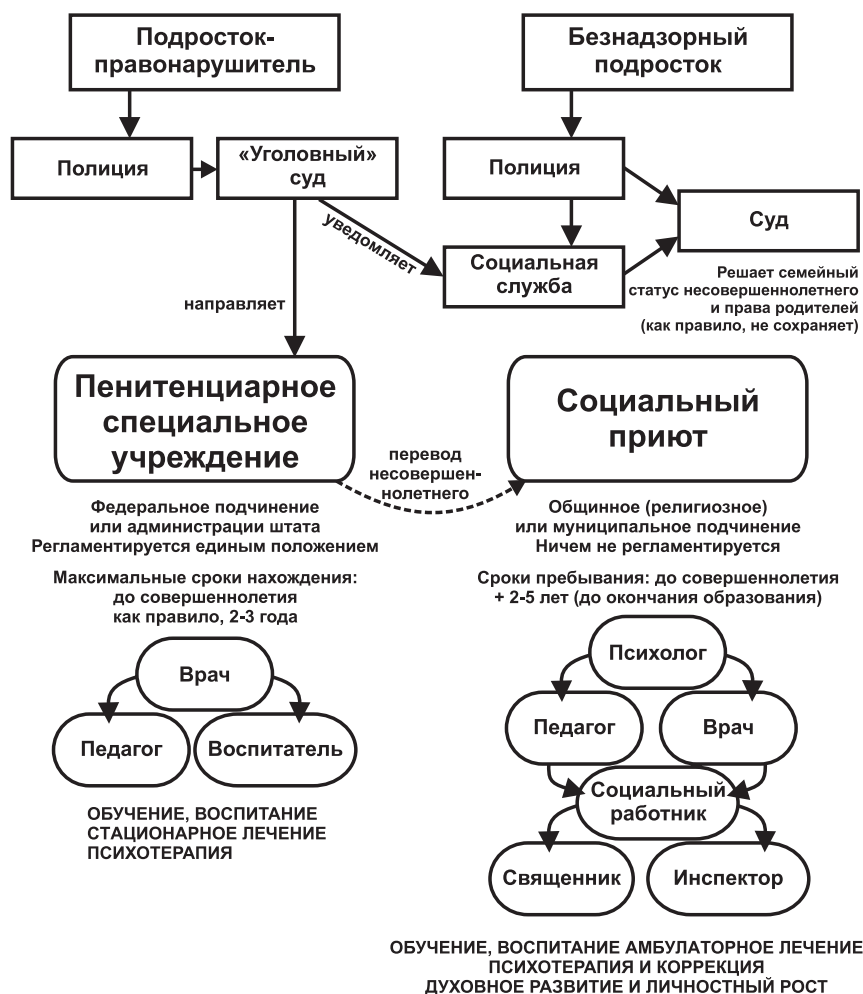


Схема 1.1. Система реабилитации несовершеннолетних (Американская модель)

факту помещения подростка в пенитенциарное учреждение суд заранее уведомляет социальную службу по месту его проживания. То же делает полиция в случае задержания безнадзорного ребенка. Социальная служба инициирует процесс по лишению родителей родительских прав. Несовершеннолетние безнадзорные и правонарушители, прошедшие через пенитенциарное учреждение, концентрируются в социальных приютах.

Их деятельность контролируется и финансируется муниципальными образованиями и религиозными общинами. Ведущая



Схема 1.2. Система реабилитации несовершеннолетних (Европейская модель)

роль среди специалистов здесь отводится психологам, которые вместе с педагогическим и медицинским персоналом координируют работу социальных работников. Перед приютом ставится более широкий спектр задач: обучение, воспитание, амбулаторное лечение, реализация психотерапевтических и психокоррекционных реабилитационных программ, духовный и личностный рост воспитанников (см. схему 1.1).

Европейский вариант изначально более широкий и социально ориентированный. Полиция и социальная служба концентрируют подростков-правонарушителей, беспризорных, безнадзорных, подростков из проблемных семей в социальных приютах, деятельность которых регламентируются, как правило, единым положением, а финансирование и организация работы находится в компетенции муниципалитета.

За инспектором полиции сохраняются контролирующие функции в отношении подростков-правонарушителей. Социальная служба инициирует судебный процесс по ограничению родителей в правах. В случае необходимости психиатрического вмешательства ребенок помещается на общих основаниях в клинику или проходит амбулаторное лечение. Ведущая роль в приюте изначально принадлежит психологу и социальному работнику, которые координируют работу педагогов. На приют возлагаются учебные, воспитательные, коррекционные функции, забота о духовном и личностном росте воспитанников. Большинство воспитанников покидают приют после того, как заканчивают ВУЗы и начинают собственную взрослую жизнь (см. схему 1.2).

Отметим, что обе системы не предусматривают существования единого контролирующего и управляющего органа ни в полиции, ни в социальной службе (по аналогии с комиссиями по делам несовершеннолетних и психолого-медико-педагогическими комиссиями в России).

Проанализируем теперь характер собственно реабилитационных (психотерапевтических и психокоррекционных) программ.

Большое значение среди реабилитационных программ для несовершеннолетних правонарушителей, беспризорных и безнадзорных отводят за рубежом психоаналитическому воздействию. Большинство программ, используемых в ходе реабилитации, не являются, в истинном смысле, психоанализом. С последним их роднит несколько общих допущений, таких, как (1) концепция переноса собственных переживаний на терапевта, (2) концепция трансформации либидо, (3) повышенное внимание к «продукции бессознательного» (снам, фантазиям), (4) отдавание предпочтения

влечениям в определении характера поведения. Особенностью терапии детей и подростков является и исключительная интимность в отношениях терапевта и пациента, игровое взаимодействие, частое вовлечение в терапию значимых для подростка лиц (чаще — родителей) (Zullinger H., 1988; Томэ Х., Кэхеле Х., 1996). В отличие от терапии взрослых используют более директивный стиль, усиливающийся частым использованием вербальных фрустраций (пауз, побудительных междометий). В то же время ценность психоаналитически-ориентированной терапии снижается в силу ограниченности показаний (невроз навязчивых состояний, истерическая симптоматика — страхи, конверсионные расстройства). Эффективность психоаналитической терапии в чистом виде невысока. В последнее время практикующие в пенитенциарных учреждениях терапевты стали использовать ее лишь в комплексе с другими методами терапии (Seiffge-Krenke I., 1986; Райнфрид Х. В., 2003).

Поведенческая терапия. Термин «поведенческая терапия» употреблен здесь в широком смысле, шире чем «бихевиоризм» или «когнитивная терапия». Поведенческая терапия подразумевает несколько важных (в том числе в логическом осмыслении клинических феноменов, наблюдаемых у ребенка) этапов: (1) анализ проблемы (собственно поведения, условий его возникновения), (2) анализ мотивов и отношений, (3) выбор воздействия, мишеней воздействия и согласование целей терапии с пациентом, (4) осуществление трансформации поведения, включая устранение факторов риска, формирование навыков правильного поведения, распространение навыков на повседневную жизнь, (5) формирование внутреннего потенциала сопротивления. Таким образом, поведенческая терапия сама по себе является именно реабилитационным направлением психотерапии, что и обусловило ее широкое применение. Соответствует возможностям поведенческой терапии и набор психических расстройств, наблюдаемых у несовершеннолетних правонарушителей и беспризорных: фобии, панические расстройства, навязчивости, расстройства адаптации, расстройства поведения (Margraf J., 1996; von Aster M., 2003). Несмотря на заслуженную критику ряда теоретических принципов поведенческой терапии (законов научения, объяснений генеза психопатологических симптомов и т.д.) она широко используется и демонстрирует высокую эффективность.

Клиент-центрированная терапия К. Роджерса (Роджерс К., 1994, 1997-1998) является универсальной терапевтической методикой, комплекс принципов которой — положительная оценка

пациента, эмоциональная связь пациента и терапевта, коммуникация, конгруэнтное поведение, взаимная эмпатия — делают этот метод очень удобным в работе с подростками-правонарушителями. С другой стороны, ввиду неочевидности эффекта метода (рядом авторов, например М. Хэзлеммом, 1998, высказывалось мнение, что эффект клиент-центрированной терапии обусловлен исключительно влиянием личности терапевта) в последнее время терапия К. Роджерса все чаще интегрируется зарубежными исследователями с психоаналитическими подходами и терапией игрой. Последняя также универсальна, поскольку игра — обыкновенное средство развития и самовыражения детей. В итоге основой для многих реабилитационных стратегий послужил сплав идей К. Роджерса, А. Фрейд, М. Клейн, А-М. Дюрссен, Х. Цуллингера и др. В то же время, собственно приемы игровой терапии малоэффективны для реабилитации подростков и их надо интегрировать в более сложные терапевтические процессы (Naumburg M., 1966; Goetze H., Jaid W, 1974; Guerney B., 1977; Джинотт Х. Дж., 2001; Бетенски М., 2002 и др.). Вследствие смешения направлений и стилей определить, какой вид психотерапии лежит в основе той или иной реабилитационной программы, становится все труднее. В больших литературных обзорах, посвященных психотерапии детей и подростков (Durlak J. A. et al., 1991; Weisz J. R. et al., 1995) авторы прямо говорят о том, что выделять особое направление, вид терапии — нецелесообразно. Более того, они придерживаются мнения, что удобнее называть терапию, исходя из решаемых ей задач, например, «терапия асоциального поведения», «терапия преодоления проблем распада семьи» и т.д. На наш взгляд, это чрезмерное упрощение, подменяющее клиническую сущность психотерапии неким социально-психологическим клише, ошибочно.

Особняком среди психотерапевтических методов, используемых в реабилитационном процессе, стоят релаксационные техники. Они крайне важны потому, что позволяют осуществлять и быструю коррекцию поведения (купирование острых реакций), и последовательно обучать подростков приемам самостоятельного управления своим настроением и самочувствием. Спектр релаксационных техник очень широк — от классического гипноза и аутогенной тренировки (низшей ступени) до методов биологической обратной связи и телесно-ориентированной терапии. В практике помощи подросткам группы риска широко используют ступенчатый гипноз (по Е. Kretschmer, 1959) и мышечную релаксацию (по Е. Jakobson, 1974) (Ф. Кендалл (ред.), 2002).

В комплексных реабилитационных программах, получивших наибольшее распространение за рубежом, очень большое место отводится групповым видам терапии. Это продиктовано совсем не экономическими соображениями, а (1) групповым взаимодействием пациентов, (2) саногенным ресурсом группы, групповыми процессами, которые моделируют общественные взаимодействия. Групповые процессы являются и главным достоинством и главным недостатком группы — в силу законов групповой динамики группа должна неминуемо распадаться, поэтому перед терапевтом стоит сложнейшая роль — выполнить все терапевтические задачи именно к тому моменту, когда группа завершит свой цикл развития. Х. Ремшмидт (1994) высказывает идею, что работа группы не должна сосредоточиваться на определенном виде терапии: если есть необходимость, надо включать ситуационные ролевые игры, если того требуют обстоятельства — элементы психодрамы, в ряде случаев — групповую суггестию. Большинство авторов в той или иной степени принимают это утверждение (Эллис А., 2002; Бетенски М., 2002; Митчелл С., 2002; Карл Г., Бойз Д., 2002 и др.). Как правило, подростки занимаются по очереди в нескольких терапевтических и коррекционных группах, посещают тренинговые занятия и иные коллективные мероприятия на протяжении нескольких лет реабилитационного процесса.

Эффективность реабилитационных программ, выражающаяся в отсутствии рецидивов криминальной активности и других форм асоциальной активности, составляет, по данным зарубежных авторов 60-90% (Satterfield J. H. et al., 1981; Gunn J., Tailor P., 1993; Райнфрид Х. В., 2003; Николс М., Шварц Р., 2004 и др.). При этом успешность реабилитации коррелирует с благосостоянием семьи ребенка.

Обобщая зарубежный опыт, приходим к следующим выводам: (1) основным звеном в реабилитации несовершеннолетних правонарушителей и беспризорных является социальный приют, (2) ресурсы собственной семьи несовершеннолетнего задействуются в реабилитационном процессе в малой степени, (3) лечебная и реабилитационная функции, как правило, разобщены, однако существует преемственность между специалистами (передаются документы, делаются рекомендации), (4) основу реабилитации составляют психотерапия, психокоррекция и учебные методики, как групповые, так и индивидуальные, (5) эффективность реабилитационных программ возрастает за счет длительности терапевтического сопровождения. Наиболее уязвимыми в этой концепции являются (1) отсутствие существенных различий в подходах к

несовершеннолетним в зависимости от характера имеющихся у них психических расстройств (врач участвует в процессе реабилитации либо лишь на этапе лечения острых состояний, либо как привлеченный специалист) и характера их антисоциальной активности, (2) игнорирование или намеренное исключение саногенного ресурса семьи, направленность на изъятие несовершеннолетнего из неблагополучного семейного окружения, (3) значительные финансовые затраты и риск формирования «социального госпитализма» и рентных установок, реализующихся в дальнейшем в зрелом возрасте, в том числе — путем угроз и шантажа в адрес реабилитационных учреждений. Если первый недостаток легко преодолим организационными мерами, второй — на законодательном уровне, то преодоление третьего должно осуществляться, на наш взгляд, путем интенсификации терапевтического и коррекционного воздействия, что требует включения в реабилитационный процесс принципиально иных техник, обеспечивающих не только «послушание в условиях безбедного существования» (Ремшмидт Х., 1994), но и полную интеграцию в будущую самостоятельную взрослую жизнь.

В Советском Союзе проблема беспризорности и подростковой криминальной активности рассматривалась в качестве одного из негативных последствий гражданской войны и иностранной интервенции, которое пришлось преодолеть молодой республике. Уже к середине 1930-х годов в СССР действовала отлаженная система помощи детям (прежде всего — сиротам), включавшая детские дома, дома ребенка, различные по типам интернаты, специальные учебные заведения (от элитных, включая Суворовские училища, до специализированных школ закрытого типа для несовершеннолетних правонарушителей). Эта система достойно выдержала испытание Великой Отечественной войной и относительно благополучно функционировала до конца 1980-х годов (Бельский П. Г., 1925; Выготский Л. С., 1929; Кашенко В. П., 1930; Гуревич М. О., 1949; Певзнер М. С., 1966; Исаев Д. Н., 1982; Захаров А. И., 1986; Малофеев Н. Н., 1993; Голик А. Н., 2003 и др.). Однако «кризис политической и экономической системы страны, полная реорганизация системы законодательного регулирования, государственного управления, деградация культуры, морали» (Волкова С. В., 2001) привели к «массовому нарушению Конвенции ООН о правах ребенка: насилию в семьях, нищете, отчислению из школ, отсутствию досуговых учреждений». Это привело к катастрофическому росту беспризорности и безнадзорности в стране (более, чем на 100 тысяч ежегодно) и подростковой преступности в 1992-1998 гг.

Отсутствие в России в начале 1990-х годов системы законодательства (острые правовые вопросы регулировались, как правило, Указами Президента и Постановлениями Правительства) породило **ведомственную разобщенность** в вопросах профилактики подростковой преступности и беспризорности/безнадзорности. Специалисты, работающие в системе МВД, традиционно рассматривали подростковую преступность ее профилактику и борьбу с ней, как с социальным явлением, в качестве части своей работы. В итоге в современной системе реабилитации несовершеннолетних правонарушителей отчетливо прослеживается «пенитенциарный» компонент (см. схему 1.3).

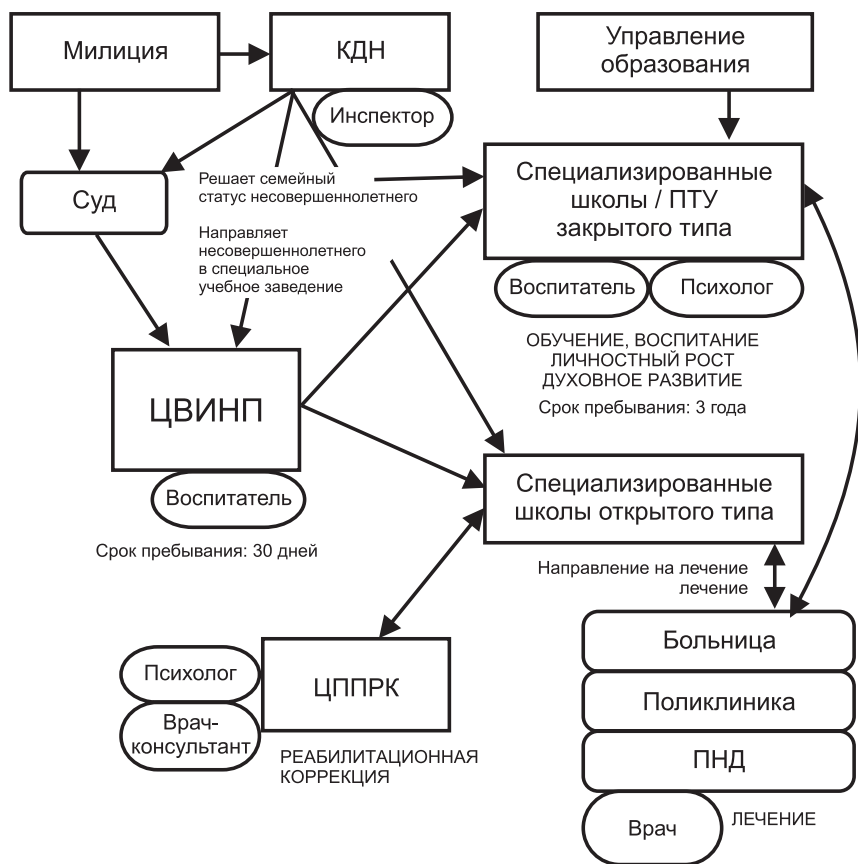


Схема 1.3. Система реабилитации несовершеннолетних правонарушителей в Российской Федерации

Вторым ведущим компонентом системы является образовательный компонент. В итоге главный аспект профилактической и реабилитационной работы оказывается смещен в воспитательную плоскость. Медико-психологическая помощь оказывается вытесненной из структуры реабилитационного процесса (Краснов В. Н., 2001; Вострокнутов Н. В. с соавт., 2002; Шалимов В. Ф., 2007). Все большее внимание в реабилитационном процессе уделяется созданию системы ювенальной юстиции (Ларин А. М. с соавт., 1997; Гравина А. А. с соавт., 1999; Лебедев В. М. с соавт., 2003 и др.), в то время как психиатрическая помощь рассматривается в контексте терапии расстройств психотического регистра и эскалации подростков с тяжелыми психическими расстройствами.



Схема 1.4. Система реабилитации несовершеннолетних беспризорных и безнадзорных в Российской Федерации

Федеральный закон от 24 июня 1999 г. № 120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних» и изданные параллельно ему региональные законодательные акты (например, Закон г. Москвы от 7 апреля 1999 г. № 16 «О профилактике безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних в городе Москве») совсем не касаются вопросов оказания психиатрической помощи несовершеннолетним.

Следствием ведомственной разобщенности при оказании реабилитационной и профилактической помощи стало **разобшение категорий несовершеннолетних группы социального риска** (Вострокнутов Н. В. с соавт., 2004). Это разобшение было закреплено законодательно, что породило еще большую терминологическую и правовую путаницу. Появившиеся категории «беспризорных», «безнадзорных», «детей, оставшихся без попечения родителей», «несовершеннолетних, находящихся в трудной жизненной ситуации», «детей, подвергшихся внутрисемейному насилию», «детей, ставших жертвами сексуальной эксплуатации» разделили подростковую популяцию по формальным признакам, что легло в основу создания организаций, оказывающих «помощь» несовершеннолетним той или иной категории, и многочисленных программ реабилитации, финансируемых, как правило, из федерального бюджета. В итоге, в основу системы помощи беспризорным и безнадзорным были поставлены социальные приюты, которые были подчинены системе Службы социальной защиты населения. Здесь, в отличие от подростков-правонарушителей, наряду с воспитательным, возобладал компонент социального (материального) обеспечения (см. схему 1.4), а медико-психологическая помощь вновь была оттеснена на второй план (за исключением карантинных мероприятий). Несмотря на известные факты, что детские дома и приюты являются заведомо неблагоприятной средой для развития (Солнцев А. А., 1989; Кузнецова Е. Ю., 1992; Потапова Г. Н., 1994; Рычкова Н. А., 2000 и др.), что более 70% их воспитанников вопреки усилиям воспитателей и педагогов не достигают показателей социальной адаптации, свойственных их сверстникам, воспитывающимся в семьях (в т.ч. приемных), этот тип учреждения был выбран основным в системе оказания помощи беспризорным и безнадзорным.

Обеим системам, изображенным на схемах 1.3 и 1.4, не хватало единой службы, способной решить задачи: (1) снижение уровня детской беспризорности и безнадзорности на в рамках муниципального образования; (2) обеспечение развития инфраструктуры всей системы профилактики беспризорности, безнадзорнос-

ти и правонарушений несовершеннолетних; (3) стабилизация криминогенной обстановки в молодежной среде; (4) создание единого реабилитационного пространства для социальной реабилитации и интеграции в общество семей и детей «группы риска»; (5) разработка и внедрение новых технологий, форм, методов работы и взаимодействия органов и учреждений системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних, распространения положительного опыта; (6) развитие партнерских отношений органов государственной власти с общественными, некоммерческими организациями в сфере решения проблем детского и семейного неблагополучия. С 2005 года в Москве эти функции были возложены на Центры психолого-педагогической реабилитации и коррекции (ЦППРК), что явилось большим шагом вперед в плане организации реабилитационной помощи, хотя и не решило ряда проблем, рассматриваемых ниже.

Очевидная громоздкость самой системы помощи, существующей в России, ведомственная разобщенность, использование различных моделей организации реабилитационного процесса применительно к группам несовершеннолетних, разделенным по формальным признакам, низкая включенность в реабилитацию врачей, в частности — детских психиатров — обуславливают необходимость ее совершенствования и реформирования.

1.3. Роль психических расстройств в генезе асоциального поведения несовершеннолетних. Диссоциальное расстройство личности в подростковой психиатрии.

Ни в зарубежной, ни в отечественной психиатрии (за исключением Ч. Ломброзо и его школы) никогда не проводилось прямых параллелей между существованием психического расстройства и антиобщественным, в том числе, криминальным, поведением. Специалистами опубликованы сотни работ, описывающих особенности противоправного поведения лиц с психическими расстройствами, многие из которых содержат верифицированные критерии потенциальной общественной опасности, дифференцированные по нозологическому или синдромальному признаку (Емельянов В. П., 1980; Гурьева В. А. с соавт., 1994; Мальцева М. М., Котов В. П., 1995; Гельдер М., Гэт Д., Мейо Р., 1999; Гурьева В. А., Дмитриева Т. Б., Макушкин Е. В., 2007; Дмитриева Т. Б. с соавт., 2008 и многие другие). Однако во всех работах антисоци-

альное и криминальное поведение интерпретируется как последствие психического расстройства, результат стечения психопатологических предикторов и внешних обстоятельств, и никогда — как неотъемлемый клинический признак, критерий патологии.

В то же время в последние 10-15 лет в зарубежной литературе (вероятно в ожидании принятия DSM-V, проекты которой уже неоднократно выносились на обсуждение специалистов) регулярно появляются сообщения о психических расстройствах, критериями диагностики которых являются исключительно показатели социального функционирования (такие состояния, как «Причудливый внешний вид», «Странное поведение», «Психологическая жестокость» и др.). В контексте проблемы асоциального поведения несовершеннолетних таким расстройством является диссоциальное расстройство личности. Учитывая его критерии, оно могло бы быть диагностировано у подавляющего большинства несовершеннолетних, составивших клиническую основу для нашего исследования. Поэтому мы сочли необходимым специально рассмотреть эту проблему.

«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 (проект 2001 года) 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 действующей 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 расстрой-

ствам 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 клинико-анамнестическом анализе обнаруживают устойчивую связь с расстройствами личности в зрелом возрасте. Таким образом, определенным алгоритмом диагностики становится следующая 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 (например, 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 all., 1998; Hirschberg W., 1999; Parker G. et all., 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 приходится констатировать, что предложенная типология 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 по критериям 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 лич-

ности, ссылаясь на работы классиков психопатологии — К. Ясперса (1913), К. Шнайдера (1923), Э. Кречмера (1921), Р. Крафт-Эбинга (1880, 1909), иллюстрируя свои взгляды клиническими наблюдениями (Clarln 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 расстройства 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 достаточно данных анкетирования и информации, получаемой из психологических тестов (ММПИ, 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 (моза-

ичным) 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) и подчеркивают неразрывную связь асоциального поведения и подросткового возраста в качестве одного из важных диагностических условий.

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. Кербилова. 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 поведением) 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.

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, что предполагает наличие клинических критериев.

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 про-

явления 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 у несовершеннолетних в соответствии с критериями МКБ-10 должно рассцениваться как **расстройство социального поведения** (F 91.0-3). При его диагностике используются 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 (их мы и использовали в процессе диагностики):

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

- социализированные расстройства поведения (F91.1),

- несоциализированные расстройства поведения (F91.2).

Однако, выделенные нарушения поведения не являются собственно 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, являются: (1) несформированность «Я» со слабостью внутреннего контроля, внешней импуль-

сивностью поведения; (2) низкий порог эмоционального реагирования с внутренним напряжением, тревогой, облегченным включением конфликтных психологических переживаний; (3) ограниченный и стереотипный набор реакций на любую фрустрацию или конфликт; (4) облегченное возникновение сопутствующих психосоматических расстройств или более полиморфных поведенческих нарушений, например, аддиктивное поведение со злоупотреблением алкоголем и психоактивными веществами, протестно-вызывающее, демонстративное суицидальное поведение. Именно эти признаки могут являться «мишенями» в ходе реализации реабилитационных программ для подростков с асоциальным поведением и определять, в зависимости от степени выраженности, соотношение терапевтических, психокоррекционных и социотерапевтических мер воздействия.

Глава 2

Характеристика материала и методов исследования

Настоящее исследование выполнялось в Государственном научном центре социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского. Клинический материал набирался в Центре временной изоляции несовершеннолетних правонарушителей (ЦВИНП) ГУВД г. Москвы и созданном на его базе социальном приюте, Специализированной школе закрытого типа для несовершеннолетних с девиантным поведением г. Анны Воронежской области, Социальном приюте «Красносельский» УО ЦАО г. Москвы, Центре психолого-педагогической реабилитации и коррекции «Крестьянская застава» ЮВАО г. Москвы. В ходе выполнения работы мы опирались на два основных принципа диагностики и оценки психических расстройств детского возраста: онтогенетический (эволюционно-динамический) и биопсихосоциальный, что позволило рассматривать закономерности психического развития через призму медико-биологических и социально-психологических факторов. На современном этапе развития психиатрии детского возраста такой подход является доминирующим в работах отечественных клиницистов.

Изложенные в работе данные получены в ходе статистической обработки (выполнялась в соответствии с ГОСТ 11.004-74 и ГОСТ 11.006-74) индивидуальных данных

(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) и созданного на его базе социального приюта, 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» УО 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);

В группу НП и ББ не включались подростки, обнаруживающие при поступлении в учреждения признаки психотической пси-



Схема 2.1. Состав и структура групп обследованных несовершеннолетних.

хопатологической симптоматики, симптомы острых инфекционных заболеваний и иных urgentных соматических патологических состояний.

(4) группы несовершеннолетних, прошедших через реабилитационные психотерапевтические и психокоррекционные программы: из них 77 — несовершеннолетние правонарушители, 49 — воспитанники социального приюта; все несовершеннолетние обследовались дважды (до и после реабилитационной программы) (все 126 случаев представляют собой личные наблюдения); **далее по тексту группа РК** (реабилитационно-катамнестическая), ее подгруппы — РКНП и РКББ соответственно. Продолжительность реабилитационных мероприятий составила 1 год.

Состав и структура групп наглядно отражены на схеме 2.1

В ходе выполнения исследования использовались данные следующих методов:

клинико-психопатологического (квалификация психопатологических расстройств с учетом соответствующего этапа психофизического развития); оценка клинического состояния и дифференциальная диагностика психических расстройств проводилась на основании диагностических критериев МКБ-10 (адаптированный вариант для использования в Российской Федерации, 1998); для систематики выявленных феноменов использовалась в соответствии со стандартами ВОЗ, 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);

экспериментально-психологического: при анализе заключений психологов 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 (ММРІ, уровень притязаний, шкала Спилберга, метод Роршаха, ТАТ, методы Розенцвейга, Лири, Люшера и др.). В случае необходимости (при подборе коррекционных методик при специфических расстройствах речи и школьных навыков) использовалось комплексное нейропсихологическое исследование, проводившееся по традиционной схеме Лурия А. Р. (1969), которое включало исследование слухоречевой памяти (непосредственное и отсроченное воспроизведение серий слов, групп слов, предложений), зрительной памяти (воспроизведение фигур, в т.ч. фигу-

ры Тейлора-Рея), зрительного гнозиса (наложенные изображения, химеры), праксиса динамического (серии движений), зрительного (графические пробы), тактильных функций (локализация прикосновений), речевых функций, счетных операций, профиля функциональной асимметрии (по Брагиной Н. Н., Доброхотовой Т. А., 1981, 1994). Для исследования волевых расстройств была использована разработанная нами (Пережогин Л. О., 2001) «Нормированная шкала диагностики волевых расстройств». Весь спектр волевых расстройств был разделен на 7 категорий в соответствии с типологией, предложенной В. А. Иванниковым (1998). В раздел волевых действий вошли нарушения действий, направленных на удовлетворение потребности в будущем, на создание объективных ценностей, удовлетворяющих потребности общества и отдельных людей, удовлетворение требований ближайшего окружения и выполнение моральных норм (по С. Л. Рубинштейну, 1946). В раздел преодоления препятствий было включено преодоление физических преград, сложности действия, новизны обстановки, внутренних состояний (усталость, болезнь), конкурирующих мотивов и целей, выполнение социально заданных действий на пути к цели. К группе феноменов преодоления конфликта отнесены выбор между несовместимыми действиями, между целями, личными и социальными мотивами, желанием достижения цели и ее последствиями. К категории преднамеренной регуляции были отнесены регуляция параметров действия (темпа, скорости, силы, длительности), торможение неадекватных процессов, прежде всего — эмоциональных, организация психических процессов в соответствии с ходом деятельности, способность противостоять рефлексорным действиям (например, отведению руки от горячего предмета) (по Калину В. К., 1983). В категорию автоматизмов и навязчивостей вошли такие феномены, как навязчивые мысли и действия (без отчуждения и чуждые), выработка автоматизмов с потерей над ними волевого контроля (по L. Fields, 1996). В категорию мотивов и влечений были включены переживание влечений и побуждений, их осознание (по L. Fields, 1996), субъективное восприятие свободы волевого акта (по К. Ясперсу, 1913). Последнюю категорию составили прогностические функции. Для удобства заполнения шкалы и расчета нормированных показателей был создан вопросник, включавший 75 вопросов по 7 вышеперечисленным категориям. Ответы на вопросы анкеты фиксировались в процессе беседы с испытуемым. Лица, составившие контрольную группу, заполняли анкеты самостоятельно под контролем экспериментатора. Вычисленные по анкете нормированные показатели по кате-

гориям заносились в базу данных и подвергались статистической обработке стандартным набором методик;

клинико-катamnестического (оценка клинических, социальных и интегративных характеристик обследованных подростков во временных интервалах — на начало реабилитации, в процессе реабилитации, в конце реабилитационной программы);

статистического — обработка материала осуществлялась в несколько этапов: на первом этапе осуществлялся сбор информации, ее кодирование, составлялась база данных. На втором этапе проводилась статистическая обработка данных с использованием батареи стандартных статистических методик в соответствии с ГОСТ 11.004-74 и ГОСТ 11.006-74. Признаки, обнаруживавшие статистически достоверные различия, подвергались корреляционному анализу. В соответствии с рекомендацией И.Н. Бронштейна, К. А. Семендяева (1986), корреляции считались достоверными, если превышали свою ошибку не менее, чем в три раза, при этом учитывались только средние и сильные степени взаимосвязи ($0,3 \leq \gamma \leq 1,0$). После завершения коррекционных программ, успешность психокоррекции оценивалась по методике BO3 (Van Goor-Limbo G., Oriey J. et al. Classification of abnormal psychosocial situations and psychosocial functioning in child. WHO monograph. Geneva, 1990) с расчетом показателей психосоциальной продуктивности.

