

**Л.О. Пережогин**

**КРИМИНАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ  
НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ**  
(криминологический и социально-  
психиатрический аспекты)

***Монография***

**ББК 67.51я73**

**П27**

**Рецензенты:**

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

доцент медицинского факультета  
Российского университета дружбы народов  
кандидат медицинских наук **О.В. Распономарева**

**Пережогин Л.О.**

**П27 Криминальное поведение несовершеннолетних (криминологический и социально-психиатрический аспекты):** Монография. — М.: ВГНА, 2009. — 136 с.

Монография посвящена анализу криминологических и социально-психиатрических аспектов поведения несовершеннолетних правонарушителей, беспризорных и безнадзорных. На основе изучения персонографических, криминологических, патопсихологических, психопатологических и социальных данных более чем 400 подростков автор формулирует концепцию противоправного поведения несовершеннолетних как следствия социальной дезадаптации. Подробно рассмотрены социальные факторы, психологический статус, психическое состояние подростков-правонарушителей, включая беспризорных и безнадзорных, предложены подходы к реабилитации в зависимости от нозологической принадлежности. Проанализированы вопросы профилактики повторных правонарушений и криминальной активности подростков групп социального риска. Для криминологов, психологов, социологов, педагогов.

**ББК 67.51я73**

**Утверждено и рекомендовано решением**  
Научного и учебно-методического совета ВГНА  
**в качестве монографии**  
(протокол № 3 от 17.11.2004 г.)

**ISBN**

(с) ВГНА, 2009

(с) Пережогин Л.О., 2009

## Оглавление

ВВЕДЕНИЕ .....	4
ГЛАВА 1. КРИМИНАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ .....	14
ГЛАВА 2. НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ПРАВОНАРУШИТЕЛЕЙ .....	26
Расстройства личности и поведения .....	28
Умственная отсталость .....	41
Органическое поражение головного мозга .....	45
ГЛАВА 3. ВОЗРАСТНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ПРАВОНАРУШИТЕЛЕЙ .....	53
ГЛАВА 4. СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ПРАВОНАРУШИТЕЛЕЙ .....	70
ГЛАВА 5. СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ .....	97
Уголовное законодательство .....	99
Клинические закономерности .....	101
Особенности клиники .....	102
Принципы оценки .....	105
ГЛАВА 6. РЕАБИЛИТАЦИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ПРАВОНАРУШИТЕЛЕЙ .....	107
Тренинговые группы .....	111
Гештальт-группы .....	115
Группы арт-терапии .....	116
Группы психодрамы .....	117
Группы транзактного анализа .....	121
Телесно-ориентированная терапия .....	122
ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....	126
БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК .....	128

## Введение

Для отечественной юридической, социальной, педагогической и медицинской традиции «подростковый возраст» — понятие давно знакомое. Когда начинается любой диалог о проблемах 12—16 летних граждан, нет более надежного аргумента, чем списать все проблемы на тот самый «подростковый возраст». Юрист сталкивается то и дело с подростковой преступностью, педагог не знает, что же еще предпринять, чтобы обеспечить минимальное усвоение учебного материала, успеваемость и дисциплину, социальный работник разводит руками: растет беспризорность, врач затрудняется с диагнозом. Разумеется, во всем виноват тот самый «подростковый возраст»! То и дело можно услышать: «...а вот был помладше — совсем другое дело! Ничего, подрастет, исправится...» Выходит, что период с 12 до 16 надо просто прожить — затем все само собой встанет на свои места?

Выделение подросткового периода связано с тем, что у ребенка в современном обществе произошло существенное расхождение линий сомато-физического, полового и социального развития, поэтому еще Л.С. Выготский (1930) [17], а затем И.С. Кон (1979) [41] считали, что оценка обществом продолжительности подросткового периода и его особенностей существенно зависят от уровня развития общества. Если начало подросткового периода практически постоянно связывается с половым созреванием (первые произвольные семяизвержения у мальчиков и наступление менструаций у девочек), то субъективная оценка сроков его завершения существенно колеблется (от 15 до 20 лет) в зависимости от социального положения, длительности получения образования, доминирующих жизненных ценностей. В связи с тем, что контроль родителей за развитием и жизнью детей продолжается часто и после достижения ими совершеннолетия, в целом период отрочества имеет тенденцию к увеличению (от 11 до 20 и более лет), что нашло свое отражение и в молодежной политике, и в законодательстве ряда стран, в том числе и России.

Социально-психологический подход к концепции подросткового возраста подчеркивает, что учет социальной ситуации развития подростка в наибольшей степени значим и для типологии воз-

растных потребностей, психологических феноменов этого периода, его стадий и границ.

Социальная ситуация развития в подростковом периоде характеризуется тем, что ведущая учебная деятельность предшествующего периода сменяется деятельностью, направленной на определение своего места в мире взрослых и в структуре общественных отношений, на свое социальное самоопределение. Следовательно, это не ступень или «переход» на пути превращения ребенка во взрослого, а самостоятельный возрастной период, имеющий свое глубокое содержание, личностный смысл и общественное значение (Ковалев В.В., 1979)[38].

Биологический смысл подросткового периода определяет как пубертатный период или период созревания. Фаза пубертатности обнаруживается не только в соматофизических и нейроэндокринных изменениях, но и в особых психических сдвигах, которые могут предшествовать физическому созреванию и сохраняться определенное время после его завершения. Нижняя граница нормального начала физической пубертатности относится к 11—12 годам, верхняя — к 17—18 годам (Васильченко Г.С. с соавт., 1990, Стайн Д.М., Грембах М.М., 1998)[80, 85]. Традиционно (вслед за Ш. Бюлер) выделяют две главные фазы, которые называют пубертатной стадией (негативная фаза) и юностью (позитивная фаза).

Отдельные психические признаки начала пубертатного периода появляются, как правило, в возрасте 11—12 лет у девочек и 12—13 лет у мальчиков. В большинстве исследований по психологии подростков подчеркиваются следующие признаки наступления переломного момента между детством и пубертатной стадией:

1) наиболее ранние сдвиги относятся к настроению и эмоционально-личностной сфере. Настроение начинает отличаться повышенной лабильностью, постоянными переходами между веселостью и безрадостностью, унынием с чувством неудовлетворенности собой и окружающим миром;

2) мир психических переживаний подростка становится пронизанным амбивалентностью и парадоксальностью: уверенность в себе сменяется робостью и застенчивостью, чрезмерная активность пассивностью, эгоизм чередуется с альтруистичностью, тяга к общению сменяется замкнутостью;

3) подросток начинает проявлять повышенную чувствительность к критическим замечаниям сверстников и взрослых (не родителей), к тому, как на него смотрят, что о нем говорят; становится легко возбудимым, раздражительным и одновремен-

но незащищенным, ранимым. Период наибольшей чувствительности индивидуален у каждого подростка. Чаще это период от 11 до 13 лет;

4) наблюдается общее снижение работоспособности с чувством физического недомогания, которое может сопровождаться проявлениями вегето-сосудистой дистонии, функциональными нарушениями со стороны отдельных соматических систем — дыхания, пищеварения, кровообращения etc.