Характеристика материала исследования.

Для фиксации индивидуальных показателей несовершеннолетних была разработана карта исследования, включавшая персонуграфический блок, семейно-образовательный блок, криминологический блок (характер и особенности совершенных правонарушений), психопатологический и психологический блоки (фиксировались выявленные феномены и их особенности, характер развития, тип дезадаптации), общесоматический блок, блок оценки показателей психосоциальной продуктивности.

Биографические данные несовершеннолетних правонарушителей, беспризорных и безнадзорных оценивались по 120 признакам.

Средний возраст в группе НП составил 13,4 года, в группе ББ — 13,6 лет. В группе НП преобладали жители крупных городов (103 — 68,7%), в группе ББ городских жителей было около половины (59 — 51,3%). Обращает на себя внимание большое число сельских жителей (27 — 23,5%*) в группе ББ (здесь и далее звездочка указывает на статистически достоверное различие между группами $t \geq 2$, $P \leq 0,05$) против группы НП (19 — 12,7%).

Для подростков обеих групп были характерны признаки социального неблагополучия в семьях, неполные семьи (как правило, без отца) либо вовсе — отсутствие семьи (социальное, реже — физическое сиротство, сопровождавшееся воспитанием в детском доме). Показатели семейного анамнеза и обнаруженные статистически достоверные различия между группами НП и ББ отражены в таблице 2.1.

Анализ **семейного статуса** несовершеннолетних из группы НП позволяет указывать фактор воспитания в семьях, где члены семьи (отцы, старшие братья) находились в криминальной среде, как на возможный, но не абсолютный предиктор криминального поведения. Вероятно, в этом плане более важным оказывался аналогичный фактор в ближайшем внесемейном окружении подростков. С другой стороны, факторы неполной семьи, низкого дохода, большого количества детей в семье, вероятно, относятся к числу определяющих в случае беспризорности и безнадзорности подростков.

Отдельно следует остановиться на динамике развития семьи и внутрисемейных отношений, складывающихся вокруг несовершеннолетних обеих групп. Большинство наблюдаемых нами под-

Таблица 2.1

Семейный статус несовершеннолетних правонарушителей, беспризорных и безнадзорных в сравнении с контрольной группой

Показатели	Группа НП	Группа ББ	Группа К
Неполная семья	62 (41,3%)	87 (75,7%)*	28 (24,1%)+
Многодетная семья	54 (36,0%)	63 (54,8%)*	19 (16,4%)+
Семья с низким доходом	71 (47,3%)	102 (88,7%)*	26 (22,4%)+
Наличие бабушек, дедушек	69 (46,0%)	59 (51,3%)	73 (62,9%)
Воспитание вне семьи	19 (12,7%)	91 (79,1%)*	—
Члены семьи с криминальным прошлым	27 (18,0%)	14 (12,2%)	11 (9,5%)
Члены семьи в местах лишения свободы	11 (7,3%)	8 (6,7%)	3 (2,6%)+
Семья — объект социальной помощи	36 (24,0%)	24 (20,9%)	17 (14,7%)

* — статистически достоверные различия ($t \geq 2$, $P \leq 0,05$) между группами НП и ББ;

+ — статистически достоверные различия ($t \geq 2$, $P \leq 0,05$) от группы контроля.

ростков из многодетных семей — младшие дети. Их старшие братья и сестры, как правило, вполне социально благополучны, поскольку родились и выросли в то время, когда семейные отношения отличались стабильностью. На долю младших детей приходится период внутрисемейных конфликтов и распада семьи, глубокой социальной деградации родителей, резкого снижения семейного благосостояния. Очень часто в семьях подростков обеих

Таблица 2.2

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 ($t \geq 2$, $p \leq 0,05$).

групп отмечались случаи алкоголизма родителей (документально подтвержден алкоголизм у 57,3% отцов и 22,7% матерей в группе НП и 68,7% отцов и 47,8% матерей в группе ББ, различия достоверны, $t \geq 2$, $P \leq 0,05$). Следует отметить, что несмотря на очевидные признаки неблагополучия эти семьи очень редко становились объектами социальной помощи и поддержки.

В соответствии с рекомендациями ВОЗ по мониторингованию **сопутствующих аномальных психосоциальных ситуаций** у несовершеннолетних с психическими расстройствами (ось 5 многоосевой классификации) нами обобщены данные по их встречаемости в исследуемых группах (таблица 2.2).

Поскольку 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 учреждения здравоохранения), т.е. сугубо статистическом разделе МКБ-10, она позволяет косвенно оценить социальную поддержку психических расстройств и нарушений поведения несовершеннолетних, что особенно важно в контексте социальной психиатрии детства, на концепции которой опирается наше исследование. Обращает на себя внимание прежде всего значительно более выраженные негативные показатели, наблюдающиеся в группе ББ. Таким образом, можно предполагать, что уход из семьи вызван в этой группе собственно неблагоприятными семейными обстоятельствами и является вынужденным.

Важным показателем социальной адаптации несовершеннолетнего и характера его референтной группы является **обучение в школе**. Так, среди несовершеннолетних правонарушителей 17 (11,3%) никогда не посещали школу, а на момент совершения противоправных действий 134 (89,3%) не учились. Большинство подростков группы НП (128 — 85,3%) совершили криминальные действия в течение года после ухода из школы. Среди подростков группы ББ никогда не посещали школу 9 (7,8%) человек, столько же посещали вспомогательную школу. В то же время 24 (20,8%) подростка в группе неграмотны, а 78 (67,8%) имеют только начальное образование.

Уход подростка из учебного заведения происходил, как правило, не спонтанно. Первые 1-3 года учебы большинство подростков обеих групп мало отличались от сверстников. Они удовлетворительно или хорошо успевали по большинству предметов, в иерархии класса занимали средние, а иногда и лидерские пози-

ции, были на хорошем счету у педагогов. Однако уже на 2-4 году учебы у них снижалась успеваемость, они переставали выполнять домашние задания, начинали систематически без уважительных причин пропускать занятия, утрачивали дружеские и приятельские отношения с одноклассниками, более ориентируясь на дворовые полукриминальные подростковые группы. Подростки группы ББ одновременно утрачивали и внутрисемейные связи. Заключительный этап, характеризующийся уходом из школы сопровождался нарастанием внутришкольных конфликтов, дистанцированием от социализированных сверстников, ростом негативного отношения к подростку со стороны учителей и родителей одноклассников, часто в связи с оппозиционно-вызывающими и провокационными поступками самого подростка. Школу подростки бросали на 4-7 году обучения. Для подростков группы ББ было характерно раннее оставление школы и параллельный уход из семьи.

Большинство подростков групп НП и ББ, и даже некоторые дети 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. Многие подростки активно стремились зарабатывать деньги, считая заработки главным критерием социального успеха. Некоторые (23,3% в группе НП и 33,9% в группе ББ) 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. Однако большинство несовершеннолетних в качестве предпочтительных источников заработка указывали попрошайничество и криминальный заработок. Попрошайничеством систематически занимались 68,7% подростков в группе НП и 89,6% в группе ББ (различия достоверны, $t \geq 2$, $P \leq 0,05$). Криминальный заработок как источник существования (преимущественно — систематические кражи, например, из автомобилей, с пустующих дач, грабежи) был характерен для 77,3% несовершеннолетних правонарушителей (различия достоверны, $t \geq 2$, $P \leq 0,05$). Показатели криминальной активности подростков группы НП отражены в таблице 2.3 (**криминальная активность** несовершеннолетних оценивалась по 55 показателям).

Большинство подростков группы НП совершили 2-3 правонарушения (максимум — 17), подпадающих под квалификацию преступлений особенной части УК РФ. Половина подростков совершали однородные деликты. Более половины совершали групповые криминальные действия, в том числе — в составе групп с участием совершеннолетних. Основанием для освобождения от уголовной ответственности во всех случаях являлся возраст несовершеннолетних. Большее число правонарушений было характерно для НП с формирующимися расстройствами личности и умственной отсталостью. Самым частым правонарушением являлись кражи. В ряде наблюдений кражи носили стереотипный характер, в частности, один из подростков обнаружил, что благодаря своему маленькому росту и худобе он может легко проникать в киоски, торгующие гамбургерами, через люки, предназначенные для загрузки емкостей с водой: в течение недели он украл продукты и часть выручки из 13 таких киосков. Грабежи совершались, как правило, на улице, самыми частыми объектами являлись шапки и сумки. Подростки признавались, что самым простым было со-

Таблица 2.3

Криминальная активность несовершеннолетних группы НП

Показатели	Значение
Привлекались к уголовной ответств. впервые	52 (34,7%)
Совершили более трех деликтов	58 (38,7%)
Совершали кражи	138 (92,0%)
Совершали грабежи	94 (62,7%)
Совершали хулиганские действия*	88 (58,7%)
Причинили вред здоровью	93 (62,0%)
Совершили убийство	8 (5,3%)
Совершили изнасилование или насильственные действия сексуального характера	5 (3,3%)
Совершали однородные деликты	74 (49,3%)
Совершали групповые деликты	81 (54,0%)
Не доводили деликта до конца	72 (48,0%)
Предварительно планировали деликт	36 (24,0%)

* — в ходе подготовки настоящего исследования в УК РФ изменилась квалификация хулиганства, большая часть действий, квалифицируемых ранее по данной статье, перешли в категорию административных правонарушений

рвать с прохожего шапку и убежать; завладеть таким образом сумкой удавалось далеко не всегда, однако, если сумку не удавалось вырвать у жертвы, тогда при бегстве подростков никто не преследовал. На втором месте после преступлений против собственности стояли преступления против жизни и здоровья. В основном это было причинение вреда здоровью различной степени тяжести (93 — 62,0%). Убийства совершили 8 подростков (5,3%). Один подросток был соучастником двух убийств (собственного отца и старшего брата), совершенных в один вечер (убийство отца совершили 4 сына и мать, затем трое подростков и мать убили одного из братьев, заявившего, что расскажет о случившемся). Исключительно редко совершались преступления сексуального характера.

Особый интерес представляет распределение преступлений против собственности по оси «присвоение собственности — уничтожение собственности» (мы назвали это соотношение «корыстным коэффициентом»). Среди подростков с личностной патологией отношение краж к эпизодам порчи или уничтожения имущества составило 2, 27, среди подростков с умственной отсталостью КК = 1,83, в группе подростков с церебральной органикой — 1,52, среди здоровых правонарушителей КК = 2,5. Таким образом, одни подростки совершали преступления в основном ради наживы, вторые — как ради заработка, так и с целью удовлетворения влечения к разрушению. Также для подростков с органической церебральной патологией оказались характерны насильственные преступления против лиц из ближайшего окружения.

Особого внимания заслуживает анализ мотивации правонарушений. Подобные исследования неоднократно проводились на взрослых правонарушителях (Гульдан В. В., 1983, 1988, 1994). В целом у подростков преобладали корыстные мотивы, но у подростков с формирующимися расстройствами личности на втором месте (57,1% $t \geq 2$, $P \leq 0,05$) по частоте стоял 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; у большинства подростков второе место занимали мотивы подчиняемости, как правило — старшим в группе, в том числе лицам, имеющим устойчивую криминальную ориентацию; на третьем месте по частоте расположились аффектогенные мотивы.

Многие подростки не доводили начатого деликта до конца — как по объективным (им мешали осуществить деликт), так и по

Таблица 2.4

**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

субъективным (отказывались от продолжения деликта) причинам. Редко когда подростки предварительно тщательно планировали преступление и готовились к нему, как правило, деликты совершались спонтанно, при любом удачном стечении обстоятельств. Многие подростки признавались, что просто искали «удобного случая», чтобы совершить кражу, грабеж. Типичной являлась продолжительность криминального эпизода в пределах одного часа. Длящихся преступлений подростками совершено не было.

Соматические расстройства у несовершеннолетних правонарушителей, беспризорных и безнадзорных встречались в половине случаев — у 86 (57,3%) подростков группы НП и у 53 (46,1%) в группе ББ. В контрольной группе соматическая патология была выявлена у 41 (35,3%) подростка. Не имея возможности (а в ряде случаев — достаточной квалификации) для самостоятельной соматической диагностики, мы пользовались уже установленными верифицированными 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 и по данным медицинских карт. Интегративную оценку здоровья ребенка осуществляли по шкале Дж. Грефа (J. W. Graef, 1994). В соответствии с рекомендациями ВОЗ учитывались существующие продолжительное время соматические патологические состояния, часто сочетающиеся с психическими расстройствами и расстройствами поведения (по рекомендации ВОЗ, 1996) — таблица 2.4.

Таким образом, по 4 оси многоосевой классификации 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 благополучием/неблагополучием (на схеме 2.2 они выделены соответствующей штриховкой). Из состояний, ассоциирующихся с группой благополучных детей преобладают классические психосоматические расстройства (бронхиальная астма, синдром раздраженной толстой кишки, алиментарное ожирение), в то время как с неблагополучием 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 (схема 2.2). Из числа рекомендуемых ВОЗ к мониторингованию у несовершеннолетних с психическими расстройствами патологических соматических состояний (4 ось многоосевой классификации) не было зафиксировано паразитарных болезней, наследственных болезней обмена аминокислот и белков, дегенеративных и демиелинизирующих болезней нервной системы, язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, гастритов, врожденных аномалий хромосомного и иного происхождения.

Центральным вопросом нашего исследования являлась **оценка характера и частоты встречаемости психических расстройств у не-**

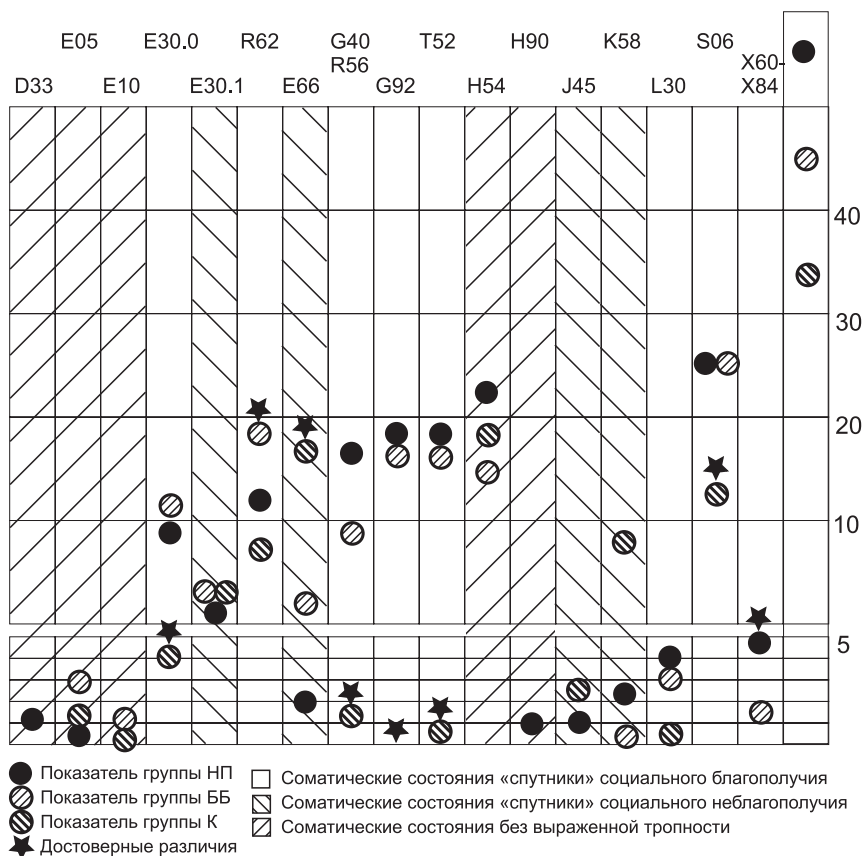


Схема 2.2. Соматическая патология в группах НП и ББ

совершеннолетних правонарушителей, беспризорных и безнадзорных.

В многоосевой классификации ВОЗ психические расстройства представлены тремя осями, причем по первой оси выделено 9 направлений (что не исключает явлений коморбидности):

(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 эти направления при диагностике психических расстройств по оси 1 многоосевой классификации, 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 развития (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).

Состав психических расстройств по группам отражен в таблице 2.5. и на схеме 2.3.

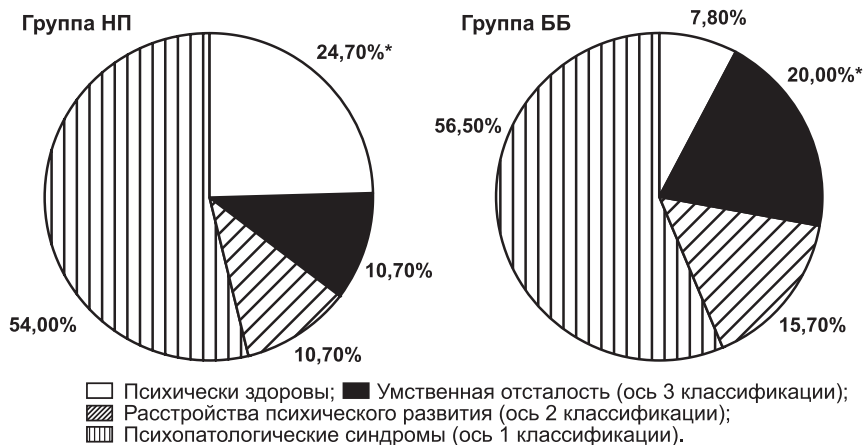
В нашем исследовании в группах НП и ББ не встречались по объективным причинам подростки, психические расстройства у которых могли бы диагностироваться по оси 1 по направлениям 1 (аутизм), 5 (шизофрения) (1 сомнительный в диагностическом плане случай в группе НП и 3 в группе ББ исключены из исследования), 8 и 9. Особо надо отметить, что многие несовершеннолетние обнаруживали признаки формирования специфических расстройств личности F60.x, в частности — диссоциального расстрой-

Таблица 2.5

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 ($t \geq 2$, $p \leq 0,05$)



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

Общими свойствами психических расстройств в исследуемых группах являются:

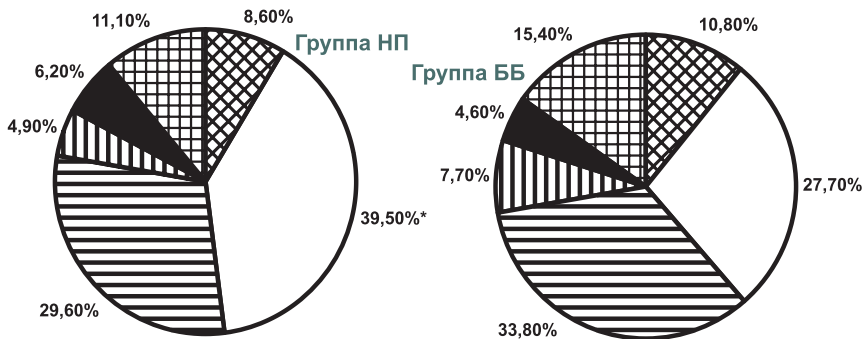
- полиморфизм клинических признаков,
- преимущественная выраженность расстройств непсихотического характера,
- высокий уровень коморбидности с социально-обусловленными расстройствами (социализированное расстройство поведения, оппозиционно-вызывающее расстройство, аддикции),
- ретардация и дисгармоничность личностного развития.

Схема 2.3. Психические расстройства по группам НП и ББ

ства 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 многоосевой классификации отражено в таблице 2.6. и на схеме 2.4. Главной трудностью диагностики являлось вычленение ведущего (определяющего характер поведения и прогноз) синдрома, поскольку отмечалась высокая частота коморбидности основного психического расстройства с социально-обусловленными расстройствами поведения (ОВР, социализированное расстройство).

Согласно рекомендациям ВОЗ (1996), по оси 2 многоосевой классификации кодируются специфические расстройства психического развития, относящиеся согласно МКБ-10 к рубрикам F80 (Специфические расстройства развития речи), F81 (Специфические расстройства развития школьных навыков — чтения, письма,



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

- Гиперкинетические расстройства (F90), включая нарушения внимания и гиперкинетические расстройства поведения
- Расстройства поведения (F91), включая несоциализированное, оппозиционно-вызывающее поведение
- Расстройства личности и поведения органической природы (F07.x)
- Зависимость от ПАВ (F10.x) и поведенческие расстройства, обусловленные зависимостью [здесь не учитывается сопутствующее другим расстройствам злоупотребление алкоголем и зависимость от алкоголя и др. ПАВ]
- Аффективные расстройства (изолированные), включая депрессивные эпизоды (F32.x) и хронические расстройства настроения (F34.x)
- Невротические расстройства, включая расстройства адаптации (F43.x)

Схема 2.4. Клинические психопатологические синдромы, кодируемые по оси 1 многоосевой классификации у несовершеннолетних правонарушителей, беспризорных и безнадзорных

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).

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 (представлены в таблице 2.7) можно отнести к среднестатистическим.

Большинство исследователей, изучавших проблему специфических расстройств развития, указывая на их дизонтогенетическое происхождение, сходятся во мнении, что специфические

Таблица 2.6

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 ($t \geq 2$, $p \leq 0,05$)

Таблица 2.7

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

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; Cantvelli D. P., Baker L., 1985; Yule W., Rutter M., 1985; Безруких М. М., 2000).

Согласно рекомендациям ВОЗ (1996), по оси 3 многоосевой классификации 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. Случаи умственной отсталости, выявленные у несовершеннолетних правонарушителей, беспризорных и безнадзорных, распределились в нашем исследовании следующим образом (таблица 2.8). Следует отметить, что в условиях социального приюта (диагностировано 23 случая УО) отмечалась гипердиагностика умственной отсталости наблюдавшим воспитанников врачом-психиатром из ПНД, во многих случаях у подростков, которым была диагностирована УО, обнаруживался сохранный интеллект. Напротив, в условиях специализированной школы (диагностировано 6 случаев УО) диагноз умственной отсталости обычно подменялся констатацией «глубокой педагогической запущенности» (имевшей место при поступлении в

Таблица 2.8

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

Диагностические рубрики	Группа НП	Группа ББ
F70.0 – легкая УО с минимальными нарушениями поведения	4 (2,7%)	6 (5,2%)
F70.1 – легкая УО со значительными нарушениями поведения	8 (5,3%)	8 (6,9%)
F71.0 – умеренная УО с минимальными нарушениями поведения	1 (0,7%)	2 (1,7%)
F71.1 – умеренная УО со значительными нарушениями поведения	3 (2,0%)	7 (6,1%)*
Всего	16 (10,7%)	23 (20,0%)*

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

учреждение), несмотря на отсутствие положительной динамики на протяжении 1-2 лет пребывания в школе.

Анализируя характер психических расстройств, выявленных нами у несовершеннолетних правонарушителей, беспризорных и безнадзорных 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) с устойчивым тотальным когнитивным дефицитом (умственная отсталость)

б) без когнитивного дефицита или с парциальным дефицитом (специфические расстройства развития)

(2) Расстройства с преобладанием нарушений социальных функций

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

б) без формирования расстройства личности (расстройства невротического спектра, 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).

Вероятно, характер основного психического расстройства, диагностируемого у несовершеннолетнего, определяет тип психической дезадаптации, и, следовательно, спектр «мишеней» в рамках реабилитационных мероприятий.

Психологические особенности исследуемых групп несовершеннолетних оценивались по 115 показателям. Учитывались заключения психологов, работающих с подростками непосредственно в учреждении, и заключения психологов — сотрудников Отделения социальной психиатрии детей и подростков ГНЦ ССП им. В. П. Сербского. Экспериментально-психологическое исследование, проводившееся 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. Однако практически все подростки справлялись в ходе эксперимента с инструкциями психолога, старались их выполнять, большинство в случае необходимости успешно поддавались коррекции.

В обеих группах обнаруживались нарушения внимания. В группе НП дефицит внимания регистрировался у 81 (54,0%), в группе ББ — у 77 (66,9%)(различия достоверны, $t \geq 2$, $P \leq 0,05$). Отмечались как явления истощения, астенизации, сопровождавшиеся снижением продуктивности, так и переключение внимания на посторонние объекты, с восстановлением внимания и темпа работы при коррекции со стороны психолога. Темп психических процессов был снижен у значительной доли несовершеннолетних (НП — 55 — 36,7%; ББ — 42 — 36,5%). Почти половина (68 — 45,3%) подростков группы НП при первичном осмотре 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. При повторных осмотрах такой особенности выявлено не было, что позволяет связать ее с ситуативной реакцией.

Мнестические процессы у большинства подростков были сохранены. Существенное снижение функции памяти отмечалось у подростков с умственной отсталостью (в группе НП у 11 — 7,3%, в группе ББ у 17 — 14,8% человек) и церебральной органической патологией (у 9 — 6,0% и 13 — 11,3% по группам соответственно). В то же время многие подростки обнаруживали показатели, соответствующие нижней границе нормы.

Мышление подростков обеих групп отличалось конкретностью, иногда встречались субъективные трактовки или привнесения, исключительно редко — символичность (у двух подростков группы НП с формирующимся расстройством личности). В большинстве случаев привнесения и их комментарии носили адекватный характер (исключение составили подростки со снижением интеллекта, у которых адекватными были всего лишь 40% привнесенных образов). В целом мышление подростков-правонарушителей отличалось последовательностью, операции сравнения были сохранены, операции обобщения выполнялись успешно, отмечалась некоторая неравномерность, использование формальных признаков (у НП в 10,7%, у ББ в 16,5% случаев), личных предпочтений. Большинство подростков справлялись с трактов-

кой условного смысла иносказательных выражений (хуже всех справлялись подростки с умственной отсталостью, среди которых успешно, в том числе, с помощью экспериментатора, выполняли задания не более половины респондентов). Расстройств мышления, характерных для шизофрении (паралогичности, разорванности, соскальзывания), ни у кого не наблюдалось.

Для подростков обеих групп, более полугода находившихся в спецшколе или приюте, была характерна завышенная самооценка, для новичков — заниженная. Именно новички, тяготясь обстановкой в учреждении, совершали побеги. Для подростков обеих групп была характерна личностная незрелость (в группе НП у 94 — 62,7%, в группе ББ у 78 — 67,8%), достигавшая порой степени выраженного инфантилизма.

Стержневым паттерном поведения подростков-правонарушителей является собственно асоциальный компонент, заключающийся в дистанцировании от общественных стандартов поведения. Выраженный отказ от выполнения социальных требований наблюдался в группе НП у 104 (69,3%), в группе ББ у 82 (71,3%). Личностные особенности несовершеннолетних правонарушителей включали: демонстративность, эгоизм, раздражительность, обидчивость, склонность к внешнеобвиняющим установкам. Склонность к доминированию обнаруживалась у подростков с формирующимся расстройством личности, а для здоровых подростков оказались свойственны склонность к самоутверждению, готовность к активной защите своих взглядов, убеждений, и вместе с тем — уязвимость, плохая переносимость субъективно сложных ситуаций.

При анализе показателей по тесту диагностики форм агрессии Басса-Дарки отмечались следующие особенности профилей: в группах НП и ББ у подростков с формирующимися расстройствами личности профиль был значительно выше, чем в остальных, включая контроль. Самые высокие показатели отмечались по шкалам физической, вербальной и косвенной агрессии, негативизма. Для подростков с личностной патологией особенно были свойственны выраженные показатели негативизма и вербальной агрессии. В группе подростков с интеллектуальной недостаточностью на фоне низких показателей всех видов агрессии отмечался относительно высокий уровень чувства вины. Подростков с церебральной органической патологией отличал высокий уровень чувства вины и вербальной агрессии, профиль здоровых НП и ББ был низким по всем показателям и практически соответствовал контрольной группе. При анализе показателей по Нормированной шкале диагностики волевых расстройств (НШДВР) отмеча-

лись следующие особенности профилей: наиболее благополучная картина наблюдалась, как и предполагалось, у здоровых НП и ББ; наименее благополучная — у подростков с личностными расстройствами, где наблюдались расстройства преднамеренной регуляции, высокий уровень автоматизмов. Для подростков с церебральной органикой было характерно снижение функций прогноза и контроля, для НП и ББ с когнитивными нарушениями — прогноза, контроля, преднамеренной регуляции и волевых действий.

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

При распределении НП и ББ по группам в зависимости от **типа психической дезадаптации** нами были получены следующие результаты (схема 2.5): у несовершеннолетних правонарушителей преобладала личностно-обусловленная, социально-обусловленная (различия достоверны, $t \geq 2$, $P \leq 0,05$) и органически-обусловленная дезадаптация; у несовершеннолетних беспризорных и безнадзорных — органически обусловленная, когнитивно-обусловленная (различия достоверны, $t \geq 2$, $P \leq 0,05$) и личностно-обусловленная дезадаптация. Тип дезадаптации определял характер ин-

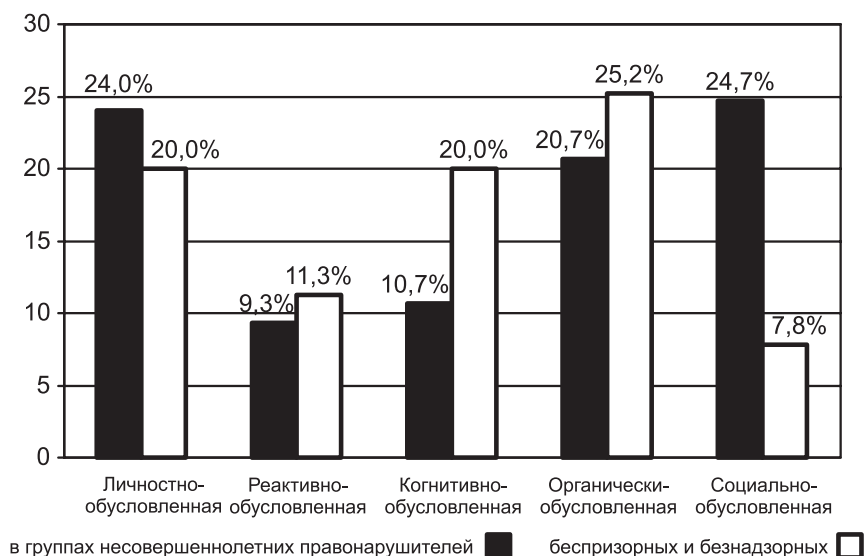


Схема 2.5. Распределение типов дезадаптации в группах несовершеннолетних правонарушителей, беспризорных и безнадзорных

дивидуального реагирования и основные направления компенсаторного и терапевтического воздействия и терапевтические «мишени» в ходе реализации реабилитационных программ. Кроме того, для каждого типа дезадаптации были выявлены факторы, определяющие внутренние саногенные ресурсы у несовершеннолетних.

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 общего психосоциального статуса несовершеннолетних и эффективности реабилитационных программ выбраны показатели динамики (катамнез) 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.