Существенные изменения происходят в сфере личностных интересов или доминант подростка. Ведущей становится «эгоцентрическая доминанта» по Л.С. Выготскому (1930)[17] — интерес подростка к своему физическому и психическому «Я», к происходящим в нем переменам. Существенно повышается внимание к телу, к отклонениям от представляемой нормы. В когнитивные представления о схеме тела включаются новые соматические изменения, ощущения, переживания, которые определяют меняющееся отношение окружающих (одобрение, отсутствие реакции, неприятие, насмешка). Поэтому процесс формирования новой идентичности обычно сопровождается переоценкой действительных или мнимых признаков отклонений (диспропорций тела), субъективно значимыми комплексными, аффективно-личностными реакциями и определенной неустойчивостью самоидентичности.

При ответе на вопрос: «Кто Я?» подросток активно отвергает свою принадлежность к детям, он начинает думать о себе и чувствовать себя как взрослый, стремится быть и считаться взрослым. Однако это часто вызывает противодействие со стороны родителей, воспитателей, учителей, посторонних взрослых. Оно может быть явным, резким, ироничным или неявным, но чаще — при формальном признании такого права за подростком — выражающим стремление «отодвинуть во времени» признание «взрослости». Это вызывает трудности в отношениях: негативизм, упрямство, стремление доказать аутентичность своего «Я» через неожиданные поступки, потому что иначе его не услышат. Тем же объясняется и влечение к запрещенному, необычному, которое обладает для подростка особой притягательностью. С «эгоцентрической подростковой доминантой» может быть связана первичная мотивация алкоголизации и наркотизации, раннего начала половой жизни, бравада риском в поведении.

Вторая доминантная установка связана с тем, что семья и родители утрачивают свой авторитет. Требования родителей или их тревога больше не производят на подростка сдерживающего

действия. Он больше не хочет, чтобы его направляли, становится «глух к голосу, призывающему к послушанию» (Ж. Ж. Руссо). Его поведение начинает определяться новым отношением: «Если родители не принимают меня таким, какой я есть, пусть остаются одни, без меня». Интересы, ценности родителей, их установки начинают восприниматься анахроничными, везде видится только отрицательное. В этот переломный в отношениях момент большинство родителей склонны обвинять своих детей в эгоизме. Поэтому с доминантой отхода от семьи у подростка может быть связано острое переживание своего одиночества и отверженности в окружающей его жизни.

Третья доминанта связана с поиском того, кто может понять — компании сверстников, с которыми можно разделить интересы, оценки, увлечения; поиском друга. Чаще подросток тянется к компании юношей старше себя, где стремится стать «своим», он испытывает потребность взрослеть среди них. Таким образом, выйдя из семьи и включившись в значимую для себя группу, которая в этот момент играет для него роль поддержки, он обретает самостоятельность. Однако это не полное описание потребности в человеке, разделяющем те же ценности и живущем по тем же законам. Психические сдвиги, которыми сопровождается половое созревание, несомненно, пробуждают потребность подростка в любви своих сверстников, делают его неудовлетворенным своим состоянием. По мнению Ш. Бюлер, психическая пубертатность характеризуется тем, что «Я» подростка должно раскрыться для встречи с «Ты». Это раскрытие может быть осуществлено как восприятие другого по принципу «дополнительности», значимого для своих пробуждающихся влечений, или как более высокая (романтическая) форма созвучия душ, основанная на совместном переживании, на общей оценке окружающего мира. Отчасти подобного мнения придерживались некоторые представители новой психоаналитической школы (Берн Э., 1997, Лоуэн А., 1997) и Э. Эриксон (1996) [5, 50, 94].

В последние годы резко возросла криминальная активность несовершеннолетних. Если исходить из концепции триады «личность подростка — социальная ситуация — криминальная активность», становится предельно ясно, что понять и оценить, а следовательно — исправить ситуацию становится возможно только при правильной оценке социальных факторов. Поэтому для верного понимания поведения несовершеннолетних необходимы адекватные методы исследования. Оптимальным набором методов обладает, на наш взгляд, социальная психиатрия детей и подростков.

Социальная психиатрия детства характеризуется следующими особенностями:

1) за основу медико-социального подхода она берет ребенка в его социальной ситуации развития. Социальная ситуация развития — это система отношений, в которую ребенок вступает, начиная с момента рождения. Она качественно меняется с переходом от одного возрастного этапа к каждому последующему периоду до совершеннолетия;

2) в возрастном психическом развитии для социальной психиатрии детства определяющей является концепция личностного развития ребенка, которое на каждой стадии реализуется через свои ключевые психологические механизмы и переживания;

3) наряду с клиническими симптомами нарушений возрастного психического развития и собственно психических расстройств, для нее существенными являются признаки психологических кризисов — переломных точек на кривой детского развития, которые отделяют один возраст от другого.

Под этим углом зрения следует рассматривать ключевые понятия, которые использует социальная психиатрия детства. К таким ключевым понятиям относятся понятия «социализация», или усвоение ребенком правил, ролей, норм поведения, которые позволяют ему становиться членом общества, занимать в нем свое место, и «социальная ситуация развития». Наиболее полно природу и роль социальной ситуации развития в становлении личности несовершеннолетнего определил Л.С. Выготский (1930)[17]. Он писал: «Ребенок есть часть социальной ситуации, отношение ребенка к среде и среды к ребенку дается через переживание и деятельность самого ребенка; силы среды приобретают направляющее значение благодаря переживаниям ребенка».

Таким образом, понимание общественных процессов, в которые волей-неволей оказываются вовлечены несовершеннолетние, возможно прежде через призму социальной ситуации, частью которой являются дети и подростки.

Для реализации такого подхода адекватным следует считать использование понятия о «группах риска» (Тростанецкая Г.Н., Шипицына Л. М., 1994)[88]. Это дети, у которых нарушения социализации связаны с негативным влиянием семьи, условий обучения, микросоциального окружения. Воздействие указанных факторов сопровождается у детей в этих группах отклонениями личностного развития, нарушениями социального функционирования, поведенческими и психическими расстройствами (Вострокнутов Н.В. с соавт., 2002)[12]. Социальная значимость проблемы определяет



необходимость разработки критериев для выделения «групп риска», что особенно важно в тех случаях, когда психическая и средовая дезадаптация протекают с криминальной активностью и сопутствующей психической патологией.

К детям группы риска социальной дезадаптации следует отнести:

- 1) детей, лишенных родительского попечения (сироты);
- 2) детей с криминальной активностью, не достигших возраста уголовной ответственности (16-14 лет);
- 3) детей и подростков, находящихся в специальных воспитательных и исправительных учреждениях вследствие антисоциального поведения (специальные школы, ПТУ, воспитательные колонии).