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. Введенный нами 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 нарушения психосоциальной продуктивно-

Таблица 2.9

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.

сти. Достоверных показателей различий по составу между сформированными группами НП и РКНП, ББ и РКББ выявлено не было. Основные показатели психосоциальной продуктивности по группам представлены в таблице 2.9. В скобках за абсолютными цифрами указано, расстройство по какой оси преимущественно обусловило оценку.

В нашем исследовании не встречались показатели социального функционирования ниже 5. Это было обусловлено, прежде всего, нозологическим составом исследуемых групп.

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 2.10.

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

Таблица 2.10

**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.

Таким образом, анализируя полученные данные, характеристики клинического материала, можно говорить о том, что в условиях существующего правового поля и развития общественных отношений нами описана особая категория детей и подростков, находящихся в трудных жизненных обстоятельствах, обусловленных условиями беспризорности, безнадзорности, вовлеченности в криминальную среду. Эта группа подростков имеет специфические условия социальной ситуации развития (семейная и социальная депривация, высокий уровень стрессов, асоциальное поведение в микроокружении). Она характеризуется особыми условиями социализации и специфическими формами психических расстройств, требующими специальных форм консультативно-диагностической, реабилитационной и психокоррекционной работы.

Отклоняющееся поведение несовершеннолетних является следствием биопсихосоциальной дезадаптации, сопровождающейся формированием стойкого стереотипного аномального реагирования на динамические изменения окружающей среды. Девиантное поведение и психические расстройства, наблюдаемые у несовершеннолетних правонарушителей, беспризорных и безнадзорных, являются звеньями одной патогенетической цепи.

Социально-психологическая характеристика исследуемой группы определяется следующими особенностями

- **социальная ситуация** их развития обусловлена наличием устойчивых форм семейной и социальной депривации, имеет высокую степень отягощенности социально-обусловленными расстройствами у родителей и в ближайшем окружении (алкоголизм, наркомании, расстройства поведения у лиц из микроокружения), отмечен высокий уровень стрессов, обусловленных трудными жизненными обстоятельствами (семейный, школьный, социальный (противостояние с социальными структурами и институтами));

- **личностно-психологическая характеристика** включает стойкое изменение личностных установок и ценностей в рамках диссоциальных и депривационных личностных деформаций, высокий уровень социально-педагогической запущенности, риск различных форм аддикций (химические и нехимические);

- **клинические особенности** включают: полиморфизм клинических признаков, преимущественную выраженность расстройств непсихотического характера, высокий уровень коморбидности с социально-обусловленными расстройствами (социализированное расстройство поведения, оппозиционно-вызывающее расстройство, аддикции), ретардацию и дисгармоничность личностного развития; ведущее значение среди психических расстройств занимают:

расстройства поведения, расстройства личности и поведения органической природы, невротические расстройства, включая расстройства адаптации, гиперкинетические расстройства, умственная отсталость, специфические расстройства развития.

Интегральная характеристика социальной ситуации развития, социально-психологических и клинических параметров психического здоровья данного контингента детей и подростков для организации консультативно-диагностической, психореабилитационной и коррекционной помощи обуславливает необходимость выделения следующих типов средовой психической дезадаптации:

— **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. Ведущее значение имеет органический альтернативный фактор

— **Личностно-обусловленная дезадаптация** (встречается в 20-25% случаев) — формируется в качестве «психопатического развития» с последующим включением в клиническую картину стойких аномальных личностных реакций (декомпенсация). Определяется формированием аномальных личностных свойств

— **Когнитивно-обусловленная дезадаптация** (встречается в 10-20% случаев) — является следствием нарушения биологических и социальных взаимодействий, обусловленных интеллектуальным дефицитом, как правило — пограничного уровня (органический инфантилизм, задержка психического развития, интеллектуальная недостаточность в связи с дефектом воспитания). Ведущее значение обусловлено дефицитом когнитивных и социальных навыков

— **Реактивно-обусловленная дезадаптация** (встречается в 10-12% случаев) — следствие острого или хронического психотравмирующего воздействия окружающей среды (реакции отказа, реакции оппозиции, гиперкомпенсации, сопровождающиеся невротической симптоматикой). Ключевое значение имеют стрессовые факторы (семейный, школьный, социальный), включенные в трудные жизненные обстоятельства

— **Социально-обусловленная дезадаптация** (встречается в 8-25% случаев) — вариант аномального поведения, реализующийся на фоне психического здоровья. Ведущее значение имеет антисоциальное поведение без признаков психических расстройств и личностной деформации.

Характер дезадаптации и наличие и тип психического расстройства определяют специфичность реабилитационных про-

грамм, включая типологию объектов психокоррекционного и реабилитационного воздействия, структуру и алгоритм этапности помощи, специфику индикаторов эффективности и особенности взаимодействия включенных в реабилитационный процесс специалистов. В ходе реабилитационного процесса осуществляются

— Диагностика ведущих психолого-психиатрических и социально-педагогических проблем ребенка, сопровождающаяся реализацией общих психокоррекционных программ профилактического и обучающего типов

— Специальная психотерапевтическая и психокоррекционная помощь, сопровождающаяся нозологически-ориентированными программами, направленными на коррекцию патологического состояния и формирование социально-релевантных стереотипов поведения

— Социально-педагогическое и психологическое сопровождение, сопровождающееся комплексом программ по социальной адаптации

Реализация реабилитационных программ в отношении несовершеннолетних правонарушителей, беспризорных и безнадзорных осуществляется в условиях межрофессионального меведомственного взаимодействия специалистов следующих социальных практик: врач-психиатр, клинический психолог, педагог, инспектор правоохранительных органов.

Глава 3

Характеристика типов психической дезадаптации у несовершеннолетних правонарушителей, беспризорных и безнадзорных

Рассматривая психические расстройства у несовершеннолетних правонарушителей, беспризорных и безнадзорных в контексте их социального функционирования, мы пришли к выводу о необходимости проанализировать аномальное поведение подростков в общемедицинском контексте адаптационных/дезадаптационных состояний. Подобный подход в отечественной психиатрии использовал В. Я. Семке (1999), который предложил выделять состояния психической адаптации (относительно стабильные состояния, в рамках которых индивид успешно функционирует в условиях меняющейся социальной и биологической среды), и состояния психической дезадаптации (относительно стабильные симптомокомплексы, соответствующие, как правило, регистру пограничных расстройств, формирующиеся в течение 6 месяцев и более, с преобладанием астенических, дистимических и аффективных, вегетативно-пароксизмальных, дисмнестически-когнитивных форм и аномальных личностных реакций, сопровождающиеся характерными паттернами реагирования). Обычно большинство исследователей (Гиляровский В. А., 1946; Кербиков 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.), либо как патогенетические звенья в развитии патологических состояний, знаменующие переход от скрытых, латентных к острым, клиническим проявлениям психического расстройства. Мы в настоящей работе рассматриваем дезадаптацию как веду-

щий патогенетический фактор, являющийся следствием биологических и социально-средовых этиологических альтерирующих воздействий, и обуславливающий, в свою очередь, характерное патологическое реагирование (аномальная компенсация), выражающееся устойчивыми типами отклоняющегося поведения (схема 3.1).

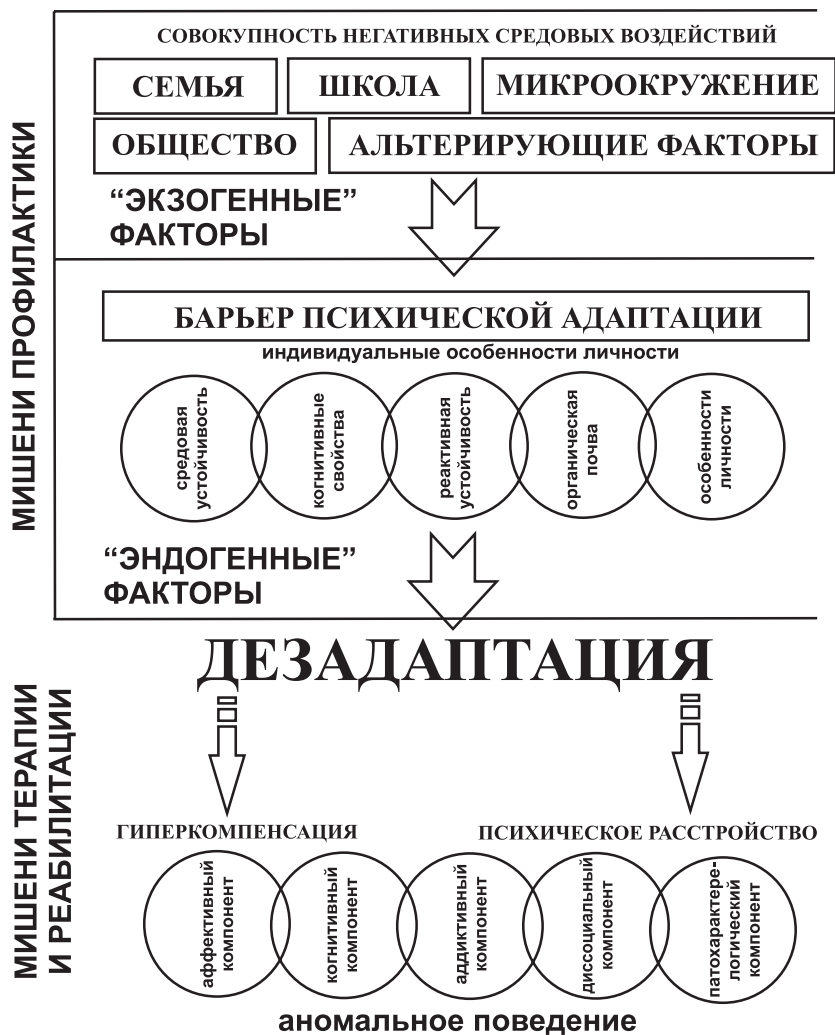


Схема 3.1. Место психической дезадаптации в генезе аномального поведения у несовершеннолетних правонарушителей, беспризорных и безнадзорных

Исходя из концепции адаптации, как состояния человека, позволяющего оптимально реагировать на динамические изменения окружающей (биологической и социальной) среды (Александровский Ю. А., 1993), и дезадаптации, как явления, характеризующегося формированием стабильного стереотипа аномального реагирования, представляется возможным говорить о типах дезадаптации, соотнося их с определенными клиническими проявлениями. У несовершеннолетних правонарушителей, беспризорных и безнадзорных нами выделено пять типов дезадаптации. Ниже мы остановимся на их социальной и клинической характеристике.

3.1. Характеристика органически-обусловленной дезадаптации

Несовершеннолетние с органически-обусловленной психической дезадаптацией представляют собой многочисленную и клинически полиморфную группу. В группе НП данный тип дезадаптации констатирован у 31 (20,7%), в группе ББ — у 29 (25,2%) подростков.

Важным в развитии данной группы патологических состояний являлся ранний церебрально-альтезирующий фактор. Он проявлялся в наследственной отягощенности алкоголизмом родителей, в нарушениях течения беременности у матерей (в группе НП по медицинским документам и в процессе беседы с родителями некоторых несовершеннолетних патология беременности и родов выявлена у 16 (51,6%), в группе ББ — у 11 (37,9%) подростков, в реальности эти показатели, вероятно, значительно выше). В раннем детстве многие обнаруживали дефицит массы тела, получали плохое питание, часто выявлялись задержки раннего психомоторного развития (у 19 человек (61,3%) в группе НП и у 24 (82,8%) в группе ББ). Дополнительным повреждающим фактором были черепно-мозговые травмы первого года жизни (зафиксированы у 9 (29,1%) подростков НП и у 13 (44,8%) в группе ББ). К концу первого года у многих детей данной группы отмечалась внутричерепная гипертензия, сопровождающаяся поздним закрытием родничков, они поздно (с задержкой до 6-8 месяцев) начинали ходить и очень часто обнаруживали отставание в речевом развитии. По данным медицинской документации к трем годам у 21 (67,7%) ребенка группы НП и у 23 (79,3%) в группе ББ не была сформирована фразовая речь.

Эти дети в дошкольном возрасте отличались специфическими играми с выраженным стремлением к разрушению, ломали игрушки, били посуду и старались повредить мебель, отказывались от игры в пирамиду, а позднее — в конструкторы, в их поведении доминировала бесцельная моторная активность — они бежали, кричали, подбирали и тут же бросали первые попавшиеся под руку предметы. Родители и воспитатели уже в 3-4 года обращали внимание (хотя и не придавали, как правило, значения) на вегето-сосудистые симптомы (плохую переносимость жары, духоты, периодически — обморочные состояния, укачивание в транспорте), астенические симптомы (быстрое истощение при интеллектуальных нагрузках, утомляемость, капризность, плаксивость). Для большинства детей (16 — 51,6% в группе НП и 20 — 68,9% в группе ББ) было характерно гипермоторное поведение, выражавшееся неспособностью усидеть на месте, отвлекаемостью, притопыванием ногами, перебиранием в руках любых предметов. Со сверстниками они предпочитали играть в подвижные игры, часто ссорились и дрались, им нравилось обижать маленьких и слабых, отбирать и ломать игрушки. Многие обнаруживали жестокость по отношению к животным — издевались над насекомыми, раздавливали лягушек, истязали кошек.

Многие дети в раннем и дошкольном возрасте обнаруживали устойчивый интерес к странным, неприятным запахам (22 — 70,9% в группе НП и 26 — 89,7% в группе ББ), например, лаков, краски, и даже бензина и автомобильного выхлопа. Они могли нарочно остановиться около автомобиля с включенным двигателем и нюхать дым, идущий из выхлопной трубы. Многие старались вызывать у себя головокружение, вертясь на месте, или подолгу (до тошноты и рвоты) качаясь на качелях. Для большинства детей этой группы в дошкольном возрасте была характерна яктация. Вместе с черепно-мозговыми травмами, полученными в возрасте 3-5 лет (7 — 22,6% в группе НП и 16 — 55,2%, различия достоверны, $t \geq 2$, $P \leq 0,05$ в группе ББ) эти особенности поведения формировали дополнительные церебрально-альтерерирующие воздействия.

В возрасте 5-6 лет для многих детей данной группы были характерны неврозоподобные симптомы страхов (12 — 38,7% в группе НП и 14 — 48,3% в группе ББ), проявлявшиеся приступами двигательного возбуждения, дрожью, побледнением кожи, обильным потоотделением, чувством «ватных» рук и ног. К 6-7 годам у детей на смену неврозоподобным страхам приходили типичные органические аффективные колебания (эксплозивность, вспыльчивость, дисфорические состояния).

По мере взросления все ярче проявлялась ограниченность интересов, нежелание приобретать навыки чтения, счета и письма (в ряде случаев в характеристиках из детских дошкольных учреждений воспитатели прямо указывали, что ребенок старался избежать занятий по подготовке к школе, чтения), стремление к примитивным удовольствиям (в том числе — через одурманивание алкоголем и токсическими веществами), ради которых дети уже начинали воровать у старших деньги, лгать. Большую часть времени они проводили на улице, иногда уже в 6-7 летнем возрасте становясь участниками дворовых компаний. С первых дней обучения в школе они тяготились занятиями, допускали прогулы, не выполняли домашних заданий, обнаруживали плохую успеваемость и низкий запас знаний. Вместо возможной в ряде случаев компенсации органической церебральной патологии (вследствие лечения или в силу пластичности ЦНС) в возрасте 7-10 лет в качестве дополнительных альтерирующих факторов присоединялись новые черепно-мозговые травмы (у 14 — 45,2% в группе НП и 17 — 58,6% в группе ББ), употребление алкоголя и токсических веществ (10 — 32,3% в группе НП и 15 — 51,7% различия достоверны, $t \geq 2$, $P \leq 0,05$ в группе ББ).

При наблюдении за подростками с органически-обусловленной дезадаптацией групп НП и ББ на первый план клинически выступали следующие синдромы:

вегетативно-сосудистая патология, сопровождавшаяся метеопатиями, колебаниями артериального давления с субъективно испытываемыми приливами жара, или похолоданием конечностей, трудностью перенесения жары, духоты, доходящей порой до возникновения обморочных состояний;

психоэндокринные симптомы (ожирение, нарушение темпов полового созревания, отставание от сверстников в росте), сопровождающиеся субъективными переживаниями собственной неполноценности, заостренным вниманием и переживаниями по поводу собственной внешности, негативным отношением к сверстникам, успешным в спорте, учебе;

нарушения развития речи (задержки речевого развития, дизартрии, ограниченность словарного запаса) и моторных навыков, моторная неловкость, крайне неразборчивый почерк;

симптомы церебрастенического регистра — повышенная утомляемость, слабость, истощаемость психических процессов, сочетавшиеся с раздражительностью, вспыльчивостью, готовностью к агрессии. Подростки с большим трудом адаптировались к интеллектуальным нагрузкам, не могли успешно функционировать в

школьной среде, у них отмечалось снижение внимания, ригидность и истощаемость мышления, снижение функций памяти. При повышенных физических и интеллектуальных нагрузках возникали головные боли, головокружения, приступы тошноты;

депрессивно-дистимические состояния — на фоне пониженного настроения им хотелось плакать, периодически возникали мысли о своей ненужности, беспомощности, бесполезности. У ряда подростков имелись отрывочные идеи ипохондрического характера, но без конкретизации жалоб;

другие симптомы неврозоподобного характера (по Ковалеву В. В., 1995) — тики (подергивания век, щеки, прищелкивание языком), неврозоподобный энурез, наблюдавшийся, как правило, каждую ночь;

изменение личности по органическому типу — утрата интеллектуальных интересов, снижение морально-нравственных установок, утрата привязанности, недостаточность волевой сферы. Бросалась в глаза зависимость поведения от внешних (в том числе — часто меняющихся) обстоятельств, внушаемость, потребность в получении удовольствий (в том числе — от употребления алкоголя и токсических средств, примитивных игр), раннее приобретение сексуального опыта. У многих подростков формировался стереотип взрывного аффективного реагирования, когда по самым незначительным поводам они демонстрировали вспышки агрессии, жестокости, направленные на лиц из ближайшего окружения. Иногда отмечались продолжительные дисфорические эпизоды, сопровождающиеся злобным, тоскливым настроением.

Проиллюстрируем описание органически-обусловленной дезадаптации клиническим примером.

***Дима, 12 лет.** Собственное наблюдение, группа ББ. 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. 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 сто-*

роны 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 адаптировался 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 дольше 30 минут, не ориентирован профессионально, имеет склонности к асоциальному поведению, ведет себя несопоставимо с возрастом. Со слов директора: на ребенка неоднократно поступали жалобы от приемной матери и других сотрудников. Поведение ребенка внушает опасение. Таким образом, анамнез указывает на раннюю органическую патологию мозга, в пользу чего свидетельствуют семейная тяготенность алкоголизмом, грубые нарушения психического развития в раннем детском и дошкольном возрасте, изменения ЦНС органического характера, выявляемые объективными методами (РЭГ, ЭЭГ).

Данные физического 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. Менинге-

альных 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 Россоломо, 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 выра-

ботки 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 стандартизированной 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 бессмысловых 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. **Пони-**

мание речи: Ситуативная речь — 0, значения слов — 0, команды — 0, отчуждение смысла — 1, удержание речевого ряда — 1, понимание межпредметных отношений — 1, понимание надежных 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, КПГ — 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 заданного, 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»), переменой погоды, вечерними часами, усталостью. Отмечает, что не любит ходить в школу, ему нравится, когда учитель приходит к нему на дом. Сознается, что стесняется своих неудач, 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, уличный 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. Высказывает готовность продолжать занятия по развитию речи. Задаёт 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 передаёт 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 быстрого 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 по многоосевой классификации. Органическое расстройство личности и поведения (F 07.8), смешанное специфическое расстройство психического развития (F 83), сохранный интеллект. Задержка физиологического развития (R 62). Комплекс сопутствующих аномальных психосоциальных ситуаций. Серьезное нарушение психосоциальной продуктивности (4 балла).

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 психосоциального функционирования.

Анализируя данный случай (и другие наблюдения) мы можем указать на ряд общих закономерностей, свойственных органически-обусловленной психической дезадаптации:

1. Присутствие в раннем возрасте факторов, указывающих на высокий риск формирования дезадаптации: ранних и дополнительных церебрально-альтерерирующих воздействий, признаков отставания в психическом и физическом развитии, присутствия в раннем возрасте астенической и вегето-сосудистой симптомати-

Факторы риска раннего возраста

Ранние и дополнительные церебрально-альтерлирующие воздействия
Отставание в физическом и психическом развитии
Астеническая, вегетативная симптоматика, гипертормотное поведение
«Самоодурманивающее» поведение
Отсутствие интеллектуальных интересов, избегание учебных занятий

Синдромы

Церебрастенические расстройства
Неврозоподобные расстройства
Дефицит внимания с гиперактивностью
Психоэндокринная патология
Изменения личности по органическому типу
Речевые расстройства

Социальные последствия

Трудность обучения и школьная неуспешность
Трудности общения и сужение круга контактов
Гедонизм, моральное снижение
Зависимость от алкоголя, токсических веществ
Малодифференцированное поведение
и негативное влияние микроокружения

Социальная декомпенсация

Уход из школы
Внутрисемейный конфликт
Бродяжничество, попрошайничество
Пьянство, употребление токсических ПАВ
Асоциальные стереотипы поведения

Предикторы криминального поведения

Насилие в семье
Лица с криминальным прошлым
Отсутствие грубых неврологических нарушений

Патологическая компенсация
Криминальное поведение

Мишени для реабилитационной работы

Когнитивное снижение
Нарушение речи и школьных навыков
Аддитивное поведение
Криминальное поведение

Схема 3.2. Модель пациента
с органически-обусловленной дезадаптацией

ки, гипермоторного поведения, присутствие «самоодурманивающего» поведения, наличие признаков избегания интеллектуальных нагрузок, учебных занятий.

2. Доминирование в клинической картине в подростковом возрасте церебрастенических расстройств, неврозоподобной симптоматики, дефицита внимания с гиперактивностью, психоэндокринной и личностной органической симптоматики.

3. Наличие социальных последствий психического расстройства — трудностей обучения и школьной неуспешности, трудностей в установлении межличностных контактов и ограничении круга общения, формирования гедонистических установок с морально-этическим снижением, формирования зависимости от алкоголя, токсических веществ, игр и необходимости средств для их систематического употребления, формирования малодифференцированного «аморфного» поведения (бродяжничество, попрошайничество) или патологической компенсации (криминальное поведение).

Вместе с тем при органически-обусловленной дезадаптации появляется несколько самостоятельных объектов для коррекционной и реабилитационной работы: это (1) неглубокие когнитивные расстройства, (2) нарушения речи и школьных навыков, (3) расстройства поведения и антиобщественные установки, (4) аддиктивное поведение и (5) криминальный поведенческий стереотип. От их наличия и присутствия защитных (компенсаторных) факторов зависит успех реабилитационных мероприятий.

Модель пациента с органически обусловленной дезадаптацией представлена на схеме 3.2.

Корреляционный анализ клинических и социальных составляемых органически-обусловленной психической дезадаптации показал, что предикторами криминального поведения в данной категории подростков являются (1) физическое насилие в семье ($\gamma = 0,77$), (2) наличие лиц с криминальным прошлым в ближайшем окружении ($\gamma = 0,73$), (3) отсутствие (отрицательная корреляция) раннего опыта употребления алкоголя и токсических веществ ($\gamma = 0,71$), (4) отсутствие (отрицательная корреляция) выраженных неврологических и моторных нарушений ($\gamma = 0,70$).

3.2. Характеристика когнитивно-обусловленной дезадаптации

Несовершеннолетние с когнитивно-обусловленной психической дезадаптацией встречались в нашем исследовании относи-

тельно редко. В группе НП данный тип дезадаптации констатируется у 16 (10,7%), в группе ББ — у 23 (20,0%) подростков (различия достоверны, $t \geq 2$, $P \leq 0,05$). В то же время есть основания предполагать, что в других возрастных категориях НП и ББ когнитивно-обусловленная дезадаптация в силу ухудшения социальной ситуации в России должна встречаться чаще. Вероятно, то же справедливо и для менее благоприятных в экономическом отношении регионов.

В нашем исследовании в силу относительно небольшого числа наблюдений и специфики обследованного контингента подростков не встречалось верифицированных специфических форм умственной отсталости (хромосомной патологии, мукополисахаридозов, демиелинизирующих и нейродистрофических заболеваний и т.д.). В случаях, когда мы наблюдали признаки незначительного общего или парциального интеллектуального снижения (при органической церебральной патологии, при формировании личностной патологии, в рамках синдрома психического инфантилизма или в силу полиморфных в этиологическом плане задержек психического развития) мы опирались на признаки, обуславливающие характер психической дезадаптации. Поэтому в настоящую категорию попали подростки, дезадаптация которых преимущественно определялась фактором когнитивной дефицитности.

На раннем этапе развития у детей данной группы отчетливо проявлялись предпосылки и признаки искаженного развития. В семьях очень часто встречался алкоголизм — как у отцов (11 — 68,8% в группе НП, 18 — 78,3% в группе ББ), так и у матерей (6 — 37,5% в группе НП и 14 — 56,5% в группе ББ). Несмотря на высокие показатели алкоголизма родителей среди всех подростков (документально подтвержден алкоголизм у 57,3% отцов и 22,7% матерей в группе НП и 68,7% отцов и 47,8% матерей в группе ББ, различия достоверны, $t \geq 2$, $P \leq 0,05$) показатели группы с когнитивно-обусловленной дезадаптацией выглядят исключительно неблагоприятными. Столь высокие показатели злоупотребления алкоголем, особенно среди матерей, позволяет предположить его роль в качестве ведущего тератогенного фактора (так называемый «синдром алкогольного плода» по Jones R., Smith D., 1973). В пользу такого предположения могут косвенно свидетельствовать наблюдавшиеся нами в данной группе многочисленные стигмы дизэмбриогенеза — короткий нос с уплощенной переносицей, косоглазие, эпикант, очень большие щели между зубами, расположенные на разной высоте уши с деформацией ушных раковин (у 9 — 56,3%

в группе НП и у 17 — 73,9% в группе ББ). Стигмы встречались и в других группах, но только в группе детей с когнитивно-обусловленной дезадаптацией они носили множественный характер, определяли специфику внешнего облика подростков. В старшем возрасте многих подростков отличала непропорциональность телосложения, диспластичность.

У многих матерей несовершеннолетних данной группы (по данным медицинской документации у 6 — 37,5% в группе НП и у 10 — 43,5% в группе ББ, истинные показатели, вероятно, выше) отмечалась патология беременности: токсикозы, угроза прерывания беременности, гипертонус матки, маточные кровотечения. Большинство матерей либо вовсе не обращались в тот период за медицинской помощью, либо получали недостаточное лечение. В четырех случаях был зафиксирован намеренный прием женщинами токсических веществ с целью прерывания беременности. Отмечалась также и патология родовой деятельности (4 — 25,0% в группе НП и 7 — 30,4% в группе ББ, истинные показатели, вероятно, выше) — затяжные роды с продолжительным безводным периодом, стремительные роды, обвитие пуповины, преждевременное отделение плаценты.

Как правило, при первичном осмотре педиатром-неонатологом и невропатологом в родильном доме и в течение первых трех месяцев жизни у детей данной группы диагностировалась постнатальная (перинатальная) энцефалопатия, выявлялась неспецифическая неврологическая микросимптоматика (неравномерность мышечного тонуса, длительное существование рефлексов Бабинского, Россолимо, признаки пирамидной недостаточности, расширение сосудов глазного дна) (8 -50,0% в группе НП, 9 — 39,1% в группе ББ, истинные показатели, вероятно, выше).

Никакой специфической терапии дети, как правило, не получали. В нескольких случаях им назначали глицин или БАДы (Неврохель, Успокой, Баю-бай и т.д.). В конце первого года жизни большинство детей в данной группе обнаруживали отставание в физическом и психическом развитии: не умели ходить (10 — 62,5% в группе НП и 13 — 56,5% в группе ББ), у них отсутствовали зубы, они не произносили ни одного слова, многие были крайне вялы, неактивны, другие напротив — крикливы, возбуждены. У половины детей был нарушен цикл «бодрствование-сон».

В возрасте 2-3 лет особенностями поведения и игровой деятельности в группе с когнитивно-обусловленной дезадаптацией становились еще более выраженными. Следует отметить, что многие дети именно в этот период (7 — 43,8% в группе НП, 21 — 91,3% в

группе ББ) попадали в детские дома, начиналось их воспитание во внесемейных условиях. Оценить положительное или отрицательное воздействие этого фактора в рамках нашего исследования не представляется возможным, однако следует учитывать то обстоятельство, что в семьях с выраженной совокупностью признаков социального неблагополучия (пьянство родителей, низкий достаток, плохое питание, отсутствие эмоционального взаимодействия с ребенком, отсутствие побуждения к познавательной деятельности, в частности — игрушек) сам фактор семейного неблагополучия резко тормозит раннее психическое развитие ребенка.

В возрасте 2-3 лет в игровой деятельности детей становилось заметно отсутствие интеллектуального, познавательного компонента. Игры не имели сюжета, не были структурированы по форме, носили бесцельный, механический характер. Взаимодействия с другими детьми не было, либо оно было формальным. В то же время отмечалось глубокое недоразвитие речи (14 — 87,5% в группе НП, 19 — 82,6% в группе ББ). Кроме снижения показателей экспрессивной речи (к 2-3 годам активный словарный запас ограничивался, как правило, 10 словами), было выражено нарушение понимания речи, сущности описываемых явлений, предметов, эмоциональной окраски, логических связей. Поведение детей приобретало все более ситуативный, недифференцированный характер: характеризовалось подражательностью, невосприятием нюансов, отсутствием прогноза последствий. Страдало развитие сложных эмоций: привязанности, любви, чувства стыда, реакции приобретали конкретный, примитивный характер.

В возрасте 6-7 лет клиническая картина интеллектуальной недостаточности приобретала законченный вид. У ряда детей (4 — 25,0% в группе НП, 5 — 21,7% в группе ББ) наблюдались невротические и неврозоподобные симптомы (тревога, страх темноты, тики, энурез и энкопрез, нарушения сна), отмечались примитивные протестные реакции. При поступлении в школу (вспомогательную школу посещали только 7 — 30,4% детей из группы ББ) с первых дней обнаруживали крайне низкую успеваемость, не могли освоить чтение и счет, отвергались детским коллективом или играли роли «шутов», систематически нарушали учебную дисциплину. Усилия педагогов были направлены на вытеснение этих детей из школьной среды. Их переводили на домашнее (для воспитывающихся в детских домах — так называемое «внутриучрежденческое» обучение), а к 7-8 годам они совершали побеги, инкорпорировались в асоциальные подростковые группы.

При наблюдении за подростками с когнитивно-обусловленной дезадаптацией групп НП и ББ в условиях ЦВИНПа, специальной школы и социального приюта на первый план клинически выступали следующие синдромы:

интеллектуальная недостаточность — выражалась отсутствием или примитивностью интересов, их бытовой ограниченностью, снижением способности к абстрактному мышлению, крайне низким уровнем школьных знаний, низким уровнем вербальной продукции со скудным словарным запасом, нарушением понимания сложных грамматических и флективных конструкций, поверхностностью, незрелостью суждений, снижением волевых и моральных качеств;

невротические и неврозоподобные расстройства — проявлялись высоким уровнем тревоги, страха (особенно при нарушении интеграции в школьный коллектив, сопровождающемся фрустрирующим воздействием), неврозоподобным энурезом, расстройствами засыпания и кошмарными сновидениями;

дисфорически-депрессивные аффективные расстройства — сопровождалась устойчивым злобно-тоскливым настроением, тревогой, выраженным агрессивным и аутоагрессивным поведением, отрывочными идеями собственной неполноценности;

расстройства влечений — со склонностью к побегам и бродяжничеству, ранним приобретением сексуального опыта, мастурбацией, склонностью к обжорству;

неспецифическая органическая симптоматика — полиморфные астенические, вазо-вегетативные симптомы, неспецифическая неврологическая микросимптоматика.