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.

Социально-психиатрические исследования показывают, что нарушения социализации у детей «групп риска» сопровождаются психическими расстройствами широкого спектра:

- 1) задержкой эмоционального и личностного развития с симптомами личностного и психического регресса;
- 2) аффективными, психосоматическими нарушениями и психогенными личностными реакциями;
- 3) стойкими аномально-личностными развитиями и состояниями. Отдельные варианты нарушений, реализующиеся через асоциальную личностную деформацию, имеют ведущее значение в делинквентности и криминальной активности; другие типы расстройств выступают как фактор «патологической почвы».

Следовательно, разработка проблем оказания социально-психиатрической помощи несовершеннолетним с нарушениями развития и поведения является социально значимой в связи с широкой распространенностью явлений семейной, школьной и социальной дезадаптации в детско-подростковой среде, а также тяжестью ее последствий в виде безнадзорности и повышенной криминальной активности детей и подростков.

В рамках настоящей работы мы ставим перед собой следующие задачи:

- 1) оценить социальную ситуацию несовершеннолетних правонарушителей, выявить роль и удельный вес семейной деприва-

ции, ближайшего социального окружения в генезе криминальной активности;

2) оценить влияние возрастного и нозологического факторов на характер криминальной активности несовершеннолетних;

3) обозначить основные направления реабилитации несовершеннолетних правонарушителей, оптимизировать подходы к реабилитации в зависимости от характера психических расстройств, личностных особенностей, социального статуса подростков. Решая данные задачи, мы будем опираться на имеющиеся в нашем распоряжении литературные данные и результаты собственных исследований.

Настоящее исследование было проведено на основании сравнения данных 116 учащихся средних школ г. Москвы и ближайшего Подмосковья, психически здоровых, не совершавших противоправных деяний, подпадающих под признаки состава преступлений, перечисленных в Особенной части действующего УК РФ с показателями 331 несовершеннолетних правонарушителей, из которых 101 — являлись воспитанниками Центра временной изоляции несовершеннолетних правонарушителей ГУВД г. Москвы (далее — ЦВИНП ГУВД г. Москвы), 53 — воспитанниками специальной школы для несовершеннолетних правонарушителей г. Анны Воронежской области, 71 — участники программы «Педагог на допросе несовершеннолетнего» региональной общественной благотворительной организации «Комитет за гражданские права», 106 — несовершеннолетние правонарушители, осмотренные в рамках экспериментальной программы пробации региональной общественной благотворительной организации «Комитет за гражданские права».

В соответствии с психическим состоянием данный контингент был разделен на 5 групп. Самую многочисленную первую группу (далее — группа 1) составили 114 несовершеннолетних, обнаруживших признаки расстройств поведения и формирующихся расстройств личности (F 60 — F 61 по МКБ-10). Во вторую группу (далее — группа 2) вошли 47 детей с признаками умственной отсталости легкой степени выраженности, укладывающиеся в основном в диагностические рубрики F 70.0, F 70.1, F 70.8 по МКБ-10. В третью группу (далее — группа 3) были включены 97 правонарушителей с признаками органического поражения головного мозга различного генеза (раннего, травматического, интоксикационного). В четвертую группу (далее — группа 4) были объединены 73 психически здоровых несовершеннолетних правонарушителя. Группа 5 — контрольная (подростки психически здоровы и не совер-

шали правонарушений, преследуемых в рамках уголовного законодательства) (см. табл. 1).

Анализ 447 случаев (личные наблюдения; возраст несовершеннолетних правонарушителей — от 8 до 14 лет) был проведен по 450 признакам, включенным в следующие блоки: персонографический, криминологический, патопсихологический, волевых расстройств, психопатологический, воспитания.

Основным методом исследования был клинико-психопатологический. Оценивался анамнез, изучалась динамика состояния несовершеннолетних, анализировалось актуальное состояние, предшествующее правонарушению, в момент правонарушения и в период проведения интервью. Сопоставлялись личностные особенности несовершеннолетнего с деталями криминального эпизода, учитывались типы реагирования в субъективно эмоционально значимых ситуациях.

Таблица 1

### Контингент обследованных подростков по группам

	Спецшкола	ЦВИНП	Пробация	Педагог на допросе	Контроль
Группа 1 (114 чел.)	19	47	38	10	-
Группа 2 (47 чел.)	6	10	17	14	-
Группа 3 (97 чел.)	13	25	34	25	-
Группа 4 (73 чел.)	15	19	17	22	-
Группа 5 (116 чел.)	-	-	-	-	116
Всего (447 чел.)	53	101	106	71	116

Использовались также данные экспериментально-психологического метода. 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 (MMPI, уровень притязаний, шкала Спилберга, ТАТ, методы Розенцвейга, Лири, Люшера и др.), агрессивности (шкала Басса-Дарки). Использовались данные Л.Н. Собчик (1990, 1997) [83, 84], А. Н. Беседина с соавт. (1996) [6].

Для исследования волевых расстройств была использована «Нормированная шкала диагностики волевых расстройств» (Шостакович Б.В., Горинов В.В., Пережогин Л.О., 2000) [90], вопросник которой был адаптирован для работы с несовершеннолетними.

Весь спектр волевых расстройств был разделен на 7 категорий в соответствии с типологией, предложенной В.А. Иванниковым (1998) [33]. 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) [73]. 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) [34]. 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) [97]. В категорию мотивов и влечений были включены переживание влечений и побуждений, их осознание (по L. Fields, 1996) [97], субъективное восприятие свободы волевого акта (по К. Ясперсу, 1913) [95]. 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 несовершеннолетним. Подростки, составившие контрольную группу, заполняли анкеты самостоятельно под контролем экспериментатора. Вычисленные по анкете нормированные показатели по категориям заносились в базу данных и подвергались статистической обработке стандартным набором методик.

Статистическая обработка материала осуществлялась в два этапа. 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 [65, 66].

В последующих главах мы последовательно рассмотрим криминологические и психологические особенности несовершеннолетних правонарушителей, проведем нозологическую оценку, уточним роль возрастного фактора и семейного статуса в генезе противоправного поведения подростков, обозначим главные направления в судебно-психиатрической оценке и реабилитации и психотерапевтической коррекции несовершеннолетних с делинквентным поведением.

## **Глава 1**

### **Криминальная активность несовершеннолетних**

В последние годы мы стали свидетелями небывалого роста числа правонарушений, совершенных несовершеннолетними. По данным МВД РФ, в 2003 г. зарегистрировано около 10 тысяч случаев вовлечения несовершеннолетних в совершение преступления или антиобщественную деятельность. При этом 9,6% всех преступлений, зарегистрированных в 2003 г. (т. е. около 250 тысяч) совершены несовершеннолетними или с их участием. Несопоставимость данных позволяет сделать вывод: подростковая преступность становится все более самостоятельной, организованной и профессиональной. Сравнительный анализ преступности несовершеннолетних за 1991—2000 гг. (по данным МВД РФ) не внушает оптимизма: если в 1991 г. несовершеннолетними совершены 503 убийства, то в 1997 — 1350, в 1991 г. — 2338 разбойных нападений, в 2000 г. — 5300, в 1991 г. на долю подростков пришлось 173 тыс. преступлений, в 2003 г. — около 250 тыс. Сходные данные приводятся и в Государственном докладе «О положении детей в Российской Федерации» (2002) [57].