Проиллюстрируем описание когнитивно-обусловленной дезадаптации клиническим примером.

***Игорь, 13 лет.** Собственное наблюдение, группа НП. Родители, бабушка и дедушка злоупотребляли алкоголем. Источником существования семьи была пенсия бабушки. По данным медицинской документации, мать во время беременности злоупотребляла алкоголем, перенесла венерическое заболевание, отмечался выраженный токсикоз беременности, угроза прерывания. Роды в срок, с обвитием пуповины, отмечалось апноэ новорожденных. О раннем развитии сведений очень мало. Известно, что до 5 лет он воспитывался в своей семье, затем, в связи с лишением родителей родительских прав, был направлен в детский дом. С раннего детства отмечалось выраженное отставание в физическом и психическом развитии: ходить начал с 4 лет, говорить фразами с 7 лет, до 9 лет не выговаривал ряд звуков, по поводу чего занимался с логопедом. До 9 лет страдал ноч-*

ным энурезом. В школе начал обучаться с 7 лет, однако успевал очень плохо, дублировал 2 класс, в последующем был переведен в школу-интернат для умственно-отсталых детей, однако, с программой по-прежнему не справлялся. С 8 лет начал курить, с 11 лет употребляет спиртные напитки. Общался в основном с подростками асоциального поведения, убегал из школы, уезжал в другие города, бродяжничал, помещался в приемники-распределители, совершал мелкие кражи и хулиганские поступки. Эпизодически курил коноплю. С его собственных слов, он неоднократно получал травмы головы, в том числе — с потерей сознания, в связи с чем находился на стационарном лечении. Наблюдался врачом-психиатром по месту нахождения школы-интерната с диагнозом «Олигофрения в степени выраженной дебильности», который отмечал у него «признаки снижения памяти, невысокий уровень интеллекта, замедление мыслительных процессов». Получал лечение аминазином. В 11 лет впервые совершил грабеж, уголовное дело было закрыто, из ЦВИНПа ГУВД г. Москвы возвращен в школу-интернат (Тверская область). Снова совершил оттуда побег, пьянствовал, бродяжничал, существовал на случайные заработки, порошайничал. Снова совершил грабеж и в составе группы участвовал в разбойном нападении на несовершеннолетнюю. Решением суда направлен в специальную школу для несовершеннолетних с девиантным поведением сроком на три года. По заключению психолога ЦВИНП ГУВД г. Москвы «он охотно вступал в беседу, кратко сообщал сведения о себе. Голос его был маломодулированным, на вопросы отвечал после паузы. Отмечалось примитивное построение фраз, он беспечно воспринимал сложившуюся ситуацию, неадекватно улыбался. Суждения отличались поверхностностью, конкретностью. Затруднялся в выделении главных отличительных признаков предметов. Так, например, различия между солнцем и лампой видел в том, что «если до него дотронуться, то можно сгореть»». ПМПК установлен диагноз: «Раннее органическое поражение головного мозга с психопатизацией личности», противопоказаний для помещения в спецшколу не обнаружено.

Данные физического осмотра. Предъявляет жалобы на головную боль, зуд кистей рук, бессонницу. Рост ниже среднего, непропорционально короткие руки. На голове — шелушащийся, выступающий над поверхностью кожи участок, волосистой покров его не нарушен. На коже кистей — расчесы; на правой кисти — рубец. Пульс 80 в 1 минуту, артериальное давление 120/80 мм рт. столба. Живот мягкий, безболезненный. Стул в норме. Печень уплотнена, на 1 см ниже края реберной дуги. Заключение дерматолога в карте: родимое пятно волосистой части головы. Неврологически: глазные щели рав-

новеликие, движения глаз в полном объеме, нистагма нет, лицо несколько асимметричное, сглажена правая носогубная складка, язык по средней линии, двигательных нарушений нет. В позе Ромберга пошатывается. Сухожильные и периостальные рефлексy равномерные. На рентгенограмме черепа — обызвествление задней стенки турецкого седла, гиперпневматизация полости основной кости. При электроэнцефалографическом исследовании обнаруживаются умеренно выраженные диффузные изменения биоэлектрической активности с усилением ирритативных проявлений со стороны глубоких подкорковых структур. Эндокринолог: тотальная задержка пубертатного (соматосексуального и психосексуального) развития. Гинекомастия I.

При экспериментально-психологическом исследовании в контакт вступает охотно, на первых порах проявляет к исследованию интерес. В процессе работы задания выполняет выборочно, быстро теряет к работе интерес, отвечает наобум, порой нелепо, невпопад. Суждения отличаются поверхностностью, облегченностью, настроение приподнято. При указании на ошибки в выполнении заданий говорит: «Какая разница», смеется. Ассоциативные образы конкретные, эмоционально окрашенные. Вербальные ассоциации невысокого семантического уровня, использует конкретные признаки объектов. Условный смысл знакомых пословиц объясняет на конкретных примерах, от толкования незнакомых пословиц отказывается. Выявлены также эгоцентризм, недостаточная ориентация на социальные нормы, склонность к непосредственным формам реагирования. При проведении исследования по Нормированной шкале волевых расстройств отмечались выраженные трудности понимания стимульного материала. Профессиональное ориентирование не проводилось.

Психическое состояние. В кабинет входит медленно, настороженно осматривается. Садится без предложения, спонтанно вступает в беседу, задает врачу множество вопросов, спрашивает, когда его «освободят». Речь маломодулирована, словарный запас беден, запас знаний и представлений невелик, круг интересов узкий. Построение предложений конкретное, примитивное. Внешне неопрятен. Плохо чувствует дистанцию с врачом: во время беседы часто просит у врача сигареты, просит «прописать стакан спирта на ночь». Критические способности значительно снижены. О себе рассказывает кратко, поверхностно, формально. Часто неадекватно смеется, подолгу не может остановиться, говорит, что у него всегда хорошее настроение. Вспоминая отдельные эпизоды детских лет, говорит загадками, предлагает «угадать» то или иное событие его жизни, постоянно переспрашивает, задает встречные вопросы, подчас от-

вечает теми же словами, которые употребил в построении вопроса врач, иногда вступает в пререкания. Пишет с грубыми грамматическими ошибками, просит не заставлять его много читать и писать, говорит, что ненавидит читать, особенно газеты. Смысл метафор и известных пословиц раскрывает буквально, переносного значения не улавливает. Например, на просьбу пояснить пословицу «Не плюй в колодезь...» истолковал ее следующим образом: «Сам я не брезгливый. А если плюну — кому-нибудь нагажу». Устный счет в медленном темпе. Умножение выполняет в несколько этапов сложения. Вычитает с трудом, только в столбик. Утверждает, что ему легче считать, если есть наглядный счетный материал (деньги, бутылки, спички). Тяготится выполнением заданий. При рассказе дурашлив, эйфоричен, любит говорить на алкогольные темы. С видимым удовольствием перечисляет сорта вин и водок, которые он когда-либо пробовал, хвастается, что употребляет спиртное в больших дозах. Без учета ситуации просит «поставить несколько бутылок», чтобы проверить, сколько он может выпить. О совершенных правонарушениях говорит облегченно, к возможным последствиям случившегося относится беспечно. Уверяет, что с его стороны имело место хулиганство, пытается возложить вину на старших подростков — лидеров их группы. Зол на потерпевшую, высказывает угрозы в ее адрес, обещает «разобраться с ней». Кабинет покидает неохотно, просит вызвать еще, т.к. ему «в школе скучно».

Диагноз по многоосевой классификации. Органическое расстройство личности и поведения (F 07.8), формирование алкогольной зависимости, задержка психического развития, умственная отсталость легкая со значительными нарушениями поведения (F 70.1). Задержка физиологического развития (R 62). Комплекс сопутствующих аномальных психосоциальных ситуаций. Серьезное нарушение психосоциальной продуктивности (4 балла).

Терапия. Был включен в реабилитационную группу РК НП, занимался по общей и нозологически-ориентированной реабилитационной программе в течение 1 года. Отмечалось улучшение всех показателей речи, письма, чтения, улучшение успеваемости, рост показателей психосоциального функционирования, приобретение первичных профессиональных навыков (плотницкое дело, резьба по дереву).

Анализируя данный случай (и другие наблюдения) мы можем указать на ряд общих закономерностей, свойственных когнитивно-обусловленной психической дезадаптации:

1. Присутствие в раннем возрасте факторов, указывающих на высокий риск формирования дезадаптации: патологии беременности и родов у матери, алкогольной интоксикации плода в

Факторы риска раннего возраста

Интранатальная и перинатальная гипоксия, ПЭП, неврологические нарушения
Алкоголизм матери, токсикозы беременности как внутриутробный тератогенный фактор
Травмы, интоксикации, инфекции первого года жизни
Глубокое социальное неблагополучие семьи, препятствующее раннему психическому развитию
Примитивная игра, лишенная познавательной активности, грубые нарушения речи, логического мышления, высших эмоций, ситуативно-рефлекторное поведение без учета нюансов и прогноза последствий

Синдромы

Интеллектуальная недостаточность
Невротические и невротизоподобные расстройства
Дисфорически-депрессивные расстройства со злобно-тоскливым аффектом, агрессией
Расстройства влечений
Неспецифические органические расстройства (астенические, вегето-сосудистые) и неврологическая микросимптоматика

Социальные последствия

Трудность обучения, школьная неуспешность
Трудности общения, узкий круг контактов
Примитивные интересы и потребительские установки
Малодифференцированное копирующее или зависимое поведение в составе асоциальной группы сверстников

Социальная декомпенсация

Исключение из школы
Побеги из детского дома, приюта
Бродяжничество, попрошайничество, гомосексуальная проституция
Пьянство, употребление токсических ПАВ
Асоциальные стереотипы поведения

Предикторы криминального поведения

Насилие в семье и учреждении
Сексуальное насилие, унижение
Раннее включение в криминальную группу
Наличие в микроокружении взрослых криминальных элементов
Относительная сохранность интеллекта и речи

Патологическая компенсация
Криминальное поведение

Мишени для реабилитационной работы

Когнитивные расстройства
Нарушение речи и школьных навыков
Аддитивное поведение
Криминальное поведение

Особая подгруппа —
объект
для профилактической работы

Схема 3.3. Модель пациента
с когнитивно-обусловленной дезадаптацией

результате пьянства матери во время беременности или иных тератогенных факторов, наличие травм, интоксикаций или тяжелых инфекционных заболеваний раннего периода жизни, наличие выраженных неспецифических стигм нарушения внутриутробного развития, присутствие интранатальной и перинатальной гипоксии, обуславливающей неспецифические неврологические нарушения, наличие примитивной, лишенной познавательного компонента игровой деятельности, присутствие грубых нарушений речевой продукции, затрагивающих функции понимания речи, недоразвитие высших эмоций и ситуативное, недифференцированное поведение.

2. Доминирование в клинической картине в подростковом возрасте признаков интеллектуальной недостаточности, невротических и неврозоподобных расстройств, патологии влечений, дисфорически-депрессивных аффективных расстройств с выраженной склонностью к агрессии, присутствие неспецифической органической симптоматики на уровне астенических, вегето-сосудистых и неспецифических неврологических симптомов.

3. Наличие социальных последствий психического расстройства — трудностей обучения и школьной неуспешности, трудностей в установлении межличностных контактов и ограничении круга общения, формирования примитивных потребительских установок с общим нравственным осуждением, формирования зависимости от алкоголя, токсических веществ, формирования малодифференцированного копирующего или зависимого поведения (бродяжничество, попрошайничество) или патологической компенсации в виде криминального поведения (как правило, в составе группы, на второстепенных ролях).

При когнитивно-обусловленной дезадаптации объекты для коррекционной и реабилитационной работы схожи с таковыми при органически-обусловленной дезадаптации: это (1) когнитивные расстройства, (2) нарушения речи и школьных навыков, (3) антиобщественные установки, (4) аддиктивное поведение и (5) криминальный поведенческий стереотип. Однако, в отличие от органически-обусловленной дезадаптации, характер реабилитационных мероприятий носит менее отвлеченный характер, упор делается на приобретение трудовых навыков, навыков самостоятельного проживания в социально-ориентированной среде, закреплении социально-значимых установок, формировании стойкого дистанцирования от алкоголя и токсикантов.

Модель пациента с когнитивно обусловленной дезадаптацией представлена на схеме 3.3.

Корреляционный анализ клинических и социальных составляющих органически-обусловленной психической дезадаптации показал, что предикторами криминального поведения в данной категории подростков являются (1) физическое насилие в семье ($\gamma = 0,84$) и в детском учреждении ($\gamma = 0,78$), (2) сексуальное насилие, унижение в семье или в детском учреждении ($\gamma = 0,74$), (3) раннее включение в подростковую асоциальную группу ($\gamma = 0,71$), особенно — с участием взрослых преступников ($\gamma = 0,69$) (4) отсутствие (отрицательная корреляция) грубых неврологических, моторных и речевых нарушений ($\gamma = 0,69$). Таким образом, в пользу потенциального формирования криминального поведения указывает относительная интеллектуальная и поведенческая сохранность, что делает эту группу несовершеннолетних особым объектом профилактической работы.

3.3. Характеристика личностно-обусловленной дезадаптации

Несовершеннолетние с личностно-обусловленной психической дезадаптацией встречались в нашем исследовании в среднем — второй по частоте (после социально-обусловленной в группе НП и после органически-обусловленной в группе ББ). В группе НП данный тип дезадаптации констатирован у 36 (24,0%), в группе ББ — у 23 (20,0%) подростков. Клинически эта категория была представлена в основном подростками, у которых диагностировались расстройства поведения, как правило — с отчетливо выраженным диссоциальным радикалом. В отличие от описанных выше групп с органически-обусловленной и когнитивно-обусловленной дезадаптацией, несовершеннолетние с формирующейся личностной патологией не обнаруживали единства клинических и социальных характеристик, а формировали два полюса — с преобладанием эксплозивных (возбудимых) черт (22 — 61,1% в группе НП и 7 — 30,4% в группе ББ, различия достоверны, $t \geq 2$, $P \leq 0,05$, всего — 29 человек) и с преобладанием тормозимых (торпидных) черт (14 — 38,9% в группе НП и 16 — 69,6% в группе ББ, различия достоверны, $t \geq 2$, $P \leq 0,05$, всего — 30 человек).

Для подростков с тормозимыми личностными чертами было характерно, что беременность и роды протекали патологически (6 — 42,8% в группе НП и 9 — 56,3% в группе ББ). Отмечались токсикозы первой половины беременности, нередко беременность протекала с угрозой прерывания, проводились мероприятия по сохранению беременности. В большинстве случаев беременность

сопровождалась серьезными эмоциональными потрясениями, конфликтами в семье, впоследствии матери подростков отмечали, что ребенок не был желанным (10 — 71,4% в группе НП, 11 — 68,7% в группе ББ). В ряде случаев матери пытались сами избавиться от плода «народными средствами», спровоцировать выкидыш. Роды протекали с патологией, очень часто отмечалась гипоксия плода, стремительные или затяжные роды, продолжительный безводный период (8 — 57,1% в группе НП и 10 — 62,5% в группе ББ). В двух случаях (6,7% всей группы) у новорожденных отсутствовало дыхание и сердцебиение, проводились реанимационные мероприятия. В то же время необходимо отметить, что в группе не наблюдалось недоношенности, в большинстве случаев новорожденные выписывались из роддомов в обычные сроки, их вес и рост соответствовали средним показателям, раннее развитие протекало без особенностей, т.е. отмечались высокие компенсаторные возможности, пластичность нервной системы.

Большинство подростков данной группы в раннем детском возрасте были слабыми, болезненными детьми, часто страдали хроническими воспалительными заболеваниями (средние отиты, бронхиты), сверстники нередко обгоняли их в физическом развитии. Однако, в целом их развитие протекало в соответствии с возрастными нормами, а развитие высших психических функций нередко шло со значительным опережением средних возрастных показателей (9-64,3% в группе НП, 5 — 31,3% в группе ББ). Уже к 1-1,5 годам формировались навыки развитой речи, которая приобретала фразовый характер, отмечался большой словарный запас, любознательность, высокая познавательная активность (12 — 85,7% в группе НП и 8 — 50,0% в группе ББ, различия достоверны, $t \geq 2$, $P \leq 0,05$). Дети предпочитали тихие развивающие игры, с удовольствием играли в конструкторы, кубики, складывали мозаику, в раннем детстве пытались рисовать. В то же время уже в раннем детском возрасте отмечалась замкнутость, избирательность в общении, они предпочитали одиночество, избегали других детей, либо играли лишь с некоторыми из них. Нередко их круг общения исчерпывался родными братьями и сестрами (5 — 35,7% в группе НП и 6 — 37,5% в группе ББ).

В дошкольном возрасте у детей данной группы нередко отмечались невротоподобные страхи темноты, высоты, замкнутых помещений (9 — 64,3% в группе НП, 7 — 43,8% в группе ББ, различия достоверны, $t \geq 2$, $P \leq 0,05$). Они любили рассказывать взрослым истории о чудовищах, прячущихся под кроватью или в темном углу, охотно иллюстрировали свои рассказы рисунками,

фантазировали на различные темы. Многие из них рассказывали своим родителям о целых выдуманных ими странах, планетах, жители которых наделялись ими идеальными качествами. Часто большое место в фантазиях отводилось самому рассказчику, который занимал место главного героя или тайного, доброго участника всех происходивших событий. Игры носили, как правило, познавательный характер, многие к 5-6 годам умели читать, считать в пределах ста, оперировали арифметическими действиями, писали печатными буквами. По-прежнему отмечалось дистанцирование от сверстников. В детских учреждениях у них обычно не было близких друзей, они не принимали участия в общих играх, предпочитали уединение (5 — 35,7% в группе НП и 9 — 56,3% в группе ББ). В то же время в некоторых случаях сами становились помощниками взрослых: наблюдали за порядком, помогали младшим детям, читали вслух всей группе сказки, придумывали для других детей увлекательные сюжетные игры. Часто привязывались к определенным игрушкам, не расставались с ними ни днем, ни ночью, берегли их, горько переживали их пропажу или порчу (4 — 28,6% в группе НП и 3 — 18,8% в группе ББ). Многие очень любили домашних животных, часто делали их участниками своих воображаемых приключений. Игры и фантазии у детей данной группы отличались сюжетностью, художественной образностью, проработкой деталей. Взрослые отзывались о них как о талантливых, послушных, не по годам серьезных, развитых детях.

В школе подростки с личностно-обусловленной дезадаптацией адаптировались плохо. С одной стороны, они как правило, отличались хорошей успеваемостью, любили точные науки, литературу (4 — 28,6% в группе НП и 3 — 18,8% в группе ББ, сведения по группам неполные), нередко уже в младшем школьном возрасте их привлекали серьезные классические произведения. Они сами сочиняли лирические стихотворения, подражали любимым поэтам. С другой стороны, часто становились изгоями в детском коллективе (9 — 64,3% в группе НП, 7 — 43,8% в группе ББ). Им придумывали обидные прозвища, избивали, не принимали в общие игры. Сами подростки тяготились обществом сверстников, предпочитали общаться со старшими, отличались серьезностью, вдумчивостью, в изучении любимых предметов выходили далеко за рамки школьной программы. Участие в общественной жизни класса, школы носило у них зачастую формальный характер, выполняли большую общественную работу, но подчиняли ее своим интересам. Порой их поступки вызывали удивление окружающих своей парадоксальностью. Подростковый возраст в исследуемой группе

проходил по двум основным моделям. **Первая модель** (11 человек, 36,7% от всей группы) характеризовалась углублением замкнутости, отчужденности, формированием собственных, не свойственных сверстникам интересов, увлечений, например, философией, высшей математикой, мистикой. Подростки менялись по характеру, производили впечатление угрюмых, нелюдимых, их интересы сужались до рамок немногих избранных увлечений. Такие подростки обнаруживали глубокую диссоциацию между отличными знаниями в ряде областей и беспомощностью в элементарных бытовых вопросах — плохо следили за собой, могли по несколько дней не выходить из комнаты, не мыться. Они покидали семью или детское учреждение, бродяжничали, попрошайничали, начинали употреблять алкоголь и токсические вещества. **Вторая модель** (19 человек, 63,3% от всей группы) характеризовалась сглаживанием аномальных личностных черт — подростки этой группы становились более открытыми, общительными, приобретали друзей, определенный круг общения, однако и здесь оно носило избирательный характер, преследовало узкий круг целей. Они становились членами асоциальных группировок, отличались холодностью, жестокостью, цинизмом, нередко начинали употреблять алкоголь и наркотики, совершали антисоциальные поступки. Во всех случаях характерологические изменения развивались медленно, исподволь, достигали максимальной выраженности к 13-14 годам, сопровождались общими чертами, свойственными психопатическим личностям: психическим инфантилизмом, трудностями социальной адаптации, эмоциональной лабильностью, измененной самооценкой, агрессией.

Для подростков с возбудимыми личностными чертами было характерно воспитание в неполных и социально-неблагополучных семьях, часто родители злоупотребляли алкоголем, детям уделяли очень мало внимания, и они были предоставлены сами себе. Преобладающим типом воспитания была гипоопека (11 — 50,0% в группе НП и 6 — 85,7% в группе ББ).

В раннем детстве развитие детей этой группы соответствовало норме, они охотно посещали детские дошкольные учреждения. Среди сверстников они выделялись подвижностью, капризностью, стремились быть на виду, претендовали на лидерство, были первыми заводилами в шумных играх и шалостях. В то же время, как правило, лидерами в детском коллективе не становились (лидерские позиции занимали 7 — 31,8% из группы НП и никто в группе ББ, различия достоверны, $t \geq 2$, $P \leq 0,05$), и тогда начинали конфликтовать со сверстниками, часто дрались, пытались во что

бы то ни стало досадить своим «врагам». Взрослые отмечали их неплохие способности, обращали внимание на присущий им артистизм, но в целом впечатление бывало омрачено свойственными им требовательностью к окружающим, заносчивостью, лживостью и совершаемыми ими выходками. Фантазирование носило ограниченный, преимущественно «корыстный» характер, стремясь выделиться в коллективе, они сообщали сверстникам небылицы, могли оболгать перед воспитателем других детей. Никаких предикторов аномального поведения в дошкольном и младшем школьном возрасте в этой группе не наблюдалось.

В школе эти дети с первых дней обучались с неохотой, их успеваемость была невысокой (хорошо успевали 4 — 18,2% группы НП и никто из группы ББ). У них отсутствовали стойкие интересы и увлечения, не было любимых предметов. С учителями, как правило, они находились в конфликтных отношениях, хотя могли вести себя и заискивающе, стремились войти в доверие. После очередного конфликта они с готовностью давали обещание исправиться, непродолжительное время усердно занимались и соблюдали дисциплину, однако в дальнейшем столь же легко нарушали свои обещания, забывали об учебе, бросали кружки и секции, снова проводили большую часть времени на улице. Многие, начиная с 3-4 класса, пропускали без уважительных причин занятия и не выполняли домашних заданий (17 — 77,3% в группе НП и 5 — 71,4% в группе ББ). Отношения со сверстниками у данной группы подростков складывались двояко: немногие из них становились неформальными лидерами в коллективе, умели организовать вокруг себя других детей, подчинить их своему влиянию; другие то и дело меняли друзей и подруг, не пользовались в среде учеников большим авторитетом. Постоянное желание быть в центре внимания, нравится окружающим побуждало их вести себя экстравагантно, вызывая, конфликтовать с другими подростками. Они щепетильно относились к своему внешнему виду, одежде, прическе. Чтобы утвердиться в роли неформального лидера, рано начинали курить, употребляли алкоголь, стремились к сексуальным контактам со старшими девушками, прикладывали значительные усилия, чтобы завести себе приятелей из криминальной среды. В отношении сверстников отличались завистливостью, жестокостью, ссорились с друзьями из-за пустяков и немедленно начинали им мстить за выдуманные обиды. Достигнув возраста 12-13 лет, окончательно утрачивали интерес к учебе, ориентировались только на мнение старших друзей и подруг, ведущих асоциальный образ жизни, быстро вливались в полукриминаль-

ные молодежные группировки, систематически совершали правонарушения (19 — 86,3% в группе НП). Они убегали из дома, похищали в семье и у знакомых деньги и ценные вещи, уезжали в Москву и другие крупные города, пьянствовали, ночевали где попало, легко вступали в сексуальные отношения, имели опыт употребления наркотиков (14 — 63,6% в группе НП, 2 — 28,6% в группе ББ, показатель группы НП достоверно превышает аналогичные в других категориях, $t \geq 2$, $P \leq 0,05$).

На этом фоне возникали аффективные нарушения, как правило, у них доминировало приподнятое настроение, были характерны резкие, порой беспричинные эпизоды его снижения, сопровождавшиеся отчаянием, злобой на окружающих, желанием отомстить за свои мнимые или реальные неудачи, сопровождавшимся агрессией. Криминальные действия носили спонтанный, часто — агрессивный характер, сопровождалось элементами психопатической самоактуализации, порой — лишь формальным осознанием тяжести совершаемых правонарушений. Во всех случаях криминальные действия сопровождалось убежденностью в своей безнаказанности.

При наблюдении за подростками с личностно-обусловленной дезадаптацией групп НП и ББ в условиях ЦВИНПа, специальной школы и социального приюта на первый план клинически выступали следующие синдромы:

формирующегося расстройства личности — с заострением па-тохарактерологических черт тормозимого или истеро-возбудимого круга, инфантильностью, эмоциональной лабильностью, нарушением социального взаимодействия, склонностью к непосредственным формам реагирования, неадекватной самооценкой;

невротические и неврозоподобные расстройства — проявлялись эпизодической тревогой, страхами, нерегулярным неврозоподобным энурезом, преходящими астеническими симптомами, явлениями соматизации;

неспецифическая органическая симптоматика — полиморфные астенические, вегетативные, сосудистые симптомы, неспецифическая неврологическая микросимптоматика;

симптомы формирующейся зависимости от алкоголя и других ПАВ.

Проиллюстрируем описание личностно-обусловленной дезадаптации клиническим примером.

Максим, 13 лет. Собственное наблюдение, группа НП. Родился в социально благополучной семье, третьим ребенком. Старшей сестре 24 года, здорова, замужем, проживает отдельно. Брату 17

лет, здоров, студент 1 курса престижного ВУЗа. Со слов матери, беременность протекала с токсикозом, угрозой прерывания, отмечались признаки преждевременного «старения» плаценты, во время беременности принимала гормональные препараты. Роды в срок, в родах у матери возникло острое кровотечение, принято решение об экстренном кесаревом сечении. Отмечалось апноэ новорожденного, проводились реанимационные мероприятия. В возрасте 1 месяца невропатологом установлен диагноз «Минимальной мозговой дисфункции», однако раннее развитие по срокам не отличалось от нормативных показателей. В возрасте 10 месяцев пошел, к году говорил не менее 20 слов, к двум годам была сформирована фразовая речь, знал наизусть много стихотворений, выучил русский и латинский алфавит. Вместе с матерью занимался по развивающим методикам и в 4 года умел хорошо читать, писал печатными буквами, решал задачи в 2-3 арифметических действия из учебника для 2 класса. С 5 лет посещал группу для подготовки к школе, где по знаниям и навыкам обгонял всех сверстников. Тогда же высказывал родителям просьбы о поступлении в музыкальную школу, однако родители ограничились покупкой ему скрипки. Сам начал изучать ноты, сольфеджио, в 6-7 лет умел играть несложные музыкальные композиции. Рос исключительно послушным, добрым, внимательным к старшим ребенком. Со слов брата, родители поручали ему помогать Максиму в учебе, однако этого почти никогда не требовалось, он успевал по всем предметам на «отлично». С одноклассниками поддерживал формальные отношения, ни с кем не дружил, но и не ссорился. Однажды во 2 классе одноклассники без причины жестоко избили его. Спустя неделю он «проснулся посреди ночи, кричал, плакал, звал на помощь», утром ничего не мог вспомнить. По утрам появились приступы тошноты, рвоты, отказывался от еды, боялся идти в школу, а потом — заходить в класс, стоял у двери, пока в класс не входила учительница. Школьный психолог характеризовала его «высокоинтеллектуальным ребенком с некоторыми тревожно-мнительными, астеническими чертами, обилием невротических комплексов». После каникул данные явления исчезли. В 9 лет непродолжительное время наблюдался ночной энурез. Тогда же начал увлекаться чтением произведений философов экзистенциальной школы, стал подолгу пропадать в библиотеке, забросил занятия музыкой, мать замечала, что он может утром уйти из дома не умывшись и не поев. В 4 классе стал без уважительной причины пропускать занятия в школе, однажды родители обнаружили его в компьютерном игровом клубе, где он играл в одну из популярных сетевых стратегий. Отцу удалось выяснить, что Максим является предводителем крупного сетевого клана игроков,

он известен в сети под кличкой «Вельзевул». По настоянию отца сын был лишен доступа к домашнему компьютеру и карманных денег. С той поры стал систематически воровать дома деньги, ценности, несколько раз не возвращался домой ночевать (со слов, проводил это время в отдаленных клубах за игрой), однажды мать заподозрила его в употреблении наркотиков (со слов, систематически принимал энергетические напитки). Резко снизилась успеваемость, систематически прогуливал школу, учителя угрожали ему оставлением на второй год. Перестал контактировать со сверстниками, контакты с братом у него сводились к минимуму. В 12 лет впервые был задержан милицией за кражу бутылки вина из магазина, со слов, надеялся ее продать, чтобы заполучить деньги. Буквально через неделю в составе группы асоциальных подростков совершил попытку грабежа. Объяснил свой поступок тем, что «ребята отнеслись к нему по-доброму, не обижали и не дразнили... с пониманием отнеслись к его увлечению играми и обещали поделиться украденным», если он поможет им отвлечь внимание случайного прохожего, у которого планировалось вырвать из рук портфель. Однако вырвать портфель из рук у мужчины не удалось, и все кроме него убежали, тогда прохожий схватил его за шиворот и вызвал милицию. Спустя 3 месяца был пойман при попытке карманной кражи, помещен в ЦВИНП ГУВД г. Москвы. Рассказал, что снова встретил тех же ребят, стал подолгу проводить время в их компании, пробовал алкоголь, курил, два или три раза принимал участие в криминальных действиях группы, был горд, что к нему относились хорошо, «признавали в нем личность». Решением суда по представлению КДН направлен в СШ закрытого типа.

Данные физикального осмотра. Выше среднего роста, нормостенического телосложения, повышенного питания. На момент осмотра жалоб не предъявляет. Кожные покровы чистые, обычной окраски, слизистые без видимых изменений. Опорно-двигательный аппарат без патологии. Со стороны сердечно-сосудистой системы патологии не регистрируется. Желудочно-кишечный тракт — без видимой патологии. Печень по краю реберной дуги, эластической консистенции. Мочеотделение не нарушено. Вторичные половые признаки — рост волос у корня полового члена, пигментация мошонки, единичные волосы в подмышечных впадинах, рост щитовидного хряща, изменения голоса. При расчете нормировочных показателей отмечается некоторое отставание в соматическом развитии. Неврологически: жалобы на укачивание в транспорте, головокружения, метеопатические проявления, суставные боли в пальцах. Менингеальных знаков нет. Отмечаются признаки нистагма при крайнем отведении глазных яблок, глазные щели равновелики, сглажена левая но-

согубная складка, тремор кончика языка, снижена конвергенция. Чувствительность не нарушена. Сухожильные рефлексy оживлены, с незначительным расширением рефлексогенных зон, равномерны. Вегетативные реакции — выраженные. Стойкий красный дермографизм. Таким образом, состояние можно охарактеризовать как легкие резидуальные признаки раннего органического поражения головного мозга, вегетососудистая дистония, признаки задержки соматического развития.