На фоне пугающих цифр следует прежде всего отметить своеобразное расслоение подростково-молодежной популяции и выделить:

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

2) детско-подростковую маргинальную среду, ориентированную на установки и позиции малых подростковых и юношеских групп, организованных по типу дворовой, уличной общности, общности, привязанной к определенному клубу, дискотеке, музыкальному жанру, спортивному занятию, увлечению. В этой среде устойчивые, социально ориентированные ценности, отношения 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) [4].

Рассматривая детско-подростковую популяцию и среду через признак криминализации, мы должны отметить наибольший рост числа детей и подростков, вовлеченных именно в маргинальную область отношений и поведения. Эта среда и связанные с ней отклоняющиеся («девиантные») формы поведения несомненно являются знаком переживаемого обществом кризисного периода. Для этого социально-психологического явления характерно отсутствие или утрата устойчивых целей, разрушение эмоционально и лично значимых общественных, в том числе семейно-родительских отношений.

В нашем исследовании большинство подростков-правонарушителей совершили деяния, подпадающие под определения Особенной части УК РФ до 14 лет (от 85% до 94% в группах 1—4, здесь и далее процентные показатели округлены до целых чисел), различия по группам статистически не достоверны). В группах 1, 3, 4 половина подростков совершили уголовно-наказуемые проступки впервые, в то время как в группе 2 число таких подростков достоверно меньше — только четверть ( $t \geq 2$ ,  $P \leq 0,05$ ). В группе 1 преобладали подростки, совершившие более 3 уголовно наказуемых правонарушений (максимально зарегистрировано 17) и 2-3 правонарушения (около трети несовершеннолетних), в группе 2 — преобладали подростки, совершившие 2-3 правонарушения (40%) и более 3 (треть наблюдений).

Во всех группах преобладали преступления против собственности, особенно — кражи. Доля преступлений против собственности составила во всех группах 80-90%, достоверных различий между группами не обнаружено. В контрольной группе 3 подростки совершили мелкие кражи, не подпадающие под границы уголовной ответственности. На втором месте в группах 1, 2 и 4 стояли преступления против общественной безопасности (хулиганство)

(в среднем — около 15%), а в группе 3 — преступления против жизни и здоровья (убийства, телесные повреждения). В четвертой группе — каждый пятый подросток также имел хотя бы один криминальный эпизод из этой категории. В контрольной группе 5 подростков совершили хулиганские действия и 2 — нанесли легкие телесные повреждения, к уголовной ответственности не привлекались. Только в 1 и 4 группах были зафиксированы преступления против половой неприкосновенности (изнасилования, сексуальные действия насильственного характера), однако их доля мала (в среднем — 4,5%) в сравнении с кражами и хулиганством. Сходные характеристики подростковой преступности описывают и исследователи-юристы (Кашепов В. П. с соавт., 1999) [27].

Таблица 1.1

**Криминальная активность несовершеннолетних  
(данные в % округлены)**

Факторы	Группа 1	Группа 2	Группа 3	Группа 4	Контроль
Привлечены к ответственности до 14 лет	87,0	94,0	93,0	85,0	—
Привлекались впервые	63,0*	28,0^	43,0	56,0*	—
Преступления против собственности	87,0	94,0	82,0	86,0	—
Хулиганство	28,0	15,0	10,0	21,0	—
Против жизни и здоровья	11,0	4,0^	14,0	19,0*	—
Сексуальные преступления	4,0	0	0	5,0	—
Корыстный коэффициент (КК)	2,27	1,83	1,52^	2,5*	—

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

Следует особо отметить, что парадоксально высокий показатель преступлений против жизни и здоровья в группе 4 обусловлен тем, что подростки из благополучного окружения вступали в драки и привлекались к ответственности за телесные повреждения, в то время как подростки из неблагополучных социальных слоев дрались чаще, а жалобы на них поступали реже.

Особый интерес представляет распределение преступлений против собственности по оси «присвоение собственности — уничтожение собственности». Для этой цели мы ввели «корыстный коэффициент». Таким образом, здоровые правонарушители, подро-



стки с расстройствами личности и поведения совершали преступления в основном ради выгоды, в то время как умственно отсталые подростки и подростки с органическим поражением головного мозга — как ради выгоды, так и для удовлетворения желания разрушения, в том числе — в рамках клинически очерченных дисфорических состояний (см. главу 2).

Подростки 1 и 2 групп привлекались к ответственности за однородные преступления достоверно чаще ( $t \geq 2$ ,  $P \leq 0,05$ ), чем подростки других групп. В то же время доля преступлений, связанных с насилием, была выше в 3 и 4 группах (в среднем — четверть правонарушений) и ниже всего — в 3 группе (около 10%).

В первой и второй группах среди потерпевших преобладали незнакомые люди (около 70%) и не физические лица (например, кражи из магазинов) (половина), в то время как в 3 и 4 группах — знакомые и родственники (около 50%) (различия достоверны  $t \geq 2$ ,  $P \leq 0,05$ ).

Правонарушения несовершеннолетними 1 и 2 группы совершались, как правило, групповые (две трети случаев), что выше показателей 3 и 4 групп, однако роли подростков 1 и 2 групп существенно различались: подростки с расстройствами личности и поведения были организаторами в 40% случаев (от общего числа, т.е. более, чем в двух третях групповых преступлений), а подростки 2 группы в 60% (т.е. около 90% групповых преступлений) выполняли пассивную роль (различия достоверны,  $t \geq 2$ ,  $P \leq 0,05$ ).

Особого внимания заслуживает анализ мотивации правонарушений. Подобные исследования неоднократно проводились на взрослых правонарушителях (Гульдман В.В., 1983, 1986) [20, 21]. Во всех группах преобладали корыстные мотивы (более 70%), в группе 1 на втором месте (60%  $t \geq 2$ ,  $P \leq 0,05$ ) была психопатическая актуализация, на третьем месте (около 40%) — аффектогенные мотивы. В группе 2 на втором месте по значению стояли мотивы подчиняемости (около 60%  $t \geq 2$ ,  $P \leq 0,05$ ), на третьем — аффектогенные (четверть случаев). В группе 3 был высок мотив личной неприязни (четверть случаев). В остальных группах мотивы удовлетворения влечения, личных отношений, неприязни, анэтические, подчиняемость распределились практически равномерно, значительно уступая корыстным.

Анализируя мотивы правонарушений, В.Д. Менделевич (2001) [52] предлагает выделять пять типов отклоняющегося поведения:

1) делинквентное — относительно низкая общественная опасность, не планируемое, спонтанное, часто безмотивное и неосознанное; 10% случаев;

2) аддиктивное — в основе лежит зависимость от токсических или наркотических веществ; 43% случаев;

3) патохарактерологическое — обусловлено прежде всего личными особенностями, характерно для психопатических и диссоциальных типов; 30% случаев;

4) психопатологическое — обусловлено течением психического расстройства, органически связано с клиническими проявлениями последнего; 15% случаев;

5) проявление гиперспособностей (таланта, гениальности) — игнорирование реальности, значимости окружающего мира; 2% случаев.

Мы наблюдали первые четыре типа, однако аддиктивное поведение встречалось, по нашим оценкам, значительно реже, что, возможно, обусловлено спецификой подросткового возраста.

Подростки-правонарушители из группы 1 достоверно чаще ( $t \geq 2$ ,  $P \leq 0,05$ ) не доводили преступления до конца (около четверти случаев в сравнении с 10-15% в группах 2 — 4). Подростки группы 1 достоверно чаще, чем в других группах (более 70% против 30-50% по группам 2-4,  $t \geq 2$ ,  $P \leq 0,05$ ), планировали правонарушения. В то же время подростки группы 2 делали это достоверно реже ( $t \geq 2$ ,  $P \leq 0,05$ ), чем в других группах (различия с группой 4 недостоверны).

Для всех групп подростков была характерна небольшая продолжительность криминального эпизода. Менее 1 часа длились криминальные эпизоды у половины подростков. Среди подростков группы 1 у каждого четвертого криминальная активность носи-

Таблица 1.2

### Мотивация правонарушений у подростков и взрослых

Факторы	КМ	ЛО	ЛН	А	ПА	П
Группа 1	88,0	6,0 <sup>^</sup>	8,0	39,0	60,0*	17,0
Группа 2	81,0	6,0 <sup>^</sup>	6,0 <sup>^</sup>	23,0	17,0	57,0*
Группа 3	74,0	14,0	24,0	31,0	14,0	22,0
Группа 4	70,0	5,0 <sup>^</sup>	14,0	14,0	19,0	16,0
Взрослые правонарушители **	48,4	6,5 <sup>^</sup>	41,9	48,4	64,5*	12,9

В таблице данные приведены в процентах. Знаком \* обозначено достоверное ( $t \geq 2$ ,  $P \leq 0,05$ ) превышение показателей других групп, знаком <sup>^</sup> — достоверно более низкие показатели. Здесь КМ — корыстные мотивы, ЛО — личные отношения, условия, ЛН — личная неприязнь, А — аффектогенные, ПА — психопатическая актуализация, П — подчиняемость; \*\* — Пережогин Л. О., 2001.

ла непрерывный, систематический характер на протяжении 1 года и более: эти подростки являлись членами организованных преступных группировок; в других группах этот показатель был ниже (менее 20% по группам 2-4).

Если исключить характерный для всех подростков высокий уровень корыстных мотивов, то именно несовершеннолетние группы 1 наиболее соответствуют профилю взрослых правонарушителей с расстройствами личности. В то же время в группе 2 характер мотивов не имеет тенденции к поляризации, что объясняется, вероятно, психической незрелостью подростков из данной группы, отставанием в развитии и несформированностью психических процессов.

У подростков группы 1 отмечалась также большая продуманность правонарушений. Так треть правонарушителей (от общего числа, т.е. около половины от числа планировавших преступления) несовершеннолетних с расстройствами личности и поведения вынашивали планы преступлений более суток (против 6—20% по группам 2—4 соответственно). В то же время среди подростков группы 1 было наибольшее количество лиц, совершивших правонарушения в состоянии алкогольного опьянения (около половины против 20—40% по группам соответственно, различия статистически достоверны ( $t \geq 2$ ,  $P \leq 0,05$ ) по отношению к группам 2 и 4).

Среднее число правонарушений на одного несовершеннолетнего составило (по группам соответственно): 5,3, 5,8, 3,5, 2,1. Таким образом, лидерами оказались подростки с умственной отсталостью и расстройствами личности и поведения (достоверны  $t \geq 2$ ,  $P \leq 0,05$  различия с группами 2 и 4).

Таким образом, обобщая признаки, характеризующие криминальную активность в различных группах, можно нарисовать следующие групповые портреты несовершеннолетних правонарушителей.

Группа 1. *Несовершеннолетние правонарушители с расстройствами личности и поведения.* Им свойственно: совершение большого количества правонарушений, неоднократность привлечения к ответственности, склонность к совершению однородных правонарушений, совершение преступлений преимущественно против незнакомых людей или не физических лиц, совершение преступлений в группе сверстников, в которой правонарушителю с диссоциальным расстройством принадлежит роль лидера, преобладание корыстных мотивов и мотивов психопатической актуализации, предварительное планирование преступлений, носящих в целом продуманный характер.

Группа 2. *Несовершеннолетние правонарушители с умственной отсталостью*. Они совершают большое количество правонарушений, привлекаются в среднем 2-3 раза к ответственности, склонны к совершению однородных правонарушений, совершают правонарушения против незнакомых людей или не физических лиц, что роднит их с подростками группы 1. Однако, имея склонность к групповым деликтам, они выполняют роль подчиненных, пассивных исполнителей чужой воли, среди мотивов правонарушений у них также доминируют подчиняемость и корыстные мотивы, они редко планируют правонарушения.

Группа 3. *Несовершеннолетние правонарушители с органическим поражением головного мозга*. Их отличают высокое число правонарушений, направленных против людей, составляющих близкое окружение самих подростков (знакомые, родные) и преобладание корыстных мотивов и личной неприязни к потерпевшим.

Группа 4. *Здоровые несовершеннолетние правонарушители*. Им свойственны правонарушения против лиц, входящих в ближайшее окружение. Они реже других совершают преступления в состоянии опьянения.

Психологические особенности несовершеннолетних правонарушителей оценивались по специальной карте, включающей 115 показателей.

Треть несовершеннолетних правонарушителей обнаруживали склонность к выраженному колебанию настроения (около 30% по группам 1—3 соответственно, в группе 4 — 5%  $t \geq 2$ ,  $P \leq 0,05$ ). У большого числа подростков отмечались нарушения внимания (50-75% в группах 1—4 соответственно, около 25% в контрольной группе,  $t \geq 2$ ,  $P \leq 0,05$ , показатели групп 1 и контроля достоверно ниже, чем групп 2, 3, 4,  $t \geq 2$ ,  $P \leq 0,05$ ).