Экспериментально-психологическое исследование. В контакт вступает охотно, проявляет к исследованию интерес. С заданиями справляется, инструкции усваивает и удерживает с первого предъявления, работает в среднем темпе, ошибки допускает редко. Поддается коррекции. Мышление носит логический характер, хорошо оперирует абстрактными, отвлеченными понятиями, легко справляется с операциями сравнения, обобщение, группировку, исключение. Вместе с тем отмечаются единичные привнесения, выбор осуществляет порой с опорой не несущественные, латентные признаки. Отмечается диссоциация между высоким уровнем выполнения ряда заданий и полученным образованием (фактически — 4 класса). Речь правильная, грамотная, с большим количеством компьютерной игровой лексики. Охотно рассуждает об особенностях сюжетов популярных игр. Память сохранена. Интеллект соответствует норме. Запас знаний неравномерен — обнаруживает значительные пробелы в знаниях по ряду школьных предметов (биологии, физике) при высоком уровне осведомленности по истории, искусству, культуре, философии. Вместе с тем философские построения носят несколько гротескный, наивный характер. Эмоциональная сфера характеризуется выраженной лабильностью, склонен к ситуативным реакциям с острым чувством переживания неуспеха, повышенным вниманием к отношению к нему со стороны окружающих, тревогой, агрессией. Волевые расстройства: преобладают нарушения группы волевых действий, трудности преднамеренной регуляции, особенно — эмоциональных проявлений, легкость выработки моторных автоматизмов, трудности прогноза. Личностные особенности отражают сочетание истерических и тормозимых черт (мозаицизм) с неустойчивыми компенсаторными механизмами.

Профессиональное ориентирование. В ходе экспериментально-психологического исследования была произведена оценка личностных качеств с целью профессионального ориентирования и выяснения профессионального соответствия. В итоге полученный профиль профессии следующий: требующий внимания, творческого и вдумчивого отношения, допускающий интеллектуальные нагрузки, требующий орга-

низаторских качеств. Подобным критериям соответствуют многочисленные специальности гуманитарной сферы.

Психическое состояние. В контакт вступает охотно. Опрятен, вежлив, старается расположить к себе собеседника. Говорит медленно, старательно выдерживая темп, пытается держаться значительно, казаться старше своих лет. На вопросы отвечает последовательно, по существу, обнаруживает большой словарный запас, речь грамматически правильная. О себе рассказывает подробно, о некоторых эпизодах своей жизни — в меру эмоционально. Сообщает, что до 8-9 лет был «образцовым ребенком», им гордились родители, «любовались» педагоги. Пытается немного приукрасить свои успехи, однако в целом его рассказ соответствует сведениям, полученным от родителей. Считает тот период своей жизни «детством», подчеркивает, что то или иное событие происходило с ним «в детстве» или «недавно, сейчас». Считает, что в детстве он во многом вел себя неправильно, связывает это с особенностями своего характера. Сообщает, что был очень стеснительным, замкнутым, боялся сверстников, и в то же время презирал их «глупые игры, беготню, болтовню». Поясняет, что когда сам стал читать, то его потянуло к «серьезным книгам, литературе...», и никогда не хотелось читать детских сказок «про зайчиков и котят». Обнаруживает неплохую осведомленность в вопросах истории, музыки, литературы, наивно, без должной критики, рассуждает о философии, морали. Подчеркивает, что «когда повзрослел» стал относиться к многим вещам иначе, переоценил свое отношение к школе, занятиям музыкой — стал «ближе к реальности», когда начал посещать компьютерный клуб, познакомился с настоящими ребятами, которые «показали ему жизнь, а не картинку». Увлеченно, эмоционально говорит о компьютерных играх, считает, что они помогли ему раскрыть многое в своей личности, научили «быть лидером», «делать правильный выбор». Сознается, что ему трудно обходиться без игры, быть обычным, тогда как в игре у него были необычные способности, свои «навыки, таланты», которых он лишен в обыденной жизни. Бравирует тем, что создал свой клан — «это все равно, как создать свой мир, перворожденные — как боги», что его все воспринимали как старшего, у него даже была виртуальная «супруга». Рассказывая о своем знакомстве с ребятами из уличной компании постоянно пытается давать своим действиям коллективную оценку: «за это меня уважали», «это им во мне нравилось». Подчеркивает, что чувствовал себя в асоциальном коллективе намного увереннее, чем в классе — над ним не смеялись и не обижали, с ним делились деньгами и сигаретами, принимали «за своего» и не пытались воспитывать. Буднично, равнодушно сообща-

ет о совершенных правонарушениях, относится к ним облегченно, считает незначительными. Уверяет, что они никак не скажутся на его судьбе, уверен в своей безнаказанности. О потерпевших отзывается с циничным безразличием: «подумаешь, сумка... не последняя ведь». Предполагает, что совершит из спецшколы побег. О родителях, брате и сестре отзывается равнодушно, с оттенком негативизма, сообщает, что несколько дней назад к нему приходил отец, пытался говорить с ним о будущем. Подчеркивает свое непонимание семейных проблем, сухо роняет, что им «нужно показать, что они меня воспитывают, в лицей зовут поступать — у них для этого Саша (брат) есть... им что, мало?». При беседе бросаются в глаза на фоне сохранного интеллекта, памяти, отсутствия грубой психопатологической симптоматики — снижение критики, категоричность, инфантильность оценок и представлений, мозаичность личностных черт, сочетающих демонстративность, театральность, эгоцентризм с замкнутостью, ранимостью, эмоциональной холодностью.

Диагноз по многоосевой классификации. Расстройство поведения несоциализированное (F91.1), формирование диссоциального расстройства личности (F 60.2), сохраненный интеллект. Задержка физиологического развития (R 62). Умеренное нарушение психосоциальной продуктивности (3 балла).

Терапия. В связи с краткостью наблюдения в реабилитационно-катамнестическую группу не включался. Спустя два года получены сведения о совершении им тяжкого преступления, привлечении к уголовной ответственности и осуждении на 5,5 лет лишения свободы.

Анализируя данный случай (и другие наблюдения) мы можем указать на ряд общих закономерностей, свойственных личностно-обусловленной психической дезадаптации:

1. Присутствие в раннем возрасте факторов, указывающих на высокий риск формирования дезадаптации: для тормозимого типа — интранатальной и перинатальной органической патологии с тенденцией к быстрой компенсации, частой соматической патологии детского возраста, опережающих темпов развития высших психических функций, высокой познавательной активности и продуктивной сюжетной игровой деятельности, упорядоченного поведения, дистанцирования от сверстников, избирательности в контактах; для возбудимого типа — воспитания в социально-неблагополучных условиях с преобладанием аномальных стилей воспитания — гипоопеки, отвержения, стремления к лидерству, вызывающего и оппозиционно-протестного поведения, эгоцент-

Тормозимый тип**Возбудимый тип****Факторы риска раннего возраста**

Интранатальная и перинатальная патология,
ПЭП с тенденцией к быстрой компенсации
Полиморфная соматическая патология
Опережающее развитие
высших психических функций
Высокая познавательная активность, продуктивная
сюжетная игровая деятельность, фантазирование
Упорядоченное поведение
Дистанцирование от сверстников,
замкнутость, избирательность в контактах

Воспитание в социально неблагополучных
семьях, в условиях гипоопеки, отвержения
Нормативное возрастное психическое развитие
Стремление к лидерству, вызывающее и
оппозиционно-протестное поведение,
жажда успеха, признания
Быстрая смена интересов, увлечений, нестойкость
социальных контактов, эгоцентризм

Синдромы

Невротические и неврозоподобные расстройства
Симптомы зависимости от ПАВ
Неспецифическая органическая симптоматика
Формирование расстройства личности с заострением патохарактерологических черт

Тормозимого круга

Углубление замкнутости, отчуждение,
собственные специфические интересы,
парциальная дезорганизация поведения

Истерио-возбудимого круга

Сглаживание тормозимых черт,
сочетание эксплозивности
с эмоциональной холодностью,
асоциальностью, агрессией

Социальные последствия

Трудность обучения, школьная неуспешность
Трудность общения, десоциализация
Зависимость от алкоголя, ПАВ
Эгоцентрические потребительские установки
Потребность в асоциальном поведении
как факторе группового роста

Социальная декомпенсация

Уход, исключение из школы, побег из дома, приют
Бродяжничество, попрошайничество,
гомосексуальная проституция
Систематическое упорное,
стереотипное криминальное поведение
(патологическая неполная компенсация)
Пьянство, употребление ПАВ, наркотизация
Формирование диссоциальных стереотипов поведения

Предикторы криминального поведения

Преобладание эксплозивных истерических личных черт
Сохраненный интеллект
Высокие притязания, лидерские амбиции
Ранний уход в криминальную группу

Мишени для реабилитационной работы

Инфантилизм, личностная незрелость
Аддиктивное поведение
Психопатические личностно-обусловленные поведенческие стереотипы
Криминальное и иное асоциальное поведение

Особая группа для профилактической работы — большие ресурсы личности

Схема 3.4. Модель пациента
с личностно-обусловленной дезадаптацией

ризма на фоне нормативного психического развития, быстрой смены интересов, нестойкости увлечений, слабости социальных контактов.

2. Доминирование в клинической картине в подростковом возрасте невротических и неврозоподобных синдромов, зависимо-го поведения, неспецифической органической и неврологической микросимптоматики с формированием патохарактерологических черт тормозимого или истеро-возбудимого круга. Предис-позитом криминальной активности для личностей тормозимого кру-га выступает сглаживание тормозимых черт, появление экспло-зивности в сочетании с эмоциональной холодностью, агрессией, диссоциальным поведением. Углубление замкнутости, отчужден-ности, появление специфических индивидуальных интересов, пар-циальная дезорганизация поведения (шизоидизация) ведут к бро-дяжничеству, попрошайничеству, гомосексуальной проституции — как формам асоциального поведения.

3. Наличие социальных последствий психического расстрой-ства — трудностей обучения и школьной неуспешности, трудно-стей в установлении межличностных контактов и ограничении круга общения, десоциализации (для тормозимого типа), форми-рования эгоцентрических потребительских установок (для возбу-димого типа), формирования зависимости от алкоголя, токсичес-ких веществ, формирования потребности в асоциальном поведе-нии как факторе, обеспечивающем внутригрупповой рост (для возбудимого типа).

При личностно-обусловленной дезадаптации объекты для коррекционной и реабилитационной представляют собой: (1) ин-фантилизм, личностную незрелость, (2) психопатические индиви-дуально личностно-детерминированные поведенческие стереоти-пы, (3) антиобщественные установки и аддиктивное поведение и (4) криминальный и асоциальный поведенческий стереотип. Мо-дель пациента с личностно-обусловленной дезадаптацией пред-ставлена на схеме 3.4.

Корреляционный анализ клинических и социальных слага-емых личностно-обусловленной психической дезадаптации пока-зал, что предикторами криминального поведения в данной кате-гории подростков являются (1) преобладание эксплозивных, ис-терических личностных черт ($\gamma = 0,81$), (2) высокий уровень ин-теллекта ($\gamma = 0,78$), (3) высокий уровень притязаний, лидерских амбиций ($\gamma = 0,72$), (4) раннее инкорпорирование в криминаль-ную группу ($\gamma = 0,72$). Данная группа несовершеннолетних право-нарушителей, беспризорных и безнадзорных отличается глубоким

личностным потенциалом развития и в этом плане особенно благоприятна в качестве объекта для профилактической работы.

3.4. Характеристика реактивно-обусловленной дезадаптации

Несовершеннолетние с реактивно-обусловленной психической дезадаптацией встречались в нашем исследовании реже всех остальных типов. В группе НП данный тип дезадаптации констатирован у 14 (9,3%), в группе ББ — у 13 (11,3%) подростков. Клинически эта категория была представлена в основном подростками, у которых диагностировались расстройства адаптации, расстройства невротического спектра. Определяющим фактором развития для реактивно-обусловленной дезадаптации было длительное психотравмирующее влияние окружающей социальной среды — дефекты ухода и воспитания, фрустрации, внутрисемейные конфликты и негативное воздействие микрогруппы.

Большинство подростков данной группы воспитывались в относительно благополучных семьях (7 — 50,0% в группе НП и 3 — 23,1% в группе ББ, вероятно, столь низкий показатель обусловлен составом группы, т.к. большинство подростков группы ББ воспитывались вне семьи). Наследственная отягощенность психическими расстройствами, алкоголизм у родителей, вовлеченность членов семьи в криминальную среду — встречались тут в единичных случаях. Не было в группе семей с очень плохим материальным состоянием, крайне низким доходом. Отмечен высокий уровень патологии беременности и родов (по данным медицинской документации и со слов родителей у 4 — 28,6% в группе НП и 6 — 46,2% в группе ББ, реальные показатели могут быть выше) с преобладанием у матерей токсикозов второй половины беременности, психических травм (распад семьи, увольнение), быстрых родов и слабости родовой деятельности (с последующей стимуляцией). В то же время состояние новорожденного характеризовалось, как правило, как нормативное (в единичных случаях наблюдались — функциональная желтуха новорожденных, повышение тонуса мускулатуры ног, дважды диагностировалась ПЭП), раннее развитие протекало без патологии (у 10 — 71,4% в группе НП и у 5 — 38,5% в группе ББ, различия достоверны, $t \geq 2$, $P \leq 0,05$). В возрасте 1-1,5 лет у половины детей отмечались признаки некоторого отставания развития высших психических функций — с задержкой формировалась речь, отмечались трудности вовлечения ребенка в общую игру, либо — капризность, плаксивость, избыточ-

ная привязанность к матери или другим членам семьи (бабушкам, сестрам) — не вызывавшие, как правило, озабоченности у родителей и врачей. К двум-трем годам эти особенности сглаживались.

Преобладающими стилями воспитания в группе являлись гипоопека или отвержение (8 — 57,1% в группе НП), многие матери, формально не пренебрегая родительскими обязанностями, осуществляя в той или иной степени заботу и уход за ребенком, тяготились им: отдавали на воспитание родственникам (5 — 35,7% в группе НП, 8 — 61,5% в группе ББ, различия достоверны, $t \geq 2$, $P \leq 0,05$), оставляли на продолжительный срок знакомым, объясняя это необходимостью поехать на заработки, болезнью пожилых членов семьи. Большинство семей в этой группе были неполными (9 — 64,3% в группе НП, 10 — 76,9% в группе ББ, показатель в группе НП достоверно выше $t \geq 2$, $P \leq 0,05$ среднего по группе НП в целом). Вероятно, собственно депривационный фактор был одним из определяющих аномальный характер развития.

В возрасте 3-4 лет у большинства детей данной группы выявлялась отчетливая невротическая симптоматика: страхи темноты, замкнутых пространств, порой сопровождавшиеся убежденностью, что в темноте прячутся страшные животные, чудовища, баба Яга, которые могут украсть и съесть ребенка; ежедневный энурез (в четверти случаев сопровождавшийся энкопрозом) на фоне очень глубокого сна; дети продолжали спать даже в мокрой, холодной постели; заикание по типу «запинания» или «логоклонии» с повторением слогов и коротких слов, с отчетливой тенденцией к периодам обострения (коррелировали с обострением внутрисемейных отношений и другими психотравмирующими обстоятельствами) и ремиссий; встречались тики (6 — 42,8% в группе НП, по группе ББ нет достоверных сведений), у троих детей отмечены вегетативные приступы с потерей сознания (по типу обмороков).

На фоне близкого к нормативному возрастного соматического и психического развития многие дети вели себя замкнуто, пугливо, сторонились сверстников, избегали шумных, подвижных игр. Не наблюдалось ни выраженных асинхроний развития, ни стойких задержек формирования функций. Несмотря на недостаточное внимание со стороны взрослых членов семьи, эти дети не обнаруживали грубой педагогической запущенности. Оказавшись в детских учреждениях, они не доставляли больших хлопот персоналу, воспитателям — росли тихими, неприметными, «обычными».

В школьном коллективе эти дети адаптировались плохо. Они редко имели друзей, никогда не претендовали на лидерство. Хотя

в младших классах их успеваемость не вызвала нареканий со стороны педагогов (хорошо успевали 8 — 57,1% в группе НП и 4 — 30,8% в группе ББ, различия достоверны $t \geq 2$, $P \leq 0,05$), их характеризовали как пассивных, безынициативных; у них не было любимых предметов, они не первенствовали в труде и спорте, легко пасовали перед трудностями (так наз. «общая невротическая безучастность» по В. Майер-Гроссу, 1960). В случае, если по той или иной причине эти дети оказывались в центре внимания, могли неадекватно отреагировать плачем, убежать, спрятаться. Внутришкольные конфликты усугубляли невротическую симптоматику: по утрам появлялись страх, тревога, сопровождавшаяся тошнотой, рвотой, отказом от пищи, снижалось настроение, появлялась эмоциональная фиксация на неблагоприятной ситуации, могли появиться элементы навязчивых действий (отряхивание, оглаживание одежды, оглядывание через плечо и т.д.). Для детей группы реактивно-обусловленной дезадаптации было характерно реагирование по «неврастеническому» типу — уклоняющееся, избегающее поведение со склонностью к аффективным вспышкам по типу «раздражительной слабости» и легким формированием соматизированных расстройств (у 12 — 85,7% в группе НП, у 9 — 69,2% в группе ББ).

Очень показательным признаком начала пубертатных изменений характера для подростков данной группы являлось усиливающееся критическое отношение к собственной внешности. Большинство подростков (12 — 85,7% в группе НП и 9 — 69,2% в группе ББ) отзывались о своей внешности негативно, без объективных причин считали себя некрасивыми (и даже уродливыми), непривлекательными для девушек. В дальнейшем эти идеи несколько теряли актуальность, но окончательно не пропадали. Вероятно, в отношении трети подростков можно говорить о начале невротического развития личности с формированием тревожного личностного радикала.

Относительно неожиданным для педагогов и воспитателей детских учреждений выглядело появление у подростков данной группы в пубертатном периоде расстройств поведения — не свойственной им прежде лживости, эпизодов воровства (приобретающих потом в группе НП систематический характер) и других противоправных действий, побегов из дома или детского учреждения, перерастающих в длительные периоды бродяжничества, сопровождающегося всем спектром асоциального поведения. Практически никогда формированию расстройств поведения не предшествова-

ло острых психотравмирующих ситуаций, и предсказать их появление в текущий момент не удавалось.

При наблюдении за подростками с реактивно-обусловленной дезадаптацией групп НП и ББ в условиях ЦВИНПа, специальной школы и социального приюта на первый план клинически выступали следующие синдромы:

психогенные расстройства настроения — с преобладанием эмоциональной лабильности, капризности, плаксивости (у подростков 11-12 лет) либо кратковременных депрессивно-дисфорических реакций, периодов возбуждения, агрессивности (у подростков 13-14 лет);

расстройства сна — с нарушением засыпания или крайне поверхностным, чутким сном с многочисленными пробуждениями, с ночным энурезом, с ночными страхами от нестойких страхов темноты до развернутых картин ночных ужасов и панических атак;

психогенный энурез и энкопрез — практически ежедневно, иногда на протяжении нескольких месяцев и лет со склонностью к спонтанным кратковременным ремиссиям;

двигательные расстройства — повышенная моторная активность, с суетливостью, доходящей до ажитации, с избыточной речевой продукцией; тики, иногда принимаемые за гримасы, привычные действия — кусание ногтей, перебирание пальцами, сосание пальцев; заикание как психогенное моторное расстройство;

невротическое развитие личности с преобладанием тревожных, астенических, зависимых черт

вегетативно-сосудистые расстройства — с хроническими, рецидивирующими приступами головных болей, головокружениями, обмороками, возникающими в острых психотравмирующих ситуациях; часто вегетативно-сосудистая симптоматика сопровождала психосоматическую патологию — аллергические дерматиты, приступы удушья, близкие по характеру к астматическим;

неспецифическая органическая симптоматика — полиморфные неспецифические неврологические микросимптомы.

Проиллюстрируем описание реактивно-обусловленной дезадаптации клиническим примером.

***Женя, 14 лет.** Собственное наблюдение, группа ББ. Родился в социально-благополучной семье. Отец — сотрудник органов государственной безопасности, веселый, артистичный, любил алкоголь, шумные компании, красивых женщин, легко заводил знакомства, но продолжительных дружеских или партнерских отношений ни с кем не поддерживал. Был женат 6 раз, во всех семьях имеются дети, из них*

Женя — самый старший. Погиб в автокатастрофе год назад. Мать по характеру хитрая, властная, требовательная, легко входит в доверие. По образованию (неполное высшее) — педагог, однако по специальности никогда не работала. Работала секретарем, менеджером по дизайну офисных помещений, сопровождала туристические группы в поездках за рубеж. В молодости «коллекционировала» поклонников. В настоящее время занимается «уходом» за пожилыми людьми, с которыми заключает договоры пожизненной ренты с содержанием. Беременность у матери протекала без существенных осложнений. Непосредственно перед родами узнала, что муж тайно от нее перевез часть своих вещей в дом к другой женщине — на фоне эмоциональных переживаний несколько дней ничего не ела, легла в кровать и «лежала, плакала, уткнувшись в подушку». С этой подушкой поехала в роддом. Роды, со слов, длились 26 часов, отмечалась слабость родовых сил, на фоне развившейся гипоксии плода была проведена стимуляция родовой деятельности. Ребенок родился «немного синюшный», но закричал сразу, на следующие сутки был приложен к груди. Выписан из родильного дома на 6 день. Приехав домой, застала там мужа с его новой избранницей, занятых погрузкой последних вещей в автомобиль. Со слов, «ничего не сказала, положила ребенка на скамеечку около подъезда» и ушла куда-то, бродила по улицам, дня через три-четыре вернулась домой. Ребенка подобрала бабушка, которая и занималась первые три года его воспитанием. Мать, якобы, даже не подходила к нему. Со слов матери, она «быстро пришла в себя», успокоилась, оформила в институте академический отпуск, устроилась на работу, стала вести прежний образ жизни, легко «без ссор и взаимных упреков» расторгла брак с мужем. Ребенком практически не занималась, но выделяла достаточно средств на его содержание, иногда гуляла с ним вечером возле дома. Раннее развитие Жени протекало в соответствии с физиологическими нормами. В три года была хорошо развита фразовая речь, знал половину букв, умел считать до десяти, был знаком с сюжетами многих сказок, мог воспроизвести по памяти несколько детских стихотворений. Когда мальчику было три года, тяжело заболела его бабушка. По заявлению матери «в связи с необходимостью ухода за пожилым человеком» был помещен в социальный приют сроком на полгода. Там от всех детей держался отчужденно, подвергался избиениям, издевательствам старших детей, его постоянно дразнили, отбирали еду и игрушки. По сведениям из личного дела воспитанника, мать ни разу не навестила его, срок его содержания в приюте неоднократно продлевался по ее заявлению. В возрасте 5 лет, когда бабушка умерла, мать забрала Женю из приюта. Тогда по ее просьбе осмотрен

врачом-психоневрологом в районной детской поликлинике, установлен диагноз «Синдром гипертормотного поведения, логоневроз», врачом отмечено, что ребенок «обнаруживает развитие по возрасту ... суетлив, разговорчив, неусидчив ... отмечается энурез». Было назначено лечение глицином, нейромультивитом. Со слов матери, в пять лет Женя боялся темноты, не входил в темную комнату, говорил, что там «сидит бяка, она страшная, зубастая», плохо засыпал, кричал во сне. У него «постоянно менялось настроение», мог заплакать без причины. С детьми во дворе играть отказывался, уходил в дальний угол двора, где играл в кустах в свои игрушки, при попытке других детей приблизиться к нему с криком убегал прочь. В присутствии взрослых был робким, стеснительным, но иногда «начинал вдруг быстро бегать по квартире, кричал, размахивал руками, бросался игрушками». Периодически, если его ругали, у него «дрожал подбородок, руки, он начинал заикаться». В детском саду его характеризовали добрым, послушным, робким, пугливым, неглупым, но очень замкнутым, безынициативным. Школу начал посещать с 7 лет, в первом классе учился хорошо, во втором-третьем успеваемость снизилась, но в целом с программой справлялся. В классе ни с кем не дружил, боялся приглашать других ребят к себе в гости, т.к. у него дома «все было до потолка завалено вещами старушек, за которыми ухаживала мама». Часто, вернувшись из школы, просиживал целыми вечерами среди этих тюков, узлов, сумок, читал научно-популярные книги о животных. Однажды из любопытства открыл один из мешков, нашел там старинный бинокль. После этого полюбил вечерами мечтать о путешествиях, листал привезенные матерью из зарубежных поездок карты. В 10 лет пробовал курить, однако испытыв тошноту, головокружение, больше опытов с сигаретами не повторял. В возрасте 10-11 лет был объектом сексуальных домогательств со стороны двоих старших школьников, которые пытались заставить его совершить оральный половой акт, однако не довели задуманное до конца благодаря случайному вмешательству одного из педагогов. После случившегося боялся ходить в школу, подолгу стоял у подъезда, по утрам перестал есть, снова начал заикаться, участился ночной энурез. Когда мать попросила пожилую соседку провожать его в школу, он «не отпускал ее руку, пока она не усаживала его за парту». Стал плохо учиться, не выполнял никаких домашних заданий, по большинству предметов получал неудовлетворительные оценки. Был объектом насмешек и издевательств всего класса, всего двора. В поликлинической карте имеется запись психоневролога: «На приеме с бабушкой (вероятно — соседкой?)... ежедневно — ночной энурез, по утрам — тошнота, рвота ... жалуется на страх ходить в школу, что его

изобьют ... интеллект сохранен, соответствует возрасту и образованию, мышление последовательное, память в пределах возрастной нормы» Установлен диагноз «Школьный невроз», рекомендован прием соннапакса. Школьным психологом была отмечена «невысокая мотивация в плане образовательного процесса, отсутствие интереса к учебе, безразличное отношение к учебе, труду, вялость, безынициативность на уроках, тревожность». Рекомендовалось «решение вопроса о переводе на домашнее обучение». Через месяц совершил первый побег из дома, отсутствовал дома неделю, пояснил, что сначала «планировал отправиться путешествовать», «пожить на природе, в лесу», но быстро понял, что плохо подготовился к такому приключению, решил вернуться, но «боялся, что мама будет ругаться», последние два дня прятался в своем подъезде, не решаясь войти домой. Осенью того же года украл дома крупную сумму денег, приобрел рюкзак, карту, туристический топорик, котелок и отправился «жить в тайгу». Надеялся найти в деревне заброшенный дом, чтобы жить там всю зиму, был задержан милицией в другой области, более чем в 400 км. от дома, возвращен матери. В связи с систематическими прогулами занятий в школе директор пригрозила ему отчислением. Тогда совершил очередной побег из дома, отсутствовал более месяца, со слов, жил в подвале, покупал продукты на украденные дома деньги, мыл таксистам автомобили у метро. При задержании милицией назвался вымышленным именем, был помещен в Морозовскую клинику, а оттуда переведен в социальный приют.

Данные физикального осмотра. Ниже среднего роста, астенического телосложения, пониженного питания. На момент осмотра жалоб не предъявляет. Кожные покровы со следами расчесов, обычной окраски, слизистые без видимых изменений. Заключение дерматолога: аллергический дерматит? Опорно-двигательный аппарат без патологии. Со стороны сердечно-сосудистой системы патологии не регистрируется. Желудочно-кишечный тракт — без видимой патологии. Печень по краю реберной дуги, эластической консистенции. Мочеотделение не нарушено. Вторичные половые признаки — рост волос у корня полового члена, на лобке, пигментация мошонки, волосы в подмышечных впадинах, рост щитовидного хряща, изменения голоса, единичные волосы на подбородке, на верхней губе. При расчете нормировочных показателей отмечается соответствие нормативным показателям соматического развития. ИМТ ниже нормы (16,5). Заключение эндокринолога: последствия алиментарной недостаточности. Неврологически: жалобы на периодические головные боли — по вечерам, связывает их с усталостью. Менингеальных знаков нет. Глазные щели равновелики, сглажена правая носогубная склад-

ка, девиация кончика языка вправо, снижена конвергенция. Чувствительность не нарушена. Сухожильные рефлексы оживлены, с незначительным расширением рефлексогенных зон, равномерны. Стойкий белый дермографизм. Заключение невропатолога: здоров. Последствия перенесенных экзогенных вредностей (характер не уточняется).

Экспериментально-психологическое исследование. В контакт вступает неохотно, не проявляет к исследованию интереса, пассивен. С заданиями справляется, инструкции в основном усваивает и удерживает работает в медленном темпе, ошибки допускает редко, поддается коррекции. Мышление, интеллектуальное развитие соответствует возрасту, специфических расстройств мышления не выявлено. Доступны операции сравнения, обобщения, группировки, исключение третьего лишнего выполняет правильно. Речь грамматически правильная. Память по нижней границе нормы. Эмоциональная сфера характеризуется выраженной лабильностью, тревожен, мнителен. Отмечаются характерные признаки невротизации: заикание, чувство «комка в горле», приливы жара, тремор. Волевые расстройства: преобладают нарушения группы волевых действий, трудности преднамеренной регуляции, трудности прогноза. По шкале форм и типов агрессии: выраженное чувство вины, обиды при нормативных показателях физической, вербальной и косвенной агрессии. Личностные особенности — тревожный тип. Заниженная самооценка, склонность к протестным реакциям по типу избегания. Профессиональное ориентирование — невалидные данные. Нейропсихологическое исследование не проводилось.

Психическое состояние. В контакт вступает охотно. Правильно ориентирован в месте, времени, собственной личности. Заметно волнуется в начале беседы, грызет заусенцы, постукивает пальцами о стол, ерзает на стуле. Называет свое настоящее имя, признается, что соврал, т.к. надеялся, что его не отправят домой. Сообщает, что тяготится пребыванием дома, т.к. там ему не интересно, он почти всегда один, нет ни мамы, ни друзей. Несколько отстраненно отмечает, что ему «всегда не везет в жизни, должно быть это — судьба». Обращает на себя внимание грамотная речь с достаточным словарным запасом, логическое, последовательное мышление, и в то же время — маленький запас школьных знаний, узкий кругозор, определенная детскость, незрелость суждений. Охотно рассказывает о своих побегах из дома, желании побыть одному, посмотреть мир, ни от кого не зависеть, никого не бояться. Подчеркивает, что за время его побегов из дома его ни разу не побили, никто не обидел, «добрые люди кормили, иногда давали деньги», а некоторые даже боялись. С гордостью рассказывает, как ночью, проходя

вдоль дороги, светя фонариком, напугал пожилую женщину: «Она наверно подумала, что я — бандит» и убежала. Обнаруживает заниженную самооценку, говорит, что никому не нужен, «даже маме», в школе «все меня бьют, издеваются», девушки отворачиваются «от БОМЖа, грязного, бедного». В то же время быстро переключается, говорит о «романтике путешествий». С неохотой признается, что у него до сих пор отмечается энурез, заметно волнуется, когда рассказывает о психотравмирующих ситуациях дома и в школе, запинаясь, у него дрожат пальцы, подбородок. Бледнеет, когда вспоминает, как старшие подростки пытались принудить его к оральному половому акту. Несколько раз с опасением переспрашивает, не расскажет ли кто-нибудь об этом другим воспитанникам, иначе ему придется убежать, т.к. все снова будут «бить и дразниться». Сообщает, что он часто волнуется по пустякам, любит загадывать «получится — не получится», все время думает, как к нему будут относиться, тревожится, не побьют ли, не отнимут ли завтрак, хотя поводов для тревоги как будто бы нет. Признается, что со страхом думает о будущем, не хочет покидать приют, не знает, что будет делать, если вернется домой или попадет в детский дом, подумав, признается, что, вероятно, снова убежит. Сообщает, что часто не может заснуть, то и дело «внутри все холодеет», думает «что будет если...? А вдруг...?». Характеризует себя «добрым, мечтательным», но в то же время «бестолковым, слабым, трусливым», поясняет, что не умеет постоять за себя, воспользоваться, если надо, ситуацией. Планов на далекое будущее не строит, говорит, что никогда не мечтал о семье или какой-то профессии. К перспективе службы в армии относится с нескрываемым страхом. Просит оставить его в приюте «навсегда», обещает быть послушным, ходить в школу, хорошо учиться.

Диагноз по многоосевой классификации. Расстройство поведения несоциализированное (F91.1), расстройство адаптации с преобладанием нарушения эмоций (F 43.23), энурез неорганической природы (F 98.0), сохранный интеллект. Нормативное физическое развитие. Умеренное нарушение психосоциальной продуктивности (3 балла).

Терапия. Включен в реабилитационно-катамнестическую группу беспризорных и безнадзорных. Спустя год занятий в группе и по индивидуальной программе отмечался существенный рост успеваемости (обучается в 7 классе общеобразовательной школы), резкое снижение частоты энуреза, установление хороших отношений с большинством одноклассников и детей в приюте. Параллельно в УПК приюта начал обучаться профессии столяра, увлекся инкрустацией по дереву. Регулярно встречался с матерью, несколько раз ездил к ней

домой, мать регулярно посещала занятия многодневного тренинга с родителями. Спустя год работы в группе психосоциальная продуктивность восстановлена до нормы (1 балл), созданы предпосылки для возвращения несовершеннолетнего в семью.

Анализируя данный случай (и другие наблюдения) мы можем указать на ряд общих закономерностей, свойственных реактивно-обусловленной психической дезадаптации:

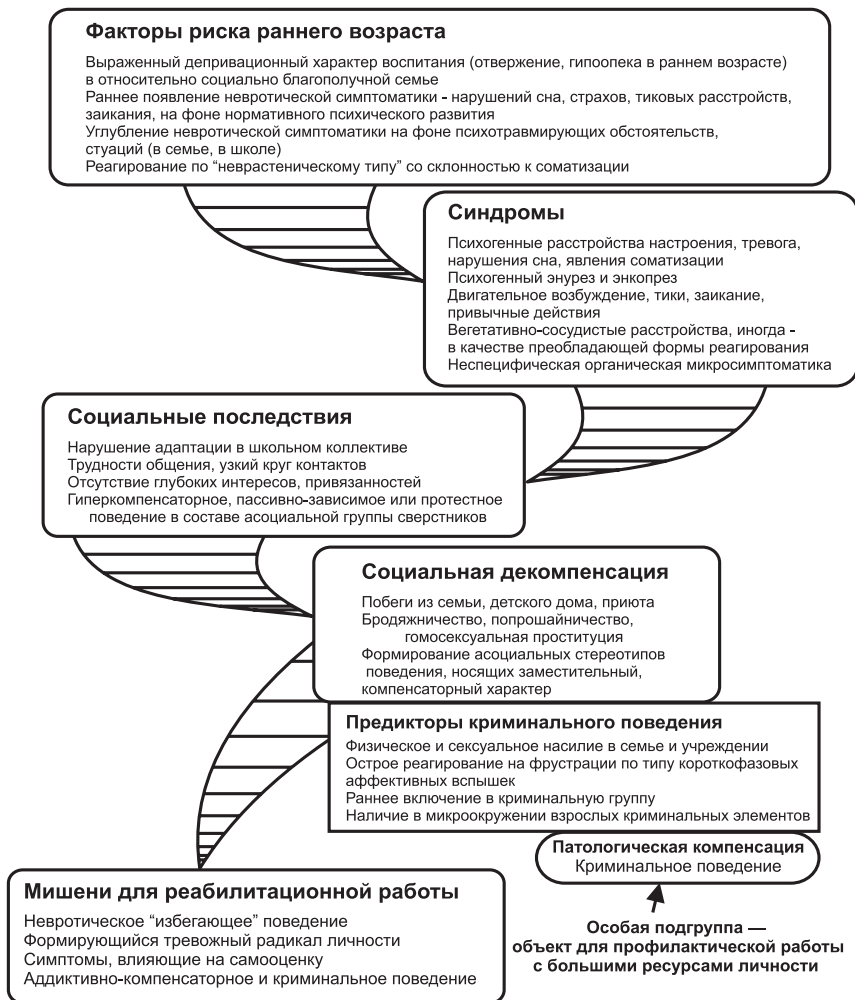


Схема 3.5. Модель пациента с реактивно-обусловленной дезадаптацией

1. Присутствие в раннем возрасте факторов, указывающих на высокий риск формирования дезадаптации: воспитания с отчетливым депривационным характером с доминированием гипопеки, отвержения в относительно социально-благополучной семье; раннего появления на фоне нормативного развития полиморфной невротической симптоматики с тенденцией к углублению на фоне острых психотравмирующих событий; формирование «неврастенического» типа реагирования; появление соматизированных расстройств.

2. Доминирование в клинической картине в подростковом возрасте психогенных расстройств настроения, расстройств сна, психогенного энуреза и энкопреза, двигательных расстройств, включая тики, привычные действия, заикания, неспецифических вегетативно-сосудистых и неврологических расстройств с формированием у части подростков невротического развития личности с преобладанием тревожных, астенических, зависимых черт

3. Наличие социальных последствий психического расстройства — нарушений адаптации в коллективе сверстников, трудностей в установлении межличностных контактов и ограничении круга общения, отсутствия стойких интересов, привязанностей, с формированием гиперкомпенсаторного, протестного или пассивно-зависимого поведения в составе асоциальной группы или индивидуально

При реактивно-обусловленной дезадаптации объекты для коррекционной и реабилитационной представляют собой: (1) невротическое «избегающее», уклоняющееся поведение, (2) формирующийся тревожный личностный радикал, (3) аддитивно-компенсаторное (как правило, клинически зависимость не выражена) и криминальное поведение, (4) симптомы невротического круга, негативно влияющие на самооценку (негативная оценка внешности, заикание и т.д.). Модель пациента с реактивно-обусловленной дезадаптацией представлена на схеме 3.5.

Корреляционный анализ клинических и социальных составляемых реактивно-обусловленной психической дезадаптации показал, что предикторами криминального поведения в данной категории подростков являются (1) физическое и сексуальное насилие в семье или в учреждении ($\gamma = 0,75$), (2) наличие стереотипного реагирования на фрустрацию по типу короткофазовых аффективных вспышек ($\gamma = 0,72$), (3) наличие в ближайшем окружении криминальных элементов и раннее включение в криминальную группу ($\gamma = 0,71$). Данная группа несовершеннолетних правонарушителей, беспризорных и безнадзорных, как и группа с личност-

но-обусловленной дезадаптацией, отличается глубоким личностным потенциалом развития и в этом плане особенно благоприятна в качестве объекта для профилактической работы.

3.5. Характеристика социально-обусловленной дезадаптации

Несовершеннолетние с социально-обусловленной психической дезадаптацией встречались в нашем исследовании в группе НП чаще всех остальных типов (37 человек, 24,7%), а в группе ББ — реже всех остальных типов (9 человек, 7,8%, различия достоверны $t \geq 2$, $P \leq 0,05$). Клинически эта категория была представлена в основном подростками, у которых не было диагностировано психических расстройств по первым трем осям многоосевой международной классификации. Этим фактом, вероятно, и обусловлен столь большой разброс показателей по группам НП и ББ — многие несовершеннолетние правонарушители, попавшие в итоге в эту группу, совершали криминальные действия случайно, или в составе группы, или не осознавали, что совершают противоправные поступки, предполагая, что действуют законно и справедливо; правонарушения здесь часто носили характер случайных поступков, и не имели под собой ни психопатологического, ни социального основания; однако беспризорность и безнадзорность — уже систематические явления, поэтому фактор случайности здесь сводился к минимуму. Приведем примеры.

Олег, 13 лет, собственное наблюдение, группа НП. Воспитывается в благополучной семье, родители — врачи, старшая сестра — студентка медицинского университета. Рос и развивался нормально, в школу пошел с 7 лет, в настоящее время — ученик 7 (8) класса. Успевает хорошо, любимые предметы — английский язык, химия, биология. Посещает школу юного химика при ун-те тонких химических технологий, занимается спортом (волейбол). За две недели до задержания у него был день рождения. После ухода гостей родители обнаружили пропажу дорогого мобильного телефона, которым пользовался отец. Ценность пропажи усугублялась тем, что в памяти аппарата хранились телефоны друзей и коллег. Родители в милицию заявлять не стали, ограничились тем, что обзвонили семьи друзей Олега, однако телефон вернуть не удалось. Спустя несколько дней Олег увидел отцовский телефон у незнакомого ему подростка в соседнем дворе и потребовал немедленно вернуть, в ответ в его адрес посылались оскорбления и угрозы. Словесная перепалка быстро переросла в драку, в результате которой Олегу удалось отобрать у не-

знакомца отцовский телефон. Он вернулся с телефоном домой, будучи уверенным в своей правоте (как выяснилось позже, незнакомый мальчик не был причастен к похищению телефона — он купил этот телефон у вора). Был в тот же день задержан милицией по подозрению в совершении грабежа, затем уголовное дело было закрыто в связи с недостижением возраста уголовной ответственности. По решению КДН помещен в ЦВИНП «с целью профилактики повторных правонарушений» сроком на 1 месяц. **Клинический диагноз:** психическим расстройством не страдает. Рекомендации полипрофессиональной бригады специалистов ГНЦ ССП им. В. П. Сербского: удовлетворить ходатайство родителей о возвращении ребенка в семью через 2 недели пребывания в ЦВИНП. КДН — обеспечить разъяснительно-профилактическую работу с подростком, правовое просвещение. Реабилитационные мероприятия по программе для подростков, перенесших насильственное разлучение с семьей на базе ЦППРК по месту жительства.

Сергей, 14 лет, собственное наблюдение, группа ББ. Воспитывается в социально-благополучной семье, проживает в Подмоскowie в селе. Рос и развивался нормально, заканчивает 9 класс, на следующий год должен приступить к занятиям в сельскохозяйственном техникуме в г. Дмитрове Московской обл. Утром 9 мая вместе с тремя одноклассниками с разрешения родителей он отправился в Москву — посмотреть праздничные торжества в ознаменование Дня Победы. Планировалось, что вечером они вместе вернутся в Сергиев Посад, где их встретит на машине отец Сергея. В Москве мальчики потеряли друг друга, в итоге друзья благополучно вернулись домой, а Сергея на Ярославском вокзале задержали сотрудники милиции. Был помещен в специализированное карантинное отделение Морозовской больницы, оттуда переведен в социальный приют, через три дня нахождения в приюте с соблюдением всех формальностей передан родителям (как выяснилось позже, все это время Сергей числился в розыске, как пропавший). **Клинический диагноз:** психическим расстройством не страдает. Рекомендации полипрофессиональной бригады специалистов ГНЦ ССП им. В. П. Сербского: удовлетворить ходатайство родителей о возвращении ребенка в семью; КДН — обеспечить разъяснительно-профилактическую работу с подростком, правовое просвещение. Рекомендовать психологической службе КДН Сергиево-Посадского района Московской обл. провести с несовершеннолетним реабилитационные мероприятия по программе для подростков, перенесших насильственное разлучение с семьей.

Оба примера наглядно показывают опасность формального исполнения законодательства в отношении несовершеннолетних,

когда последствия применения закона для подростка могут в существенной степени превышать потенциально предотвращенный вред. Вероятно, риск подобных ошибок был бы значительно ниже, если бы в Московском регионе действовала единая ювенильная служба, интегрирующая деятельность органов милиции, юстиции, социальной службы в части работы с подростками.

Причины социально-обусловленного типа дезадаптации формируют три иерархических уровня: (1) общегосударственный, общественный — подразумевает негативное влияние всех житейских и духовных, экономических, культурных и правовых социальных факторов; его влияние транслируется на уровне межличностного общения между людьми и в микрогруппе, на уровне средств массовой информации, законодательных актов, стратегий развития государства — в обществе в целом; (2) микрогрупповой, семейный, ограниченный ближайшим кругом общения; (3) индивидуальный, подразумевающий преломление всех процессов, происходящих в обществе, через личные психологические конструкты и индивидуальные формы реагирования. Одни и те же объективные процессы, происходящие на общественном уровне, могут принципиально по-разному реализовываться на уровне индивидуальном.

В отличие от описанных выше типов дезадаптации, для социально-обусловленного типа не представляется возможным выделить ни группу ранних предикторов, указывающих на потенциально высокий риск дезадаптации, ни категории клинически очерченных синдромов, ни связанных с психическим расстройством социальных последствий.

Причинами побегов из дома (детского учреждения) были прежде всего: (1) отсутствие достаточного надзора; отсутствие у ребенка в жизни реальных целей в отношении будущей профессии, собственной семьи; скука, обусловленная невозможностью себя занять; одиночество в отсутствие родителей; педагогическая запущенность у воспитанников детских домов; (2) страх перед наказанием, нежелание выполнять домашние задания, опоздание домой с прогулки, чрезмерная строгость и жесткость родителей или воспитателей; побегі могут быть реакциями на эпизодические конфликты, а возвращению препятствует уже не сам конфликт, а боязнь наказания за продолжительное отсутствие дома; (3) протест против жесткого воспитания; недостаточного внимания в силу профессии родителей или рождения в семье младшего ребенка; появления в семье отчима или мачехи, невозможности жить с одним из родителей (предпочитаемым) в случае распада семьи;

(4) поиск романтических приключений, поиск средства и способа для самоутверждения. В любом случае отсутствие психопатологической почвы, обуславливающей в большинстве случаев беспризорность и безнадзорность (наряду с социальными факторами) дает основание полагать, что побег в данном случае обусловлен случайным стечением благоприятных обстоятельств. Приведем пример такого случая:

Илья, 12 лет, собственное наблюдение, группа ББ. Воспитывается в благополучной многодетной семье, проживает с родителями в сельской местности, родители — глубоко верующие люди, семья живет по строгим христианским догматам, все регулярно посещают храм, соблюдают все обряды. О раннем развитии объективных сведений нет, мать обратилась в поликлинику в райцентр только когда Илье было 4 года. Тогда его развитие полностью соответствовало возрасту, отмечалась негрубо выраженная дизартрия. В школу пошел в 7 лет, к тому времени умел читать, писал печатными буквами, выполнял арифметические действия в пределах 100, отмечались хорошие вокальные данные, музыкальный слух (пел в хоре). В школе успевал хорошо, любил читать, проявлял интерес к математике, физике. Поскольку школа находилась в другом селе в 7 км. от дома, часто, не дожидаясь автобуса, добирался туда пешком, знал все окрестности своей деревни, хорошо ориентировался в лесу. На каникулах, летом из-за какого-то пустяка поссорился со старшим братом, вышел из дома, намереваясь пойти за ягодами в лес. По дороге ему встретилась колонна танков, возвращавшаяся с учебных стрельб на полигоне. Попросился у танкистов прокатиться, пока ехал на броне, мечтал, что вырастет, также пойдет служить в армию, потом будет учиться на конструктора... спрыгнул с танка, когда оказался уже в 30 км. от дома. Повернул обратно, не сомневался, поскольку хорошо знал дорогу, однако в дороге его застала ночь. Ночевал в стогу, домой вернулся только вечером следующего дня. Испугался сразу показаться на глаза родителям, спрятался на сеновале собственного дома. Случайно услышал относившиеся к нему слова отца: «Ничего, погуляет, вернется, выпорю его как следует.» Наутро решил не возвращаться домой, сел в автобус и уехал в райцентр, оттуда на электричке добрался до Рязани, через три дня решил ехать в Москву. Объяснял свой поступок и страхом наказания и желанием «посмотреть на Москву, погулять» (все равно большие одного раза батя не выпорет). На 9 день после ухода из дома задержан милицией на Казанском вокзале. Был помещен в специализированное карантинное отделение Морозовской больницы, оттуда переведен в социальный приют, через неделю передан родителям. Клини-

ческий диагноз: психическим расстройством не страдает. Рекомендации полипрофессиональной бригады специалистов ГНЦ ССП им. В. П. Сербского: удовлетворить ходатайство родителей о возвращении ребенка в семью; психологу социальной службы по месту жительства и школьному психологу по месту учебы обеспечить динамическое наблюдение за подростком и его участие в профилактических мероприятиях, программах личностного роста.

Причинами ухода из дома в данной ситуации являлись и случайное стечение обстоятельств, и предшествующая ссора с братом, изначальный и усилившийся после услышанных слов отца страх наказания, и желание романтического приключения, и личностные особенности несовершеннолетнего (мечтательность, облегченное, инфантильное восприятие обстоятельств).

Причинами криминальных действий несовершеннолетних были: (1) внезапно возникшее желание обладания каким-либо предметом без учета возможных последствий, приводившее к его краже (так похищались главным образом часы, мобильные телефоны, карманные микрокомпьютеры и никогда — деньги, драгоценности и т.д.), совершавшейся спонтанно, импульсивно, без предварительного планирования и намерений относительно того, как распорядиться похищенным; (2) участие в драке, приводившее к причинению телесных повреждений различной степени тяжести, причем, как правило, зачинщиком драки и обидчиком оказывалась потерпевшая сторона; (3) ориентация на представления о справедливости и законности, свойственные микроокружению, как правило — подростковой группе, сопровождавшаяся желанием самоутверждения, поддержания собственного группового авторитета (например, угоны автомобилей без цели хищения); (4) влюбленность, необходимость любыми средствами обратить на себя внимание объекта поклонения (кражи денег и дорогих вещей для преподнесения в подарок, угоны автомобилей, участие в драках).

Приведем пример такого случая:

Иван, 13 лет, собственное наблюдение, группа НП. Воспитывается в благополучной семье, раннее развитие протекало нормально. В 4 года умел читать, по инициативе матери посещал детский сад с группой «эстетического воспитания», в 6 лет — писал красивым почерком, неплохо рисовал, знал ноты, считал в пределах 100. В школе с 6 лет, успевает хорошо, посещает музыкальную школу (фортепиано), занимается спортом. Со слов матери и по сведениям из школьной характеристики — спокойный, добрый, рассудительный, послушный. С 9 лет посещает спортивную школу при ФК «Спартак», вместе с другими юными футболистами участвует в каче-

стве группы поддержки во всех домашних играх команды. Однажды после выигранного его командой матча, возвращаясь с товарищами со стадиона, столкнулись лицом к лицу с группой болельщиков проигравшей команды. Те подростки и молодые люди были старше, находились в состоянии алкогольного опьянения, и с ходу начали избивать Ивана и его друзей, но им на помощь пришли другие болельщики «Спартака». Прибывшие на место происшествия сотрудники милиции задержали нескольких участников массовой драки, включая Ивана. В тот же день выяснилось, что двое участников драки получили ножевые ранения, по факту было возбуждено уголовное дело, в котором Иван фигурировал как соучастник. Затем в отношении него уголовное дело было прекращено в связи с недостижением возраста уголовной ответственности. По решению КДН помещен в ЦВИНП «с целью профилактики повторных правонарушений» сроком на 1 месяц. В течение нескольких дней испытывал чувство тоски, тревоги, переживал по поводу разлуки с родителями, высказывал идеи самообвиняющего характера, плакал, отказывался от пищи, уклонялся от контактов с персоналом и другими воспитанниками, отказался от экспериментально-психологического исследования. Когда узнал от начальника отделения, что удовлетворено ходатайство его родителей об его возвращении в семью через 2 недели, стал весел, смеялся; вскоре настроение выравнивалось, активно участвовал в профилактическом тренинговом занятии антинаркотической тематики. На 10 день передан родителям с соблюдением необходимых формальностей. **Клинический диагноз:** психическим расстройством не страдает. Перенес острую реакцию на стресс (F 43.0). Рекомендации полипрофессиональной бригады специалистов ГНЦ ССП им. В. П. Сербского: удовлетворить ходатайство родителей о возвращении ребенка в семью через 2 недели пребывания в ЦВИНП. КДН — обеспечить разъяснительно-профилактическую работу с подростком, правовое просвещение. Реабилитационные мероприятия по программе для подростков, перенесших насильственное разлучение с семьей на базе ЦППРК по месту жительства.

При социально-обусловленной дезадаптации объекты для коррекционной и реабилитационной представляют собой: (1) черты личностной незрелости, инфантильности, детскости представлений и форм реагирования, (2) признаки педагогической запущенности, (3) непродуктивные стереотипы внутрисемейных, внутригрупповых отношений, (4) потенциальный риск аддиктивного и асоциального поведения — в рамках общих, неспецифических профилактических программ, программ личностного роста, развития.

Данная группа несовершеннолетних правонарушителей, беспризорных и безнадзорных отличается глубоким личностным потенциалом развития и в этом плане особенно благоприятна в качестве объекта для профилактической работы.

В качестве **короткого резюме по материалам главы** следует отметить: выделенные и описанные нами типы дезадаптации приобретают особое значение в контексте планирования и подготовки коррекционных и реабилитационных мероприятий с несовершеннолетними правонарушителями, беспризорными и безнадзорными. Их использование существенно упрощает организацию профилактических программ для подростков групп риска. Опора не на нозологическую специфику обуславливающего дезадаптацию психического расстройства, а на его социальные последствия, формирующиеся аномальные компенсаторные механизмы и имеющиеся саногенные личностные ресурсы расширяет возможности реабилитационных мероприятий и делает их более доступными для реализации специалистами, не имеющими медицинского (в частности — психиатрического) образования, что позволяет внедрять особые формы помощи вне стен медицинских учреждений, прежде всего — в условиях специальных образовательных учреждений и учреждений системы социальной защиты. Потенциально данный опыт может быть распространен на более старшие группы несовершеннолетних и адаптирован (в контексте развития в России ювенильной юстиции) к условиям системы исполнения наказаний.

Глава 4

Реабилитация и коррекция несовершеннолетних правонарушителей, беспризорных и безнадзорных

Необходимость комплексной реабилитационной концепции в отношении несовершеннолетних правонарушителей, беспризорных и безнадзорных, включающей мероприятия лечебного, коррекционного, образовательного и воспитательного характера, осуществляющиеся в условиях образовательного или специализированного коррекционного учреждения, продиктована несколькими обстоятельствами:

— лечебный и реабилитационный процесс в условиях психиатрического стационара имеет незначительную продолжительность и ориентирован преимущественно на фармакологическую терапию, что обуславливает его применение в первую очередь при острых и выраженных до степени психоза психических расстройствах, либо стационарирование является этапом подбора фармакотерапии, использование которой продолжается на постгоспитальном этапе; в отношении детей, находящихся в условиях учреждений социально-реабилитационного типа основная реабилитационная и лечебная нагрузка приходится, таким образом, именно на внестационарную помощь;

— большинство психических расстройств, выявляемых у несовершеннолетних, находящихся в условиях учреждений социально-реабилитационного типа, носят системный характер, проявляясь как собственно на уровне психического расстройства, так и в виде нарушений социализации, школьной неуспешности, делинквентного поведения, аддиктивного поведения, соматической сопутствующей патологии; это сопровождается патологической трансформацией личности, формируя патогенетический замкнутый круг, преодоление которого требует комплексной помощи;

— большинство несовершеннолетних, находящихся в условиях учреждений социально-реабилитационного типа, лишены

такого мощного терапевтического резерва, которым в обществе, как правило, является семья; поэтому основным саногенным фактором в данных условиях является, по сути, терапевтическое сообщество, формирующееся в рамках подросткового коллектива; поэтому конечная цель любой реабилитационной программы должна заключаться в создании таких предпосылок (условий), чтобы подросток, уходя в самостоятельную взрослую жизнь, имел такой багаж личностных ценностей, который позволил бы ему стать полноценным членом социума.

Подобный результат достижим только при условии включения в реабилитационную программу (1) индивидуальной терапии; (2) групповой терапии (с применением групповых форм воздействия и технических приемов группового лечения); (3) групповых тренингов, которые посвящаются работе над эмоциями, межличностным контактам, упражнениям в совершенствовании приспособленности к ежедневной жизни; (4) школьного образования разного уровня (от начального до подготовки в ВУЗ); (5) оздоровительного воспитания (охватывающее целую программу заботы о здоровье, в том числе сексуальное воспитание, профилактика ВИЧ и др.); (6) групповой творческой деятельности (театр, пластика, фотография); (7) групповой спортивной деятельности (танцы, аэробика, теннис, волейбол, футбол, атлетическая подготовка, туристические походы, велосипедные прогулки и др.); (8) сохранение позитивных контактов с внешней средой (начало трудовой деятельности, участие в общественных организациях и группах по интересам, а также в группах волонтеров по оказанию помощи старикам или инвалидам и др.).

Таким образом, **реабилитация несовершеннолетних** рассматривается нами как **система воспитательных, психологических, образовательных, медицинских, социальных, правовых, трудовых мер, направленных на их ресоциализацию и реинтеграцию в общество.**

Основой концепции реабилитации является тезис о параллельно протекающих психическом и социальном развитии (своего рода жизненном цикле или жизненном пути ребенка, подростка и молодого человека), и базирующаяся на них психогенетическая модель созревания личности, в своем функционировании неразрывно связанная с основными значимыми другими лицами из ближайшего социального окружения. Важно отметить, что потенциал развития ребенка почти безгранично велик и, по мере структурирования и роста личности многие поведенческие аспекты формируются самостоятельно.

В связи с этим, реабилитация несовершеннолетних является комплексной, но в значительной степени педагогической (воспитательной) деятельностью, и должна осуществляться бригадой специалистов — педагогов, психологов, врачей и социальных работников. Создание необходимых условий для личностного роста и социализации ведет к компенсации состояния и возвращает несовершеннолетнего к нормативному жизненному циклу в обществе.

Методологически реабилитация всегда базируется на единстве биологической, психологической, социальной и духовной природы человека. Реабилитация предполагает использование следующего ряда **принципов** при ее реализации: (1) **добровольное участие в реабилитационных мероприятиях**; данный принцип предполагает получение согласия несовершеннолетнего реабилитанта (или его законного представителя) на участие в реабилитационном процессе. Согласие целесообразно зафиксировать подписанием между несовершеннолетним (и/или его законным представителем) — с одной стороны и реабилитационным учреждением — с другой, договора или контракта, с указанием прав и обязанностей сторон, условий, по которым возможно досрочное расторжение договора; (2) **конфиденциальность**; все участники реабилитационного процесса должны уважать право ребенка на неразглашение информации относительно его участия в реабилитации. Передача информации третьим лицам возможна только с согласия самих несовершеннолетних или их законных представителей, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством; (3) **системность реабилитационных мероприятий**; реабилитационные программы строятся на объединении и координации комплекса воспитательных, образовательных, психологических, медицинских и иных реабилитационных мероприятий и на интеграции усилий всех заинтересованных лиц. Системность реабилитационного процесса обеспечивается согласованными усилиями специалистов различного профиля, взаимодействующих в одной структуре (команде, «бригаде»); (4) **позитивная направленность реабилитационных мероприятий**; позитивно — ориентированным воздействием отдается приоритет перед негативно — ориентированными санкциями и наказаниями. Вместо хронических конфликтных взаимоотношений с нормативным социумом у несовершеннолетних вырабатывается позитивная личностная направленность. Это достигается путем ориентации реабилитационных мероприятий на принятие, поддержку, поощрение. Создается атмосфера, обеспечивающая личностный рост и развитие; (5) **ответственность**; в ходе реабилитационного процесса несовершеннолетние становятся все

более самостоятельными, обучаются принятию и осуществлению ответственных решений, освобождаются от гиперопеки; (6) **включение в реабилитацию основных значимых других лиц**; производится консультирование, диагностика и коррекция проблем, существующих у членов семьи и лиц из ближайшего окружения несовершеннолетних. Их участие в процессе реабилитации специально оговаривается в контракте; (7) **формирование реабилитационной среды**; предполагается осуществление многосторонней поддержки социально-приемлемого поведения и соответствующих изменений образа жизни несовершеннолетнего через воздействие на все компоненты жизненной среды. Сам по себе процесс реабилитации требует создания специальной реабилитационной среды, оказывающей терапевтическое воздействие на несовершеннолетнего; (8) **дифференцированный подход к реабилитации различных групп несовершеннолетних**; предполагается наличие спектра дифференцированных реабилитационных программ и включение несовершеннолетнего для включения в ту или иную программу с учетом его реабилитационного потенциала и в соответствии с показаниями и противопоказаниями; (9) **этапность реабилитационных мероприятий**; процесс реабилитации строится поэтапно с учетом объективной оценки реального состояния несовершеннолетнего и его закономерной динамики.

Реабилитационный процесс включает 4 блока мероприятий (осуществляются по большей части параллельно друг другу):

(1) Блок 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 типа психической дезадаптации, выявление мишеней для психотерапии и психокоррекции, 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.

Таблица 4.1

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 клинико-психопатологическое интервью несовершеннолетнего)	60 (на клинико-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.

Затраты рабочего времени специалистов (в расчете на группу из 20 несовершеннолетних) отражены в таблице 4.1. Сроки осуществления первого этапа (блока)(при условии работы бригады специалистов из 2 врачей-психиатров и 2 патопсихологов) (в расчете на группу из 20 несовершеннолетних) составляют 2-3 месяца, в условиях работы выездной бригады специалистов — 2-3 недели.

(2) Блок 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) Блок специальной психотерапевтической помощи;

ведущие специалисты: врач-психиатр, врач-психотерапевт, 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;

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) груп-

повые 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 4.2. 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. К сожалению, интенсифицировать психотерапевтическую работу путем простого уплотнения графика работы специалистов по очевидным причинам не представляется возможным.

(4) Блок 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 работы, социализация поведения.

Терапевтические блоки 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

Таблица 4.2

Расчет рабочего времени специалистов на этапе психотерапии

Но- 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 психотера- певтические занятия 2 подгрупп по 10 человек)
7-12	Индивидуальная психотерапия	Врач- психиатр	12 (на индивиду- альные психо- терапевтические сеансы)	120 (на индивиду- альные сеансы с подростками из состава группы 20 человек)
13	Обсуждение результатов, определение стратегии психотерапии и педагогической коррекции, фармакотерапии	Врач- психиатр, клиниче- ский психолог, педагог	1 (на обсужде- ние результа- тов, определе- ние стратегии психотерапии и педагогиче- ской коррек- ции, фармако- терапии)	20 (на обсужде- ние результа- тов, определе- ние стратегии психотерапии и педагогиче- ской коррек- ции, фармако- терапии 20 человек)
Ито- го			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.

целей в 65-70% случаев. Однако, прежде чем говорить о типах и характере реабилитационных программ, необходимо остановиться на вопросах организации профилактической и реабилитационной помощи.