Темп психических процессов был снижен у значительной доли несовершеннолетних: в каждом пятом случае в группах 1, 3 и 4 в половине наблюдений в группе 3, и в 6% в группе контроля. Показатели группы 4 были достоверно ниже ( $t \geq 2$ ,  $P \leq 0,05$ ), чем в группах 1—3, показатели группы 2 — достоверно выше, чем в других группах ( $t \geq 2$ ,  $P \leq 0,05$ ). Высокий уровень показателя в группе 2 коррелировал с высоким уровнем субдепрессии (11%) в этой группе. Большинство подростков группы 1 были разочарованы в себе, отмечали подавленность, плохое настроение, которое связывали с задержанием, помещением в ЦВИНП и СШ, жаловались на нехватку «творчества», свободы, тяготились дисциплиной в учреждениях и часто ее нарушали.

Практически все подростки справлялись в ходе эксперимента с инструкциями психолога. Крайне низкий уровень усвоения (четверть наблюдений) обнаружен только в группе 2. В ходе работы использовались методики, направленные на исследование памяти (запоминание 10 слов, опосредованное запоминание), мышления (сюжетные картины, классификация, исключение, сравнение понятий, понимание переносного смысла пословиц, пиктограммы), интеллекта (метод Векслера), личностных особенностей (ММРІ, подростковый вариант, уровень притязаний, шкала Спилберга, метод Роршаха, ТАТ, методы Розенцвейга, Лири, Люшера и др.), агрессивности (шкала Басса-Дарки), воли (НШДВР).

В целом экспериментально-психологическое исследование подростков 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. В ряде случаев подростки отказывались от экспериментально-психологического исследования, мотивируя отказ тем, что их «хотят расколоть, а потом навешать [обвинений]».

Мнестические процессы были сохранены у большинства несовершеннолетних. В 50—80% по группам 1, 3 и 4 они соответствовали норме (показатель группы 2 достоверно ниже,  $t \geq 2$ ,  $P \leq 0,05$ ), в значительной части случаев обнаруживались пограничные с нормой показатели.

Мышление подростков-правонарушителей отличалось конкретностью, иногда — субъективными трактовками или привнесениями (максимальный показатель около 10% в группе 4), редко — символичностью (максимальный показатель — 7,0% в группе 4). В ходе работы с методиками, направленными на оценку мышления, часто встречались индивидуальные привнесения (до трети наблюдений, достоверных отличий от контрольной группы нет, показатель контроля — 19,0%). В большинстве случаев привнесения и их комментарии носили адекватный характер (хуже всего дела обстояли в группе 3, где были адекватными лишь около 40% привнесенных образов).

В целом мышление подростков-правонарушителей отличалось последовательностью, операции сравнения были сохранены, операции обобщения выполнялись успешно, отмечалась некото-

рая неравномерность, использование формальных признаков, личных предпочтений. Большинство подростков справлялись с трактовкой условного смысла иносказательных выражений (хуже всех справлялись в группе 3, где показатель составил около 50%). Расстройств мышления, характерных для процессуальных расстройств (паралогичности, разорванности, соскальзывания), ни у кого не наблюдалось.

Наиболее выраженные нарушения отмечались в эмоциональной сфере. Они подробно описаны в психопатологическом разделе (см. главу 2). Здесь лишь следует отметить, что они носили более выраженный характер, чем типичные невротические аффективные расстройства, характерные для психиатрии пограничных состояний (Александровский Ю.А., 1993) [1]. В то же время мы не можем напрямую связывать аффективные расстройства с агрессией несовершеннолетних, как это делает Ю.Б. Можгинский (1994) [54], говоря о «депрессивных эквивалентах» в связи с агрессивным поведением.

По показателям самооценки подростки распределились следующим образом: завышенная самооценка преобладала в группах 1 и 4 (четверть наблюдений), что в целом свойственно подросткам и лицам с психопатическими формами реагирования. Заниженная самооценка встречалась в группах 1 и 2. В группе 1 заниженная самооценка сочеталась с субдепрессией и отмечалась в основном у новичков. В группе 2 она была постоянным высоким показателем (четверть случаев), поскольку подростки группы 2 отвергались сверстниками и часто служили предметом насмешек и издевательств.

Складывается впечатление, что преступления в группе 2 совершаются под давлением, в силу подчиняемости другим членам группы, в том числе — совершеннолетним преступникам. Это в целом согласуется с данными В.П. Емельянова (1980) [32] и многих других исследователей. В отличие от многих авторов, мы практически не наблюдали выраженной аггравации в группе 2, что, вероятно, было обусловлено осознанием своей неподсудности.

У большой доли несовершеннолетних (40-50% в группах 1—3, 19,0% в группе здоровых подростков, показатели группы 4 достоверно ниже,  $t \geq 2$ ,  $P \leq 0,05$ ) отмечались признаки личностной незрелости, а в группах 1—3 были нередки случаи выраженного инфантилизма (показатель группы 4 и контроля достоверно ниже,  $t \geq 2$ ,  $P \leq 0,05$ ) (см. табл. 1.3).

Стержневым паттерном поведения подростков-правонарушителей является собственно диссоциальный компонент, заключаю-

Таблица 1.3

**Связь психологических особенностей  
и криминальной активности**

Факторы	Группа 1	Группа 2	Группа 3	Группа 4	Контроль
Личностная незрелость	57,0	43,0	41,0	19,0 <sup>^</sup>	6,0 <sup>^</sup>
Выраженный инфантилизм	14,0	34,0	7,0	3,0 <sup>^</sup>	3,0 <sup>^</sup>
Диссоциальность	63,0*	43,0	29,0	16,0 <sup>^</sup>	-
Эгоизм	63,0*	26,0	29,0	11,0 <sup>^</sup>	9,0 <sup>^</sup>
Подростки – подчиненные в группе	13,0	64,0*	16,0	11,0	9,0
Подростки регулярно совершают преступления	63,0*	87,0*	54,0	29,0	-

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

щийся в дистанцировании от общественных стандартов поведения. Выраженный отказ от выполнения социальных требований наблюдался в группах 1—2 в среднем в половине наблюдений. В группах 3 и 4 этот показатель был существенно ниже (29%, 16% по группам соответственно, показатель группы 4 достоверно ниже,  $t \geq 2$ ,  $P \leq 0,05$ ). В контрольной группе этот психологический феномен не обнаружен.

Личностные особенности несовершеннолетних правонарушителей включали: демонстративность (показатель групп 2 и 4 достоверно ниже,  $t \geq 2$ ,  $P \leq 0,05$ ), эгоизм раздражительность, обидчивость, склонность к внешнеобвиняющим установкам. Склонность к доминированию обнаруживалась в группах 1 и 4 (около 40%, показатели достоверно выше,  $t \geq 2$ ,  $P \leq 0,05$ , чем в других группах). Для подростков группы 1 оказались свойственны склонность к самоутверждению (50,0%), готовность к активной защите своих взглядов, убеждений и вместе с тем — уязвимость, плохая переносимость субъективно сложных ситуаций (50,0%) (все три показателя достоверно выше, чем в остальных группах,  $t \geq 2$ ,  $P \leq 0,05$ ).