4.1. Региональная модель профилактической и реабилитационной помощи несовершеннолетним правонарушителям, беспризорным и безнадзорным

Существующая в настоящее время система профилактики, реабилитации и коррекции асоциального поведения несовершеннолетних имеет ряд существенных недостатков: (1) основные функции по профилактике возложены на органы внутренних дел (КДН, ЦВИНПы), а реабилитации и коррекции — на учреждения системы образования и социальной защиты, в том числе — специализированные школы закрытого типа; и те и другие учреждения имеют явный пенитенциарный оттенок, способствуют маргинализации своих воспитанников, создавая вокруг них собственную среду, а не обеспечивая их возвращения в социум; (2) система недостаточно использует ресурсы, имеющиеся в распоряжении организаций системы образования, в первую очередь — общеобразовательных школ и центров психолого-педагогического сопровождения (ЦППРК), внешкольных спортивных и досуговых центров; (3) система не работает на возвращение ребенка в его собственную семью, которая, как правило, лишается всякой социальной поддержки, и в образовательную среду, где, как правило, не заинтересованы в возвращении ребенка; (4) внутри системы плохо функционирует взаимодействие между специалистами (педагогами, психологами, инспекторами КДН) и совершенно отсутствует взаимодействие со специалистами системы здравоохранения — психиатрами и психотерапевтами поликлиник и ПНД; (5) реабилитационные и коррекционные мероприятия осуществляются с подростками, сгруппированными по формальным признакам (возраст, пол, характер правонарушений), без учета индивидуальных клинико-психологических факторов, в том числе — нозологической специфики и характера явлений дезадаптации; таким образом игнорируется самый важный — внутренний саногенный ресурс несовершеннолетнего.

Эти особенности существующей системы реабилитации и коррекции подростков группы риска побудили нас сконструиро-

вать региональную модель оказания профилактической и реабилитационной помощи несовершеннолетним правонарушителям, беспризорным и безнадзорным. Модель предполагает функционирование на базе муниципального образования (города, района, нескольких сельских поселений) с населением от 100 до 250 тысяч человек. Отдельные элементы данной модели апробированы на уровне Центрального Административного Округа г. Москвы и Юго-Восточного Административного Округа г. Москвы.

Ниже мы опишем основные узловые элементы модели и охарактеризуем их деятельность.

В СИСТЕМЕ ОБРАЗОВАНИЯ

Элемент 1. Средняя общеобразовательная школа.

Собственные специалисты — **педагоги, социальные педагоги, психологи** и инициативная группа родителей (родительский комитет, попечительский совет).

Спектр задач собственных специалистов, в особенности — психологической службы, очень широк. Это (1) индивидуальная психологическая диагностика учащихся, (2) психологическая диагностика структуры и межличностного взаимодействия внутри школьных коллективов — классов и микрогрупп с целью выявления несовершеннолетних, занимающих в группе лидерские и аутсайдерские позиции, (3) диагностика внутригрупповых и межличностных конфликтов между педагогами, учениками, в триадах «педагог-ученик-родитель», (4) выявление несовершеннолетних групп риска — семейное неблагополучие, школьная неуспешность, (5) формулирование запросов к внешним специалистам, как к привлекаемым для внутришкольной работы, так и участвующим в работе с несовершеннолетними вне стен школы, (6) проведение внутришкольных профилактических и коррекционных мероприятий — не имеющих нозологической специфики занятий по личностному росту, повышению самооценки, сплочению коллектива, тренингов отказа от ПАВ и т.д. (7) осуществляет взаимодействие, а в ряде случаев — коррекционную работу — с родителями подростков групп риска, формирует запросы к социальной службе, службе занятости населения и т.д.

Специалисты, привлекаемые извне для работы в школе — **инспектор КДН** — осуществляет правовое просвещение, проводит обучающие семинары, профилактические беседы с подростками группы риска; **врачи — психотерапевт, нарколог** — участвуют в организации и проведении внутришкольных профилактических ме-

роприятий, консультируют сотрудников психологической службы, могут принимать участие в тренингах с участием родителей; **сотрудники социальной службы** — осуществляют правовое просвещение, профессиональное ориентирование (служба занятости), работают с родителями из социально-неблагополучных семей.

Инициативная группа родителей оказывает содействие специалистам в осуществлении их работы, осуществляет поддержку семей группы риска, участвуют в работе школьного Совета по



Схема 4.1. Взаимодействие средней образовательной школы внутри региональной системы оказания профилактической и реабилитационной помощи

профилактике безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних, осуществляет общественный контроль.

Контроль за работой, оценка ее эффективности осуществляется муниципальным управлением образования. Последнее осуществляет также организационные, методические, аналитические, плановые функции. Управление образования осуществляет связь между школами и связь школ с внешкольными спортивными и образовательными учреждениями (клубами, домами творчества). В качестве единого отчетно-статистического документа на уровне системы образования нами в порядке эксперимента был внедрен «Журнал мониторинга профилактики безнадзорности и правонарушений среди учащихся образовательных учреждений» ЦАО г. Москвы, содержащий законодательство, организационные материалы, формы документов, материалы для групповой и индивидуальной работы, справочные материалы.

Необходимо отметить, что в состав Управления Образования входит ПМПК — единственный специализированный коллегиальный орган, объединяющий специалистов различных сфер деятельности — педагогов, врачей, психологов, сотрудников социальной службы и КДН. Поэтому на Управление Образования, в конечном итоге, ложиться общая координация реабилитационного процесса (преодоление пенитенциарной и психиатрической стигматизации).

Взаимодействие средней образовательной школы внутри региональной системы оказания профилактической и реабилитационной помощи отражено на схеме 4.1.

Элемент 2. Средняя общеобразовательная (специализированная) школа для детей с девиантным поведением открытого типа.

Как правило, такая школа присутствует в муниципальном образовании в единственном числе. Состав ее собственных специалистов и специалистов, привлекаемых для работы извне принципиально не отличается от такового в средней общеобразовательной школе. Главными особенностями работы специализированной школы открытого типа в контексте профилактики и реабилитации являются: (1) работа с подростками, уже совершившими правонарушения и/или безнадзорными, со значительной педагогической запущенностью и с высокой вероятностью психических расстройств, обнаруживающими признаки психической дезадаптации, (2) большая нацеленность не на образовательный, а на воспитательный, профилактический, коррекционный и реабилитационный процесс, что требует значительно большего взаи-

модействия со специалистами, привлекаемыми извне для работы в школе, (3) нацеленность на получение профессионального образования (поступление в среднее профессиональное учебное заведение и, таким образом, возвращение в образовательную среду, минуя повторную стадию средней образовательной школы) или, по крайней мере, приобретение профессиональных навыков на базе учебно-производственного комбината (УПК), (4) большая работа с семьями учащихся, поскольку (самый важный момент, выгодно отличающий специализированную школу открытого типа) контакт ребенка с семьей и привычным микроокружением во дворе, в микрорайоне не прерывается, социальное функционирование (покупки в магазинах, занятия спортом, посещение культурных мероприятий и т.д.) не ограничивается, что дает большие ресурсы для реабилитационной работы. За счет усиленного психолого-педагогического штата специализированные школы открытого типа обладают высоким реабилитирующим потенциалом. Состав учеников позволяет осуществлять реабилитационные мероприятия с учетом нозологических особенностей и типа психической дезадаптации. Все остальные детали работы специализированной школы ничем не отличаются от таковых в средней общеобразовательной школе.

Элемент 3. Средняя общеобразовательная (специализированная) коррекционная школа для детей с психическими расстройствами.

Как правило, такая школа присутствует в муниципальном образовании в единственном числе. Состав ее собственных специалистов и специалистов, привлекаемых для работы извне отличается от такового в средней общеобразовательной школе — здесь присутствуют врач-психиатр, педагоги-дефектологи, педагоги-логопеды. Главными особенностями работы специализированной коррекционной школы для детей с психическими расстройствами являются: (1) работа с несовершеннолетними с пограничными психическими расстройствами, требующая обеспечение комплекса диагностических мероприятий, включая диагностику психического развития в целом, диагностику психических расстройств, интеллекта, расстройств речи, (2) обеспечение наряду с профилактическими, непосредственно лечебных мероприятий с привлечением специалистов из ПНД и других психиатрических учреждений, собственного штата педагогов-дефектологов и психологов, (3) оказание широкого спектра коррекционной помощи — развитие познавательной деятельности, развивающие программы, развитие речи и т.д., наряду с социальной поддержкой семьи, (4)

большая нацеленность не на образовательный процесс, а на комплекс мер, интегрирующих подростка в социальную среду, включая приобретение профессиональных навыков и навыков самостоятельного проживания, формирование мировоззрения, юридической осведомленности, нацеленности на здоровый образ жизни.

За счет усиленного психолого-педагогического, дефектологического и медицинского штата специализированные коррекционные школы обладают высоким реабилитирующим потенциалом. Состав учеников позволяет осуществлять реабилитационные мероприятия с учетом нозологических особенностей и типа психической дезадаптации.

Дополнительные элементы — спортивные клубы, дома творчества, культурные и досуговые учреждения — вовлекаются в реабилитационный процесс косвенным образом благодаря наличию в их деятельности общего воспитательного элемента.

В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Элемент 1. Поликлиника

или консультативно-диагностический центр.

Собственные специалисты — **врачи, средний медицинский персонал, медицинские психологи**. Особую роль в процессе оказания профилактической и реабилитационной помощи несовершеннолетним правонарушителям, беспризорным и безнадзорным приобретают врач-психотерапевт, подростковый врач, медицинский психолог (валеолог).

Спектр задач собственных специалистов в контексте рассматриваемой проблемы, очень широк. Это (1) диагностика пограничных психических расстройств и сопутствующих им соматических нарушений, проблем психического и физического развития, проблем репродуктивного здоровья, (2) участие в работе коллегиальных органов, включая ПМПК, определение показаний и противопоказаний для перевода в специализированные школы или на домашнюю форму обучения, (3) консультирование специалистов учреждений системы образования, участие во внутришкольных профилактических и коррекционных мероприятиях, просвещение подростков по вопросам здоровья (в том числе — психического), (4) организация и осуществление лечебно-реабилитационных мероприятий как на собственной базе (подростковые группы здоровья, подростковые психотерапевтические группы), так и на базе других учреждений, в частности — центров психолого-

педагогической реабилитации и коррекции (ЦППРК) и социальных приютов.

Контроль за работой, оценка ее эффективности осуществляется муниципальным управлением здравоохранения. Последнее осуществляет также организационные, методические, аналитические, плановые функции. Управление здравоохранения осуществляет связь между поликлиниками (диагностическими центрами) и их связь другими медицинскими учреждениями, в частности, с психоневрологическим и наркологическим диспансерами (кабинетами), а также частными медицинскими центрами.



Схема 4.2. Взаимодействие поликлиники (диагностического центра) внутри региональной системы оказания профилактической и реабилитационной помощи

Необходимо отметить, что в классической модели организации психиатрической помощи населению центральным звеном является психоневрологический диспансер (ПНД). В то же время среди несовершеннолетних правонарушителей, беспризорных и безнадзорных крайне мала доля подростков, обнаруживающих эндогенные психозы или глубокую умственную отсталость, тяжелые инвалидизирующие формы органической патологии или грубые нарушения развития. Поэтому в большинстве случаев центр тяжести оказания специализированной помощи должен переноситься в учреждения общего первичного звена здравоохранения и специализированные учреждения образования, а специалисты, работающие в диспансерах, должны осуществлять консультативную, методическую и организационную работу.

Взаимодействие поликлиники (диагностического центра) внутри региональной системы оказания профилактической и реабилитационной помощи отражено на схеме 4.2.

Элемент 2. Психоневрологический и наркологический диспансеры.

Несмотря на присутствие в структуре психоневрологического и наркологического диспансеров специалистов высокого уровня — врачей-психиатров, врачей-психотерапевтов, врачей-наркологов, среднего медицинского персонала, медицинских психологов — эти учреждения ориентированы прежде всего на помощь взрослому населению. В штате ПНД присутствует, как правило, один детский (подростковый) психиатр. Он, как правило, привлекается для работы в рамках ПМПК. Кроме консультативной работы на подросткового психиатра ПНД возлагается обязанность осуществления ургентной лечебной работы, включая оказание помощи в кризисных ситуациях и организацию госпитализации в психиатрический стационар.

Дополнительные элементы — частные медицинские центры, лаборатории, санаторно-курортные организации и т.д. — вовлекаются в реабилитационный процесс косвенным образом благодаря наличию в их деятельности общего оздоровительного элемента.

В СИСТЕМЕ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ

Элемент 1. Социальный приют.

Собственные специалисты — **воспитатели (педагоги), психологи, социальные работники**. Приют работает с двумя сильно раз-

личающимися категориями несовершеннолетних: с безнадзорными и беспризорными (дети улиц) и с детьми, чье пребывание в семье в данный момент невозможно или нежелательно. Спектр задач собственных специалистов очень широк: Это (1) индивидуальная психологическая диагностика воспитанников, (2) психологическая диагностика структуры и межличностного взаимодействия внутри групп с целью выявления несовершеннолетних, занимающих в группе лидерские и аутсайдерские позиции, (3) диагностика внутригрупповых и межличностных конфликтов между педагогами, учениками, воспитателями, (4) формулирование запросов к внешним специалистам, как к привлекаемым для работы в приюте, так и участвующим в работе с несовершеннолетними вне стен учреждения, (5) проведение профилактических и коррекционных мероприятий — не имеющих нозологической специфики занятий по личностному росту, повышению самооценки, сплочению коллектива, тренингов отказа от ПАВ и т.д. (6) осуществляет взаимодействие, а в ряде случаев — коррекционную работу — с родителями подростков, формирует запросы к социальной службе, службе занятости населения, (7) осуществляют профессиональное ориентирование, правовое просвещение в вопросах трудоустройства, поиска работы и т.д. В отличие от других учреждений, у специалистов приюта имеется функция (8) обеспечения условий для проживания воспитанников.

Важнейшим вопросом, решаемых социальными педагогами приюта совместно с муниципальной социальной службой, который хотя и выходит за рамки описываемой нами модели, но все равно остается одним из ключевых в плане ресоциализации несовершеннолетних беспризорных, является поиск жилья или восстановление прав несовершеннолетнего на жилье.

Специалисты, привлекаемые извне для работы в приюте — **инспектор КДН** — осуществляет правовое просвещение, проводит обучающие семинары, профилактические беседы с подростками группы риска; **врачи — психотерапевт, нарколог** — участвуют в организации и проведении внутришкольных профилактических мероприятий, консультируют сотрудников психологической службы, могут принимать участие в тренингах с участием родителей.

Работа приюта в рамках реабилитационных программ для несовершеннолетних существенным образом осложняется тем, что подростки находятся в приюте непродолжительное время (до 6 месяцев). Поэтому для них оказывается невозможной ни полноценная интеграция в коллектив внутри приюта (коллектив, как таковой, все время находится в процессе формирования), ни пол-

ноценная интеграция внутри школьного класса. Выход из этой ситуации предполагает изменение статуса социальных приютов.

Контроль за работой социального приюта, оценка ее эффективности осуществляется муниципальным управлением социальной защиты. Последнее осуществляет также организационные, методические, аналитические, плановые функции.

Элемент 2. Муниципальная служба социальной защиты и муниципальная служба занятости населения.

В составе обеих служб основную деятельность осуществляют социальные работники. В контексте рассматриваемой проблемы спектр их задач весьма широк: (1) решение жилищных проблем несовершеннолетних, (2) социальная помощь неблагополучным семьям, включая помощь в трудоустройстве и социальном обеспечении, (3) методическая и консультативно-правовая помощь специалистам из системы образования и здравоохранения. В то же время эта служба не осуществляет непосредственного взаимодействия с подростками за исключением эпизодической работы в качестве специалиста по правовому просвещению подростков и общей работы по профессиональному ориентированию.

В СИСТЕМЕ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ

Элемент 1. Комиссия по делам несовершеннолетних (КДН).

Комиссия по делам несовершеннолетних укомплектована **инспекторами по делам несовершеннолетних** (сотрудники МВД с юридическим образованием) и **психологами**. Спектр задач собственных сотрудников КДН очень широк: (1) выявление и учет несовершеннолетних групп риска по совершению правонарушений, беспризорности и безнадзорности; (2) профилактическая и разъяснительная работа с подростками групп риска и с благополучными подростками (на базе учреждений образования и социальных приютов — в качестве привлеченных специалистов), правовое просвещение; (3) работа с семьями несовершеннолетних групп риска; (4) содействие суду и следственным органам в случае совершения несовершеннолетним правонарушения и т.д.

Главной особенностью КДН является непосредственная работа с подростками на индивидуальном уровне, на уровне семьи, на уровне образовательного учреждения. Специалисты КДН осуществляют межведомственное взаимодействие как непосредственно, так и через систему ведомственного подчинения. Также они участвуют в работе через ПМПК.

пользуется методической помощью и содействием специалистов муниципального Управления Образования и муниципального Управления здравоохранения. На КДН долгое время возлагались функции по интеграции системы профилактики и помощи несовершеннолетним правонарушителям, беспризорным и безнадзорным, однако выполнять их в полной мере данная служба не может, т.к. не может осуществлять реабилитационной работы. Присутствие в системе органов внутренних дел **Центров временной изоляции несовершеннолетних правонарушителей (ЦВИНП)** не решает эту проблему, т.к. пребывание несовершеннолетних в ЦВИНП ограничено периодом в 30 суток и в ЦВИНП доминирует изоляционная, по сути — пенитенциарная функция.

Взаимодействие Комиссий по делам несовершеннолетних внутри региональной системы оказания профилактической и реабилитационной помощи отражено на схеме 4.3.

ИНТЕГРИРУЮЩИЙ ЭЛЕМЕНТ

Центр психолого-педагогической реабилитации и коррекции (ЦППРК).

Центр психолого-педагогической реабилитации и коррекции формально подчиняется муниципальному Управлению образования, однако не является образовательным или досуговым учреждением. Он укомплектован всеми специалистами социальных практик — в штате Центра имеются **врачи** (педиатр или подростковый врач, психиатр, психиатр-психотерапевт, нарколог, невролог), **психологи** (патопсихолог, нейропсихолог), **педагоги** (социальные педагоги, дефектолог, логопед), **юрист**, **социальные работники**. Соответственно расширяется и спектр задач, которые решают специалисты ЦППРК: (1) индивидуальная психологическая диагностика учащихся, (2) психологическая диагностика структуры и межличностного взаимодействия внутри школьных коллективов — классов и микрогрупп с целью выявления несовершеннолетних, занимающих в группе лидерские и аутсайдерские позиции (помощь специалистам средних школ), (3) выявление несовершеннолетних групп риска — семейное неблагополучие, школьная неуспешность, правонарушения, (4) проведение профилактических и коррекционных мероприятий — не имеющих нозологической специфики занятий по личностному росту, повышению самооценки, сплочению коллектива, тренингов отказа от ПАВ и т.д. (5) осуществляет взаимодействие, а в ряде случаев — коррекционную работу — с родителями подростков групп риска, форми-

рует запросы к социальной службе, службе занятости населения и т.д. (6) осуществление всего комплекса реабилитационной работы с подростками, уже совершившими правонарушения и/или безнадзорными, со значительной педагогической запущенностью и с высокой вероятностью психических расстройств, обнаруживающими признаки психической дезадаптации, (7) диагностика пограничных психических расстройств и сопутствующих им соматических нарушений, проблем психического и физического развития, (8) работа с несовершеннолетними с пограничными психическими расстройствами, требующая обеспечения комплекса диагностических мероприятий, включая диагностику психического развития в целом, диагностику психических расстройств, интеллекта, расстройств речи, (9) обеспечение методической и фактической помощи специалистам системы образования и специалистам социальных приютов, психологической службе КДН.

Специалисты, привлекаемые извне для работы в ЦППРК — **инспектор КДН** — осуществляет правовое просвещение, проводит обучающие семинары, профилактические беседы с подростками группы риска; **врачи — психотерапевт, нарколог** из ПНД и НД — участвуют в организации и проведении профилактических мероприятий, консультируют сотрудников психологической службы, могут принимать участие в тренингах с участием родителей; **сотрудники социальной службы** — осуществляют правовое просвещение, профессиональное ориентирование (служба занятости), работают с родителями из социально-неблагополучных семей.

В то же время специалисты ЦППРК не могут самостоятельно осуществлять клиническую работу, поэтому несовершеннолетних с выявленными психическими и общесоматическими расстройствами они направляют для лечения в учреждения здравоохранения. Однако ЦППРК по силам осуществление полного цикла реабилитационных мероприятий с несовершеннолетними правонарушителями, беспризорными и безнадзорными, детьми, перенесшими насильственное разлучение с семьей, и даже в некоторой степени — с несовершеннолетними с аддикцией (химической и нехимической). По сути, ЦППРК восполняет слабую сторону работы психологической службы КДН, и его специалисты во многом осуществляют свою интегративную работу схожим способом — путем прямого межведомственного взаимодействия.

Контроль за работой ЦППРК, оценка ее эффективности осуществляется муниципальным Управлением образования. Последнее осуществляет также организационные, методические, аналитические, плановые функции. В то же время часто методичес-

кое обеспечение всей работы муниципальной системы образования возлагается именно на ЦППРК. ЦППРК в свою очередь пользуются методической и научной поддержкой профильных учреждений науки федерального уровня.

Взаимодействие Центров психолого-педагогической реабилитации и коррекции внутри региональной системы оказа-

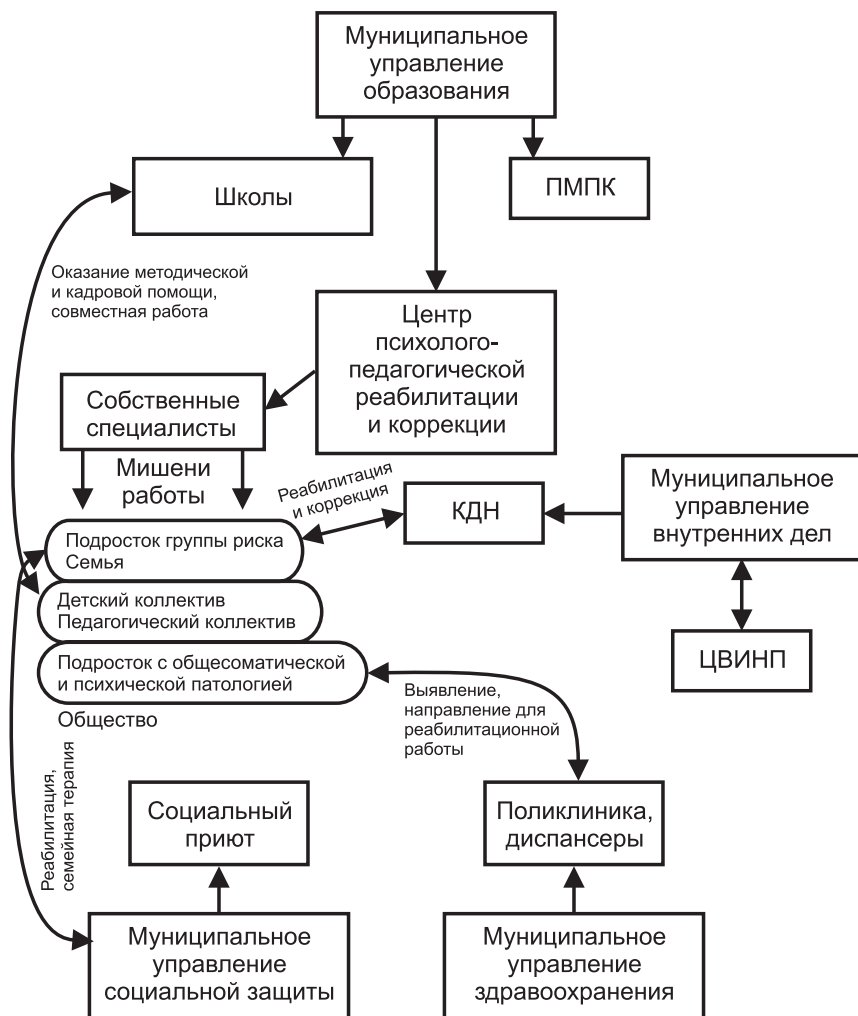


Схема 4.4. Взаимодействие Центров психолого-педагогической реабилитации и коррекции внутри региональной системы оказания профилактической и реабилитационной помощи

ние управлению образования, создав на их базе единый реабилитационный центр. Реабилитационный центр (РЦ) работал бы или самостоятельно, или в качестве «стационарной» базы ЦППРК. В условиях реабилитационного центра могли бы находиться не только подростки-правонарушители, беспризорные и безнадзорные, другие подростки, находящиеся в трудных жизненных ситуациях, но и подростки с пограничной психиатрической патологией, направляемые туда учреждениями здравоохранения. В состав специалистов реабилитационного центра могли бы войти (в рамках сокращения личного состава МВД) вся психологическая служба КДН.

Третьим «слабым» местом системы является ПМПК. Вся ее интегративная работа носит исключительно организационный характер. При условии существования реабилитационного комплекса в составе ЦППРК и РЦ в ней просто отпала бы необходимость. Вариант реформированной структуры региональной системы оказания профилактической и реабилитационной помощи отражен на схеме 4.5.

Использование реформированной структуры региональной системы оказания профилактической и реабилитационной помощи могло бы значительно повысить эффективность работы и существенно сократить материальные затраты.

4.2. Техники психотерапевтической и коррекционной профилактической и реабилитационной помощи несовершеннолетним правонарушителям, беспризорным и безнадзорным

Выбор профилактических и реабилитационных методик, осуществляемых в отношении несовершеннолетних правонарушителей, беспризорных и безнадзорных, зависит от совокупности исходных диагностических показателей: клинического диагноза (нозологически-ориентированные техники), типа психической дезадаптации и обусловленных им мишеней терапевтической и коррекционной работы (таргетно-ориентированные техники), ситуации, в которой находится несовершеннолетний (ситуационно-ориентированные техники), актуальных профилактических задач (профилактические техники) (Ремшмидт Х., 2001). В ряде случаев в ходе групповой (реже — индивидуальной) терапевтической и коррекционной работы могут параллельно решаться и диагностические задачи.

Несомненным достоинством терапевтических и коррекционных техник является их высокая пластичность, приспособляемость под различные условия работы. Поэтому в рамках одной терапевтической сессии или одного тренингового занятия может решаться параллельно несколько задач, а многодневные, длительные программы решают, как правило, весь комплекс задач реабилитационного процесса, являясь (в определенной степени) универсальными инструментами. По нашему опыту, баланс между универсальностью и специфичностью оказывается соблюденным, если комплекс коррекционных упражнений или тренинг успешно воздействует на три-четыре самостоятельных объекта для коррекционной и реабилитационной работы (таблица 4.3).

Таблица 4.3

**Объекты для коррекционной и реабилитационной работы
в рамках типов психической дезадаптации**

Тип психической дезадаптации	Объекты коррекционной работы	Примечание
Органически- обусловленная дезадаптация (ООД)	Неглубокие когнитивные расстройства, нарушения речи и школьных навыков, расстройства поведения антиобщественные установки, аддиктивное поведение криминальный поведенческий стереотип.	Первые два объекта требуют разработки специальных программ. Личностный потенциал данной категории подростков невысокий, нужна программа личностного развития. Обязательно проведение профилактики ПАВ.
Когнитивно- обусловленная дезадаптация (КОД)	Те же. Когнитивные расстройства носят более выраженный и определяющий поведение характер.	Часть подростков могут работать вместе с группой ООД, часть, в силу когнитивного дефицита, формируют особую группу.
Личностно- обусловленная дезадаптация (ЛОД)	Инфантилизм, личностная незрелость, психопатические личностно детерминированные поведенческие стереотипы, антиобщественные установки и аддиктивное поведение, криминальный, асоциальный поведенческий стереотип.	Первые два объекта требуют разработки специальных программ и преимущественно индивидуальной терапии. У данной группы подростков высокий личностный потенциал, который может быть реализован в творчестве и в учебе.

Реактивно-обусловленная дезадаптация (РОД)	Невротическое «избегающее», уклоняющееся поведение, формирующий тревожный личностный радикал, аддиктивно-компенсаторное и криминальное поведение, симптомы невротического круга, негативно влияющие на самооценку.	Первые два объекта требуют преимущественно индивидуальной терапии, но подвергаются коррекции и в ходе общей групповой работы. Обязательно включение в программу личностного развития. Возможны ситуационные программы.
Социально-обусловленная дезадаптация (СОД)	Черты личностной незрелости, инфантильности, детскости представлений и форм реагирования, признаки педагогической запущенности, непродуктивные стереотипы внутрисемейных, внутригрупповых отношений, потенциальный риск аддиктивного и асоциального поведения.	Специальных программ для данной группы несовершеннолетних не требуется, у данной группы подростков высокий личностный потенциал, который реализуется в учебе, хобби, творчестве. Возможны ситуационные программы. Требуются профилактика ПАВ и обучающие программы.

Термин **нозологически-ориентированные терапевтические и коррекционные программы** носит несколько условный характер, поскольку большинство патологических состояний, наблюдаемых у подростков правонарушителей, беспризорных и безнадзорных (в том числе и в нашем исследовании) требуют комплексной терапии, включающей, в том числе, и фармакологическую терапию. Существует немного психических и поведенческих расстройств, в которых лечебно-реабилитационные мероприятия могли бы ограничиваться психотерапевтическими и коррекционными техниками. В нашей работе такую категорию состояний составили специфические расстройства речи и школьных навыков, наблюдавшиеся у 16 (10,7%) подростков группы НП и 18 (15,7%) подростков группы ББ. Разработанная нами программа реабилитации для данной группы подростков включала (1) упражнения на преодоление проявлений дизартрии (артикуляционная гимнастика); (2) упражнения для развития экспрессивной речи (с сюжетными картинками, в диалогических играх, в групповых играх); (3) упражнения на развитие отраженной речи (от повторения звуковых и слоговых конструкций к словам и предложениям и повторению в условиях

интерференции); (4) упражнения на понимание речи (называние реальных предметов и изображений, в т.ч. искаженных — шумы, фрагментация; проработка флективных отношений, инверсий, падежных конструкций); (5) упражнения для развития навыков письма (списывание, письмо буквенно-слоговых и словарных конструкций, самостоятельное письмо); (6) упражнения на чтение и счет, включая игры с символами, дробными величинами. Для реализации программы были разработаны планы занятий, протоколы занятий, несколько десятков сюжетных игр (примеры таких игр есть в описании тренинговых методик, а часть вынесена в **Приложение**) и полный набор стимульного материала (сюжетные картинки, азбуки, изображения). Материалы программы были изданы отдельной книгой. Методам работы были обучены специалисты (психологи) специальной школы и социального приюта, на базе ЦППРК «Крестьянская застава» была создана постоянно действующая коррекционная группа.

Среди неспецифических универсальных техник мы широко использовали **диагностические и профилактические тренинговые группы**. Они 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 популя-

ции 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. 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.

Предлагаемый тренинг рассчитан на 8 часов работы, большую группу — 20 человек. В ходе некоторых упражнений ведущему придется 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) ролевую игру «Семья», где участники, разбившись на команды, представляют сценки из семейной жизни наркоманов, лиц с зависимостью от алкоголя, токсических веществ,

8) ролевую игру «Марионетки», в которой участникам предоставляется возможность почувствовать себя в роли «ведомого», человека, лишенного 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, каковыми являются конфиденциальность — участники обязуются не разглашать другим 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 домой», «визит участкового», «пропажа денег (вещей)», «ссора родителей», «вмешательство постороннего (обычно с целью защитить, наказать)». Сценки, как правило, избобляют насильем (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 достается вдвойне... Это серьезное психологическое потрясение для многих подростков (да и взрослых), делясь 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 отказаться, 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. Подоб-

ные тренинги показали достаточно высокую эффективность. Развернутый план многодневного профилактического тренинга вынесен в **Приложение**.

Приведем пример тренинга, направленного на первичную диагностику (выявление в коллективе) подростков с расстройствами речи и школьных навыков. Это тренинговое занятие мы назвали **«Дальнее плавание»**.

Фабула тренингового занятия проста: в дальнее плавание отправляются два корабля, они должны преодолеть много бурь, не утонуть и не разбиться о скалы, пережить самые увлекательные приключения. Занятие предпочтительно проводить в группе, члены которой хорошо знакомы друг с другом (в классе, например), чтобы сократить время организационных и вводных упражнений.

*Когда участники делятся на **команды** (принцип деления на команды может быть самым различным, например, по жребию, по рядам, по выбору капитанов, которые по очереди набирают себе игроков, но только не по произволу ведущего), проводится **игра-разминка**. Игра должна быть короткой, если приходится работать с группой, где все знают друг друга, и более продолжительной с процедурой знакомства, если участники видят друг друга впервые или плохо знакомы. В команде должно быть несколько человек (от 5 до 10), поэтому для работы не пригодны слишком большие группы. Если же команд-кораблей будет три или более, занятие теряет динамичность, становится скучным для участников. Разминка должна быть подвижной, быстрой, чтобы дети настроились на предполагаемый ритм работы. Вся предварительная процедура, включая разминку, должна занять около **30 минут**.*

*Теперь команды должны занять свои места. Корабли выстроились на рейде и готовы выйти в море. Тренеры проводят игру **«Экипаж»**, нацеленную на моторные упражнения. Пусть команды выберут капитанов (тренер отмечает лидеров) и тип их судна (военное, гражданское, рыболовное, весельное, парусное, паровое и т.д.). Экипажи становятся в колонну по одному, двумя параллельными рядами. Капитан первым. По команде тренера суда **«выходят в море»**. Команды движениями имитируют **«ход корабля»**. С интервалом 1-2 минуты звучат команды: **«Качка»**, **«Буря»**, **«Штиль»**, тренер следит, как ведет себя судно: предположим, в игре участвуют парусный фрегат и паровой сухогруз. Надо отметить, сориентировалась ли команда парусника, когда наступил штиль (минимум движения, в то время как паровой сухогруз продолжает плыть намеченным курсом). Через 10-15 минут команды становятся сложнее: **«Судно село на мель»**, **«Корабль перевернулся»**, **«Корабль тонет, экипаж садится***

в шлюпки». Тренер фиксирует, 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. Игра должна продолжаться около **30 минут**. При работе с группой КОД, возможно, ее продолжительность придется сократить. Следует короткий перерыв: потрепанные штормами суда отдыхают в порту. После перерыва, воспользовавшись передышкой, капитаны обучают свои команды морскому искусству. Обучающая игра «Лесенка» (в ней 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) трансформируется в игру «Поднять паруса!» и «матросы» лезут вверх по вантам. Игра, рассчитанная на развитие экспрессивной речи, должна проходить в быстром темпе. Задания следует готовить заранее и в большом количестве, иначе придется их импровизировать, либо повторять, а это нежелательно. Игра займет у тренера еще около **30 минут**. Поскольку игра идет с командами, необходимо придать всему тренингу элемент соревнования, поэтому необходимо отмечать **успехи** борющихся команд и вести счет в каждой игре и сквозной счет. Затем проводится небольшая подвижная игра (**15 минут**) и следует переход к игре на развитие отраженной речи. Можно использовать следующую игру.

«Штурвал». Игроки (матросы) по очереди несут вахту, стоя за штурвалом корабля. Разумеется, главная их задача — вести судно правильным курсом. Заранее готовится стимульный материал. Налетает шквал, отклоняющий корабль от курса (ведущий произносит серию слов), вахтенный матрос поворачивает штурвал, чтобы придать кораблю правильное положение (повторяет серию слов, называет серию синонимов, антонимов, произносит слова в обратном порядке). Сколько допущено ошибок, на только градусов отклонился корабль от курса. После игры, длящейся **30 минут**, делается перерыв. Лучшие проводят этот этап тренинга вдвоем или троим.

Затем происходит переход к играм на понимание речи. Можно трансформировать игру «Разведчик» (в ней группа разведчиков должна проникнуть в бункер, чтобы похитить секретные докумен-

ты. 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)) в «Морской сундук» или попросить команду помочь коку собрать на камбуз продукты, из которых он будет готовить обед, разбросанные по трюму в результате качки. Можно использовать и такую игру: «Десант». У экипажей кончились вода и продовольствие. К счастью, прямо по курсу лежит остров, где можно пополнить запасы провизии. Для этого надо высадить на остров десант. Но вокруг острова много рифов и отмелей, так что даже маленькой шлюпке нелегко добраться до побережья и вернуться обратно, а команде предстоит сделать 5 (семь, десять) рейсов! Чтобы добраться до острова без потерь, надо точно исполнять команды опытного лоцмана (ведущего). Команды могут быть самыми разными: назвать предметы (делать это надо быстрее, иначе шлюпка опрокинется), их действия (Вопрос: «Чем машут?» Ответ: «Флагом, рукой, опахалом, веером, крыльями» и т.д.), узнать предметы по картинкам и другие. Игра продолжается 30 минут. Оценив состояние группы, можно дать ей подвижную игру, чтобы дети отдохнули (15 минут).

Затем даются игры на развитие навыков чтения и письма «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) сообщает важные сведения о месте нахождения судна, находится «Письмо в бутылке» (Ведущий сообщает участникам фабулу игры: в открытом море выловлена бутылка, в которой 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, фрагмен-

тарное 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, и ...х...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), «**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) открывает новые земли, «**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.) ведет беседу с аборигенами.

Игры занимают по 20-30 минут, в совокупности (с учетом перерыва) — около 2 часов. Тренеры отмечают успехи и неудачи команд, фиксируют работу отдельных игроков. В заключение подводятся итоги «путешествия», участники получают памятные подарки (не обязательно морской тематики, хотя тельняшки ребятам очень нравятся и стоят в военных магазинах недорого).

Главным условием успешной тренинговой работы в контексте групп несовершеннолетних правонарушителей, беспризорных и безнадзорных является отступление от нравоучительности, назидательности, педагогичности в пользу формирования терапевтической групповой среды, группы, живущей по законам терапевтического сообщества. Если терапевтическую работу ведет выездная полипрофессиональная бригада специалистов, эта задача решается легче (новые люди — новые правила), но основной задачей выездной бригады является, конечно, передача навыков специалистам, работающим на местах.

Особую (и основную) форму работы представляют собой **методики, направленные на мишени терапевтической и коррекционной работы** (таргетно-ориентированные техники). Они реализуются как на групповом, так и на индивидуальном уровне и включают в себя более широкий спектр терапевтических приемов. Как правило, в цикле терапии заложены сразу несколько мишеней: это и личностные проблемы подростка, и сформированные негативные поведенческие стереотипы, и невротическая симптоматика. 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 (в том числе — 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, явля-

ясь 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 собирательный 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 преодолеть, и, когда ребенок начинает уверенно фантазировать на тему «человека», следует попросить его руководить этой фигуркой: дать воображаемому существу команду поднять руку, опустить, попросить его пройтись 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.

Занятия 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.

В рамках индивидуальной терапии может сравнительно легко осуществляться трансформация аномального поведения в его социально допустимые, но в то же время индивидуально синтоничные формы. Попытка формирования у подростков позитивных стереотипов поведения обречена на провал, если эти новые стереотипы не соответствуют внутренним личностным установкам. Поэтому работа должна строиться на трансформации не отдельных поведенческих паттернов, а глубинных индивидуальных стереотипов реагирования. Особенно это важно в тех случаях, когда девиантное поведение является относительно успешной формой

аномальной компенсации у подростка, и воздействие на его проявления встречают выраженное сопротивление личности. Мы использовали для инициальных этапов терапевтических сессий методы, восходящие к приемам телесно-ориентированной терапии. Особое внимание на начальном этапе работы уделяется дыханию, позам, мышечному тону и двигательным упражнениям (Pierrakos J. C., 1978). В ряде случаев для снятия мышечного напряжения в процессе работы приходилось использовать массаж воротниковой зоны или подобное массажу воздействие (тепловой контакт руки).

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, в это время терапевт осуществляет подстройку и уже в процессе беседы осуществляет ведение пациента, используя модуляции голоса, тепловой контакт руки, техники использования субмодальностей.

После знакомства подростку объясняют, что его 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; опишите 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 специфические 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 непроизвольно 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. 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 потoka», 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 чув-

ственнее, острее, чем при самом образном воображении у конкретных пациентов. Они часто имеют сценopodobный 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.).

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

В групповой терапии, ориентированной на мишени терапевтической и коррекционной работы, наибольшую эффективность, на наш взгляд, показали ролевые игры. Особенно удачно их применение в самом начале цикла занятий в группе, т.к. в ходе ролевых игр происходят процессы групповой интеграции и обнажаются индивидуальные проблемы, которые в дальнейшем станут мишенями индивидуальной терапии. На самом первом занятии такого рода мы инсценировали с подростками самые известные сказки, часто используя прием «матрешки» (сюжет в сюжете), чтобы увеличить число ролей. В ходе работы старались добиться импровизации, спонтанности. Когда это удавалось, сюжет ролевой игры трансформировался из сказочного в тематический — прорабатывались как текущие проблемы группы, так и проблемы семьи, подростковой микрогруппы, шла проработка субъективно трудных ролей, удачное исполнение которых повышало уверенность в себе, служило формированию желательных навыков. Трудными элементами техники были этапы, когда подросткам требовалось рассказать о своих переживаниях по ходу игрового сюжета, а переживание проблем во многих случаях давалось подросткам только на уровне эмоционального восприятия (трудности вербализации). Завершающий игру этап апробации альтернативных способов поведения (в том числе, по принципу «а может быть, все было наоборот?») часто служил отправной точкой для спонтанного тренинга поведения.

Пример групповой игровой терапии, ориентированной на мишени терапевтической и коррекционной работы (когнитивный дефицит) в форме цикла занятий, направленных на трансформацию «творческого» потенциала в когнитивный, интеллектуальный, на приобретение навыков генерирования идей, преодоления стереотипов, на приобретение навыков поиска сторонней информации, использование ее в качестве предпосылки для решения интеллектуальных задач, на освоение приемов логического мышления, на преодоление стереотипных (школьных) моделей решения интеллектуальных задач, основанных на устоявшихся принципах, исключающих (или существенно ограничивающих) вариативность — вынесен в **Приложение**.

Мы также использовали ролевые игры в рамках **ситуационно-ориентированных техник**, в частности в ходе реализации программы реабилитации детей, перенесших разлучение с семьей (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) (вынесена в **Приложение**).

Аналогичные задачи решаются с помощью ролевых игр и в ситуационно-ориентированных коррекционных программах, направленных на негативные стереотипы поведения, например, на преодоление агрессии. Приведенная ниже в качестве примера игра «Деловые переговоры» наглядно демонстрирует подросткам достижение успеха в случае слаженных действий и провал — в случае конфликтных отношений, кроме того, успешно решает задачу дискредитации brutальных, агрессивных лидеров.

Игра «Деловые переговоры». Группа делится на 2-4 команды. В каждой команде должно быть игроков вдвое больше, чем других команд, плюс один. Например, если команд 3, то игроков в каждой должно быть 5, если 4 — то 7. В каждой команде выбирают название их фирмы и товар, которым они будут торговать. Каждой команде «вручается» 10 единиц товара и 10 единиц денег. Команда выбирает «генерального директора» (если надо снизить негативное влияние лидеров, то это самый хороший способ) и формирует группы переговоров — по два человека в каждой. Затем группы едут на переговоры: каждая команда должна продать свой товар и купить товар у других команд. На переговорах составляются договоры — в них обязательно надо отразить неустойку за недопоставку товара или невыплату средств за купленный товар. Группы, ведущие пере-

воры могут консультироваться с директором. Консультация стоит 1 единице денег. После того, как все договоры составлены (на это дается 1 час), идет подсчет средств на счету команд. За каждую непроданную единицу товара команде начисляется пеня — 1 единица.

Например, команда А продала команде В 6 единиц товара за 6 единиц денег, а команде С 4 единицы товара за 4 единицы денег, купила у команды В 5 единиц товара за 5 единиц денег и у команды С — 8 единиц товара за 8 единиц денег. Провела 2 консультации с директором. Их ожидаемый результат 10 единиц минус 2 (за переговоры) плюс 10 (получено за товар) минус 13 (уплачено за покупки) — 5. Как выяснилось в дальнейшем, команда С недопоставила им 3 единицы товара. Команде С уплачено 5 (вместо 8) единиц денег и получено с команды С 3 единицы неустойки. Итоговый результат команды — 11.

Команда В продала команде А 5 единиц товара за 5 единиц денег и команде С 3 единицы товара за 5 единиц денег, купила у команды А 6 единиц товара за 6 единиц денег и у команды С 5 единиц товара за 6 единиц денег, провела 1 консультацию. Их результат 10 единиц минус 1 (за переговоры) плюс 10 (получено за товар) минус 11 (уплачено за покупки) минус 2 (пеня за непроданный товар) — 7.

Команда С продала команде А 8 единиц товара за 8 единиц денег, команде В 5 единиц товара за 6 единиц денег, купила у команды А 4 единицы товара за 4 единицы денег, у команды В — 3 единицы товара за 5 единиц денег. У команды не имеется 13 единиц товара. Дешевле (это решение принимает директор) недопоставить товар команде А. Проведено 3 переговоров. Их результат 10 единиц минус 3 (за переговоры) минус 3 (неустойка) плюс 5 (от команды А вместо 8) плюс 6 (от команды С) минус 9 (уплачено за товар) — 2.

Если необходимо, чтобы все команды проиграли — следует увеличить пени, неустойки и стоимость переговоров с директором. В любом случае лучший результат показывает команда, которая действовала наиболее согласованно и гибко, не выдвигала чрезмерных требований и не пыталась отыгаться за счет соперников.

Подводя итоги главы, приходим к следующему заключению: терапевтическая и коррекционная работа с несовершеннолетними правонарушителями, беспризорными и безнадзорными, осуществляемая в учреждениях системы образования и социальной защиты, ведется по следующим направлениям:

1. Групповая работа:

а) Профилактическое и диагностическое (скриннинг) направление;

б) Работа на уровне очерченных патологических состояний — коррекция;

в) Работа на уровне психопатологических симптомов и синдромов, социальных условий и особенностей развития, личностных типов и характера реагирования, формирующих мишени терапии и коррекции в рамках диагностированных типов психической дезадаптации;

г) Работа на уровне очерченных патогенных ситуаций.

2. Индивидуальная работа — работа психотерапевта с пациентом в ее классическом понимании, охватывающая все патологические аспекты, входящие в компетенцию специалиста: психопатологическую симптоматику, личностное развитие и самосознание, в том числе самооценку, поведение, в том числе межличностное взаимодействие, навыки.

Следует отметить, что сами терапевтические техники, используемые для работы с подростками, носят, как правило, эклектичный характер, используя подходы и концептуальные методы психодрамы, поведенческой терапии, арт-терапии, недирективного гипноза и телесно-ориентированной терапии.

Конечной целью, итогом реабилитационных программ является возвращение подростка в социум — в идеале — в семью, в



Схема 4.6. Структурная организация реабилитационного процесса.

образовательную среду, приобретение навыков и стереотипов нормативного социального взаимодействия, т.е. восстановление всего комплекса взаимоотношений индивидуума с макро- и микро-средой. Следует отметить, что эффективность реабилитационных программ с возрастом неуклонно снижается.

Успех реабилитации, таким образом, зависит от (1) эффективной работы всей системы профилактической и реабилитационной помощи подросткам правонарушителям, беспризорным и безнадзорным; (2) эффективной работы специалистов, непосредственно взаимодействующих с подростком в ходе реабилитационного процесса; (3) индивидуальных клинических и социальных особенностей ребенка, наличия или отсутствия факторов, обеспечивающих реабилитационный потенциал (схема 4.6). Защитные факторы должны учитываться в ходе реабилитационного процесса вместе с «мишенями» терапевтической и реабилитационной работы.

Основными защитными факторами, обеспечивающими реабилитационный потенциал, по данным корреляционного анализа, являются: (1) в контексте психического состояния: сохраненный интеллект ($\gamma = 0,74$), сохраненный аффективный статус ($\gamma = 0,72$), отсутствие зависимости от алкоголя и других ПАВ ($\gamma = 0,67$); (2) в контексте микросоциального взаимодействия: сохранность семейных отношений ($\gamma = 0,81$), вовлеченность в образовательную среду ($\gamma = 0,77$), отсутствие в микроокружении лиц с асоциальными установками или дистанцирование от них ($\gamma = 0,73$); (3) в личностном контексте: навыки межличностного взаимодействия ($\gamma = 0,68$), высокий личностный и творческий потенциал ($\gamma = 0,62$).

Наличие 3-4 защитных факторов позволяет надеяться на успех реабилитационной работы с подростком.

Особенного внимания заслуживает анализ характера и темпов редукции психопатологических симптомов и выработки и закрепления необходимых поведенческих навыков в течение периода наблюдения (12 месяцев).

При **органически-обусловленной дезадаптации** первыми редуцировались депрессивно-дистимические симптомы, а в случае возникновения подобных состояний у подростков менялся тип реагирования, снижалась его агрессивная составляющая (3-6 месяцев). Приблизительно в то же время исчезали тики, однако другая неврозоподобная симптоматика, в особенности — энурез — сохранялась на протяжении всего периода наблюдения. Большая часть церебрастенической симптоматики редуцировалась в тече-

ние 6-9 месяцев. Значительно улучшалось внимание и переносимость интеллектуальных нагрузок, улучшалось речевое и моторное развитие (6-9 месяцев). Психозэндокринные симптомы редуцировались в еще более поздние сроки — 9-12 месяцев. Практически не поддавалась обратному развитию вегето-сосудистая симптоматика и имеющиеся изменения личности по органическому типу. Навыки межличностного взаимодействия формировались в течение 6-9 месяцев. В тот же период можно было говорить о трансформации антиобщественных установок и криминального поведенческого стереотипа. В целом отдаленный прогноз в данной группе был относительно благоприятным при условии дальнейшего системного наблюдения и поддерживающего психотерапевтического воздействия, вовлечения в профессиональную деятельность и возвращения в образовательную среду (ПТУ по выбранной специальности).

При **когнитивно-обусловленной дезадаптации** наблюдалась быстрая и полная редукция невротической и неврозоподобной симптоматики: в течение 1-3 месяцев исчезали страхи, восстанавливался сон; относительно долго (6-9 месяцев) отмечались эпизоды энуреза, в дальнейшем он становился редким явлением, но имел склонность к рецидивам на фоне даже малозначительных эмоциональных перегрузок; отмечалась выраженная редукция дисфорически-депрессивных симптомов (6-9 месяцев) и незначительная редукция когнитивного дефицита (за счет приобретения навыков интеллектуальной работы) (9-12 месяцев). Практически не подвергалась обратному развитию органическая неспецифическая симптоматика и обусловленное волевыми нарушениями поведение (тяга к обжорству, бродяжничеству). Трансформация антиобщественных установок и криминальных стереотипов носила по большей части поверхностный и, вероятно, нестойкий характер. Общий прогноз в этой группе носил неблагоприятный характер в связи с невозможностью устранить главные психопатологические предикторы асоциального поведения, в первую очередь — интеллектуальное снижение. К тому же данная группа имела сравнительно неблагоприятные социальные показатели.

При **личностно-обусловленной дезадаптации** быстро, в течение 1-3 месяцев, исчезали явления соматизации, затем страхи и тревога (3-6 месяцев), относительно быстро прекращался неврозоподобный энурез (6-9 месяцев); в течение 3-9 месяцев редуцировалась астено-вегетативная и частично — резидуально-органическая симптоматика. В интервале 6-12 месяцев психотерапевтических и коррекционных занятий формировались навыки меж-

личностного взаимодействия, становилась более адекватной самооценка, формировались увлечения и интересы, начиналась реализация творческого и интеллектуального потенциала, появлялись успехи в учебе и освоении профессиональных навыков. Патохарактерологические личностные черты сглаживались, формировалась компенсация личностного расстройства. Отдаленный прогноз в этой группе носил благоприятный характер при условии формирования социальных условий для реализации высокого реабилитационного потенциала. На текущем этапе для подростков, имеющих относительно благополучные семьи наиболее перспективным являлся вариант специализированной школы открытого типа или средней общеобразовательной школы с наблюдением специалистами ЦППРК. Для подростков, лишенных семьи, оптимальным вариантом, вероятно, являлся детский дом семейного типа или патронат.

При **реактивно-обусловленной дезадаптации** в течение 3-6 месяцев подвергались обратному развитию расстройства сна, психогенные расстройства настроения, менялся характер эмоционального реагирования. В течение 6-9 месяцев частично исчезали вегетативно-сосудистые симптомы (головные боли, обморочные состояния). К концу года (9-12 месяцев) частично редуцировались двигательные расстройства, включая привычные действия. Стойким, рецидивирующим характером отличался энурез, практически не подвергались трансформации изменения личности по тревожно-мнительному, зависимому типу. Несмотря на рост самооценки, приобретение коммуникативных навыков, улучшение учебных показателей, рост статуса в подростковой группе прогноз в этой категории подростков носил лишь относительно благоприятный характер при условии дальнейшего системного наблюдения и поддерживающего психотерапевтического воздействия, вовлечения в профессиональную деятельность и возвращения в образовательную среду.

Заключение

Проблемы психического здоровья детей и подростков нельзя рассматривать изолированно — вне контекста роста и развития, обучения, социального взаимодействия (Вострокнутов Н. В. с соавт., 2002; Макушкин Е. В., 2007; Дмитриева Т. Б., Положий Б. С., 2009). Поведение подростков определяется совокупностью факторов — особенностями его личности, определяющими основные формы реагирования, условиями внешней среды, в первую очередь — микроокружения, определяющими стиль и характер поведения. Поведение подростка ожидаемо принимает девиантный характер, если у несовершеннолетнего наблюдаются психические расстройства или нарушения развития, а окружение представляет собой асоциальную или криминальную среду. В конце 1990-х — начале 2000-х годов многими исследователями было установлено, что более 80% несовершеннолетних правонарушителей, беспризорных и безнадзорных страдают психическими расстройствами, практически у всех подростков данной категории нарушены социальные условия развития (Дмитриева Т. Б., 2001; Волкова С. В., 2001; Вострокнутов Н. В. с соавт., 2004; Выхристюк О. Ф., 2004). Несмотря на то, что количество безнадзорных и беспризорных детей, обитающих на улицах российских городов в последние годы значительно сократилось, подростки попадают в специализированные учреждения, где им практически не оказывается психиатрической помощи (Краснов В. Н., 2001; Малофеев Н. Н., Шматко Н. Д., 2006). Тем временем стремительно увеличивается число детей с психическими расстройствами непсихотического регистра (Семке В. Я., 1999; Дмитриева Т. Б., 2001, Рыбалко М. И. с соавт., 2003; Гурович И. Я. с соавт., 2007) и утяжеление ситуации в сфере подростковой преступности (рост числа тяжких преступлений, рост количества преступлений, совершенных в группе, смещение криминальной активности в младшую возрастную группу (до 14 лет)(Мельникова Э. Б., Ветрова Г. Н., 2006)), 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 до настоящего времени не разработаны методические основания и формы медико-психологической помощи в условиях специализированных образовательных и социальных учреждений, включая: фармакотерапию, психотерапию, психокоррекцию, правовую поддержку (с учетом психического расстройства). Не разработано и механизмов, обеспечивающих устойчивую адаптацию подростков по возвращению из учреждений в нормативную социальную среду (Дмитриева Т. Б., 2001; Шалимов В. Ф., 2007). Для обеспечения этого направления медико-социальной помощи необходима разработка специфической модели оказания реабилитационной помощи на региональном уровне, основанной на принципах межведомственного и междисциплинарного взаимодействия с элементами социального партнерства (Волошин В. М., 2001, 2002; Вострокнутов Н. В. с соавт., 2004; Макушкин Е. В., 2007). Все вышеизложенное обусловило выбор цели и постановку задач проводившегося нами исследования, определило характер методов и состав включенных в исследование групп несовершеннолетних.

Исследование завершено.

Пришло время сделать выводы.

1. Социально-психиатрическое исследование репрезентативных групп несовершеннолетних правонарушителей, беспризорных и безнадзорных подростков показало, что для этих категорий несовершеннолетних характерны особые групповые характеристики.

1.1. Специфические условия социальной ситуации развития (неполная семья в 41,3% случаев у правонарушителей и в 75,7% случаев у беспризорных, семья с низким доходом — в 47,3% и 88,7%, воспитание вне семьи — у 12,7% и у 79,1% соответственно, различия статистически достоверны, $t \geq 2$, $P \leq 0,05$);

1.2. Специфический набор аномальных психосоциальных ситуаций, в том числе: аномальные отношения в семье в 49,3% случаев у несовершеннолетних правонарушителей и в 74,8% у беспризорных и безнадзорных, психические расстройства у родственников (не учитывался F10.x) в 20,7% и в 36,5%, аномальные формы и стили воспитания в 76,0% и в 93,1%, хронический стресс по месту учебы в 74,7% и в 80,9% соответственно ($t \geq 2$, $p \leq 0,05$);

1.3. Специфический характер психических расстройств и расстройств поведения, типов психической дезадаптации и форм аномального реагирования.

1.4. В целом группа несовершеннолетних правонарушителей выглядит в социально-психиатрическом контексте более благо-

получной, что позволяет рассматривать криминальное поведение в данной группе в качестве механизма аномальной компенсации.

2. У подавляющего большинства несовершеннолетних правонарушителей, беспризорных и безнадзорных диагностированы психические расстройства непсихотического регистра.

2.1. Использование критериев многоосевой классификации, основанной на МКБ-10, позволило диагностировать: (1) умственную отсталость (ось 3) у 10,7%, в группе несовершеннолетних правонарушителей и у 20,0% беспризорных и безнадзорных ($t \geq 2$, $p \leq 0,05$); (2) специфические расстройства психического развития (ось 2) у 10,7% и у 15,7%, (3) другие психопатологические синдромы (ось 1) — у 54,0% и у 56,5% соответственно. Психически здоровы были 24,7% правонарушителей и только 7,8% беспризорных и безнадзорных ($t \geq 2$, $p \leq 0,05$).

2.2. Среди психических расстройств, кодирующихся по оси 1, преобладали расстройства поведения (F91), включая несоциализированное, оппозиционно-вызывающее поведение (39,5% в группе правонарушителей и 27,7% в группе беспризорных), расстройства личности и поведения органической природы (F07.x) (29,6% и 33,8% соответственно), невротические расстройства, включая расстройства адаптации (F43.x) (11,1% и 15,4% соответственно) ($t \geq 2$, $p \leq 0,05$).

2.3. Психическим расстройствам, наблюдавшимся у подростков, были свойственны полиморфизм клинических признаков, высокий уровень коморбидности с социально-обусловленными расстройствами, сочетание с ретардацией и дисгармоничностью личностного развития.

3. Наличие психических расстройств, специфических условий развития, патогенное влияние условий окружающей среды обусловили формирование у несовершеннолетних правонарушителей психической дезадаптации.

3.1. Социально-психиатрический анализ позволил выделить 5 форм дезадаптации (органически-обусловленная у 20,7% правонарушителей и 25,2% беспризорных и безнадзорных, когнитивно-обусловленная — у 10,7% и 20,0% ($t \geq 2$, $p \leq 0,05$), личностно-обусловленная у 24,0 и 20,0%, реактивно-обусловленная у 9,3% и 11,3% и социально-обусловленная у 24,7% и 7,8% соответственно ($t \geq 2$, $p \leq 0,05$)).

3.2. Каждый тип психической дезадаптации характеризуется уникальным набором факторов риска формирования, собственным клиническим составом синдромов, особым характером и

формой социальных последствий и факторов, провоцирующих криминальное поведение. Для каждого типа психической дезадаптации были выделены признаки — мишени для профилактической и реабилитационной работы.

4. Среди совершенных подростками правонарушений доминировали кражи — их совершили 92,0%, грабежи — 62,7%, причинение вреда здоровью — 62,0%. Более половины — 54,0% — совершали групповые деликты, почти половина — 49,3% — однородные деликты, более трети — 38,7% — не менее трех правонарушений, что свидетельствует о глубокой интеграции в криминальную среду.

5. Основными предикторами криминального поведения у несовершеннолетних правонарушителей по данным корреляционного анализа, являются: физическое насилие в семье ($\gamma = 0,78$), наличие лиц с криминальным прошлым в ближайшем окружении ($\gamma = 0,76$), раннее включение в подростковую асоциальную группу ($\gamma = 0,75$), особенно — с участием взрослых преступников ($\gamma = 0,72$), наличие стереотипного реагирования на фрустрацию по типу короткофазовых аффективных вспышек ($\gamma = 0,68$), сохранность интеллекта ($\gamma = 0,67$).

6. Основными защитными факторами, обеспечивающими реабилитационный потенциал у несовершеннолетних, по данным корреляционного анализа, являются: (1) в контексте психического состояния: сохраненный интеллект ($\gamma = 0,74$), сохраненный аффективный статус ($\gamma = 0,72$), отсутствие зависимости от алкоголя и других ПАВ ($\gamma = 0,67$); (2) в контексте микросоциального взаимодействия: сохранность семейных отношений ($\gamma = 0,81$), вовлеченность в образовательную среду ($\gamma = 0,77$), отсутствие в микроокружении лиц с асоциальными установками или дистанцирование от них ($\gamma = 0,73$); (3) в личностном контексте: навыки межличностного взаимодействия ($\gamma = 0,68$), высокий личностный и творческий потенциал ($\gamma = 0,62$). Наличие 3-4 защитных факторов давало возможность успешной реабилитационной работы с подростком.

7. Использование комплекса реабилитационных психотерапевтических и коррекционных программ (нозологически-ориентированные, таргетно-ориентированные, ситуационные, универсальные программы) в течение года повлекло за собой качественное улучшение показателей психосоциального функционирования (ось 6) подростков правонарушителей и беспризорных/безнадзорных. В начале года хорошее психосоциальное функционирование демонстрировали 10,4% подростков, низкое — 68,8%, плохое — 20,8% правонарушителей, в конце года — 23,4%, 68,8% и 7,8% со-

ответственно ($t \geq 2$, $p \leq 0,05$). В группе беспризорных и безнадзорных исходно хорошее функционирование не обнаруживалось ни у кого, низкое — у 67,3%, плохое — у 32,7% подростков. После года работы показатели выросли до 48,9%, 28,6% и 22,4% соответственно (все показатели достоверно различаются, $t \geq 2$, $p \leq 0,05$).

8. Особенностью предложенной модели оказания комплексной дифференцированной полипрофессиональной профилактической и реабилитационной помощи несовершеннолетним правонарушителям, беспризорным и безнадзорным является создание единого функционального реабилитационного комплекса — в составе Центра психолого-педагогической реабилитации и коррекции (ЦППРК) и реабилитационного центра (объединяет силы и средства ЦВИНПа, психологической службы КДН и социального приюта), на базе которого происходит взаимодействие специалистов системы образования (средние общеобразовательные и специализированные школы), здравоохранения (поликлиники, диспансеры), социальной защиты и помощи семье, включая службу занятости, органов внутренних дел. Внедрение элементов этой системы на уровне Центрального административного округа г. Москвы показало ее высокую эффективность.