При анализе показателей по тесту диагностики форм агрессии Басса-Дарки отмечались следующие особенности профиля: в группе 1 профиль был значительно выше, чем в группах 2—4. Самые высокие показатели отмечались по шкалам физической, вербальной и косвенной агрессии, негативизма. Группу 1 отличали особенно выраженные показатели негативизма и вербальной агрессии. В группе 2 на фоне низких показателей всех видов аг-

рессии отмечался относительно высокий уровень чувства вины (но существенно ниже, чем в группе 3 и 4). Группу 3 отличал высокий уровень чувства вины и вербальной агрессии, профиль группы 4 был низким по всем показателям.

При анализе показателей по Нормированной шкале диагностики волевых расстройств (НШДВР) (Шостакович Б.В., Горинов В.В., Пережогин Л.О., 2001) [90] отмечались следующие особенности профилей: наиболее благополучная картина наблюдалась, как и предполагалось, в группе 4; наименее благополучная — в группах 1 и 2, где наблюдались расстройства преднамеренной регуляции, высокий уровень автоматизмов. В то же время в группе 1 прогностические функции были относительно сохранены, в то время как в группе 2 — нарушены. В группе 2 страдала способность к осуществлению волевых действий. Группы 3 и 4 обнаруживали более низкие показатели, показатели группы 4 практически не отличались от группы контроля.

Таким образом, обобщая признаки, характеризующие психологию подростков-правонарушителей в различных группах, можно нарисовать следующие групповые портреты несовершеннолетних.

*Группа 1. Несовершеннолетние правонарушители с расстройствами личности и поведения.* Им свойственны: завышенная самооценка, выраженная личностная незрелость, склонность к демонстративному поведению, эгоизм, выраженное желание доминировать в группе, высокая агрессивность, в особенности — физическая, вербальная агрессия и негативизм, высокий уровень моторных автоматизмов.

В ряде случаев у них отмечается субдепрессивная реакция на ситуацию задержания, привлечения к ответственности, что сказывается на работоспособности и продуктивности продолжительное время, выражена личностная незрелость, демонстративность, раздражительность. Они также склонны доминировать, делают все возможное для самоутверждения, готовы отстаивать свое мнение, убеждение, трудно переносят субъективно сложные ситуации. У них высокий уровень агрессивности, но выражено чувство вины.

*Группа 2. Несовершеннолетние правонарушители с умственной отсталостью.* Они являются трудным объектом для исследования, поскольку часто не усваивают инструкций экспериментатора. У них снижена память, отмечается неадекватность в поведении и в процессе эксперимента, очень низкая самооценка.

*Группа 3. Несовершеннолетние правонарушители с органическим поражением головного мозга.* Специфических признаков для этой группы не выявлено.



Группа 4. *Здоровые несовершеннолетние правонарушители.* Им свойственны ровное настроение, хорошее внимание, личностная зрелость (по крайней мере — соответствие возрасту), отсутствие противопоставления себя обществу, согласие в общем плане с общественными стандартами, низкий уровень агрессивности, отсутствие внешнеобвиняющих установок, способность к альтруистическим поступкам.

Анализ возрастных и семейных факторов мы проведем в следующих главах.

В качестве промежуточных выводов в конце главы можно отметить:

1) в России за последнее десятилетие отмечается значительный рост правонарушений несовершеннолетних, а также преступлений, совершенных с их участием;

2) большинство подростков совершают первые правонарушения, подпадающие под состав преступлений Особенной части УК РФ, до достижения возраста уголовной ответственности;

3) ведущим мотивом правонарушений для всех групп подростков являлся корыстный мотив, а самым частым видом противоправной активности — кражи;

4) наибольшее число правонарушений совершают несовершеннолетние с расстройствами личности и поведения и подростки с интеллектуальным снижением, причем последние, как правило, по принуждению или под чьим-либо руководством;

5) ведущим психологическим механизмом, обеспечивающим реализацию противоправного поведения, является диссоциальный радикал, тотальное отвержение общественных стандартов и структуры общественных отношений;

6) большинство правонарушений, совершенных подростками, характеризуется спонтанностью, крайней агрессивностью, порой — жестокостью, направленностью на лиц ближайшего окружения;

7) наличие психических расстройств, включая расстройства пограничного регистра, является важным, но не единственным фактором, лежащим в основе криминального поведения и инспирирующим систематическую криминальную активность.

## **Глава 2**

# **Нозологическая характеристика несовершеннолетних правонарушителей**

Среди подростков-правонарушителей число лиц с психической патологией, включая нарушения возрастного психического развития, составляет не менее 50% случаев. Структура психической патологии имеет следующие особенности: на первом месте по частоте встречаются признаки резидуальной церебрально-органической недостаточности с редуцированным психоорганическим синдромом, включая симптомы церебрастенических расстройств и интеллектуальной недостаточности различной степени выраженности, на втором — полиморфные признаки задержки психического развития с парциальной интеллектуальной недостаточностью, эмоционально-личностной незрелостью, а также пограничные формы умственной отсталости; на третьем — признаки аномально-личностных качеств при формирующихся психопатиях и повторяющиеся патохарактерологических реакциях, на четвертом — ранняя алкоголизация с формированием первичного патологического влечения; смешанные варианты алкоголизации в сочетании с проявлениями наркомании и токсикомании.

Следует отметить следующие особенности психического состояния у детей и подростков с криминальной активностью:

1) полиморфизм психических расстройств, который включает и устойчивые патологические состояния, и проявления ретардированного, дисгармонического психического дизонтогенеза в сочетании с психогенными расстройствами непсихотического характера и аддиктивным (алкоголь, токсические и наркотические средства) поведением;

2) полиморфизм вариантов противоправного поведения;

3) социально-психологические личностные особенности у подростков-правонарушителей часто включают черты личной активности, самостоятельности, инициативности и сочетаются с ус-

тойчивыми негативными личными качествами с асоциальной направленностью установок. Для группы подростков-правонарушителей с психическими расстройствами более характерной оказалась структура личности с неустойчивостью личностных отношений и интересов, аморфностью ценностных ориентаций и мотивации.

Социально-психиатрический анализ показывает, что вне зависимости от природы выявляемых психических расстройств (патология характера, отдаленные последствия органического поражения головного мозга, психозы) и коморбидных (параллельно существующих) симптомокомплексов нарушений возрастного психического развития у большинства детей и подростков с криминальной активностью наблюдаются черты личностной деформации по асоциальному типу.

Для нее характерны следующие признаки:

1) отсутствие интереса к познавательной деятельности и связанная с семейной и педагогической запущенностью когнитивная дефицитарность, которая может при поверхностной оценке производить впечатление умственной отсталости, особенно, если эта дефицитарность осознанно или неосознанно утрируется. При этом, как правило, отмечается сохранная социальная ориентировка в сочетании с умением манипулировать другими людьми или использовать внешние обстоятельства в свою пользу;

2) отсутствие способности к эмпатии (сочувствию, сопереживанию), недостаточность глубины эмоциональных отношений, равнодушие к чувствам других людей в сочетании с неспособностью устанавливать и поддерживать эмоционально насыщенные, стабильные отношения;

3) стремление к получению простых удовольствий без определенного волевого усилия и труда. Эта особенность может сочетаться с повышенным стремлением к замещению чувства пустоты состоянием измененного настроения, вызываемого алкоголем, токсиконаркотическими средствами;

4) неустойчивое настроение со склонностью к раздражительности, гневливым реакциям, состояниям безмотивного внутреннего напряжения в сочетании с неадекватным, аффективно усиленным реагированием по агрессивному типу на конфликтные ситуации; склонность к индивидуальной и особенно групповой жестокости;

5) индифферентное или пренебрежительное отношение к общечеловеческим ценностям, облегченное усвоение навыков асоциального поведения и общий социально-правовой нигилизм;

6) выраженная эгоцентричность с чувством правомерности своего асоциального поведения и постоянным стремлением к его оправданию или обвинению окружающих в последствиях своих поступков;

7) отсутствие глубоких личностных реакций с чувством вины за серьезные социальные последствия своих проступков;

8) повышенная подверженность влиянию взрослых правонарушителей или групповому воздействию.

Подобные критерии используются сегодня и за рубежом (Fingarett H., 1982, Gacono C.B., Meloy J.R., 1992, Marttunen M.J. et al., 1994 и многие другие) [98, 99, 105]. В процессе разработки стратегий реабилитации несовершеннолетних правонарушителей большинство исследователей исходят из трех составляющих: нозологического фактора, возрастного фактора, социальной характеристики несовершеннолетнего (Ремшмидт Х., 1994, Реан А.А., Коломинский Я.Л., 1999) [71, 69]. Эти факторы в целом перекликаются с основными направлениями судебно-психиатрической экспертной оценки (см. главу 5). В настоящей главе мы рассмотрим характеристику несовершеннолетних правонарушителей в нозологическом контексте.

## **Расстройства личности и поведения**

Расстройства личности и расстройства поведения объединены нами в одну группу не случайно: с одной стороны, многие исследователи, сторонники нозологического подхода, не рекомендуют диагностировать расстройства личности у несовершеннолетних, мотивируя это прежде всего незрелостью личности. В современной психиатрии, как в России, так и за рубежом, принята концепция, согласно которой расстройства личности представляют собой стойкие изменения зрелой личности, которая формируется к совершеннолетию. В многочисленных работах, посвященных психопатиям (Ганнушкин П.Б., 1933, Асинкритов В.Ф., 1971, Леонгард К., 1981, Личко А. Е., 1983, Rasch W., 1983, Братусь Б.С., 1988, Harry B., 1992, Ремшмидт Х., 1994, Fields L., 1996, Гурьева В.А., 1998, Гиндикин В.Я., Гурьева В.А., 1999 и др.) [3, 48, 49, 71, 110, 97, 62, 19] авторы практически единодушно отмечают, что расстройства зрелой личности формируются к 18—20 годам, однако имеют начало развития в подростковом возрасте. В МКБ-10 расстройства личности в качестве общего диагностического критерия подразумевают возраст более 18 лет (F 60 — F 69 — расстройства личности и поведения в зрелом возрасте), однако сре-

ди диагностических указаний значится, что расстройства личности всегда возникают в детстве или подростковом возрасте и продолжают свое существование в периоде зрелости; с другой стороны, группа «эмоциональных и поведенческих расстройств, начинающихся обычно в детском и подростковом возрасте» (F 90 — F 98), полиэтиологична по своему происхождению и изолирована во времени, будучи искусственно ограничена периодом детства. В официальном комментарии к МКБ-10 подчеркивается, что нарушения поведения (F 91) могут перейти в диссоциальное расстройство личности (F 60.2). В ряде случаев диагностика в МКБ-10 крайне непоследовательная: так, тики у детей попадают в категорию расстройств поведения (F 95), а у взрослых кодируются как неврологические двигательные нарушения (G 25). Во многих случаях подобные странные, на взгляд клиницистов, диагностические подходы объясняются универсальным предназначением МКБ-10: это и клиническая, и исследовательская, и статистическая классификация одновременно.

Основываясь на клинических критериях, находясь не в условиях клиники, а в условиях приюта, школы, ЦВИНПа, очень трудно произвести достоверное разделение между формирующимися расстройствами личности и расстройствами поведения детского и подросткового возраста. Поэтому мы объединили эти группы в настоящем исследовании, хотя строго клинически это не очень верно. В.В. Нечипоренко (1991) настаивает на динамическом наблюдении в течение длительного срока (годы) для гарантии правильной диагностики в подростковом возрасте.

Важным вопросом является правомочность диагностики того или иного типа расстройства личности у несовершеннолетних. Расстройства личности представляют собой непрерывный континуум, включающий как пограничные с нормой формы, так и глубоко патологические варианты. К. Леонгард (1981) [48] отмечал, что «не всегда легко провести четкую грань между чертами, формирующими акцентуированную личность, и чертами, определяющими вариации индивидуальности человека». С другой стороны находится та часть аномальных личностей, которые «страдают от своей аномальности или заставляют страдать от нее общество» (Шнайдер К., 1999) [89]. По мнению С.Я. Бронина (1998) [10], «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 пери-

одами жизни и стрессовыми обстоятельствами. На наш взгляд, при диагностике необходимо исходить прежде всего из клинических реалий. Наше пилотное исследование (Вострокнутов Н.В., Харитонов Н.К., Пережогин Л.О., Морозова Н.Б., 2004) [16], охватившее около 300 несовершеннолетних в возрасте от 10 до 16 лет, показало:

1. Среди подростков-правонарушителей в одной трети случаев встречаются подростки, подпадающие под диагностические критерии диссоциального расстройства личности. Большинство этих подростков воспитываются в неблагополучных семьях (неполные семьи, семьи, где родители злоупотребляют алкоголем, с низким достатком, семьи, где родственники, чаще всего отцы и старшие братья находятся в местах лишения свободы, либо неоднократно судимы), систематически прогуливают школу, либо вовсе не обучаются, находятся в конфликтных отношениях с родителями, другими родственниками, сверстниками из благополучных семей, участвуют в подростковых криминальных группировках, бродяжничают, добывая средства к существованию попрошайничеством, воровством, проституцией, случайными заработками. Эта категория подростков систематически совершает противоправные деяния, большинство употребляют токсические вещества (клей, ацетон, бензин) и алкоголь. Для всех несовершеннолетних данной группы характерны эксплозивные, эгоистические личностные черты, высокая агрессивность, волевые и аффективные нарушения.

2. Около трети подростков-правонарушителей обнаруживают признаки органического поражения головного мозга. От предыдущей группы их отличает спонтанность правонарушений, совершаемых, как правило, на высоте дисфорического аффекта, либо в группе сверстников, в силу подчиняемости. Они часто пропускают школу, поскольку не справляются с программой, теряют интерес к учебе и стараются избежать насмешек со стороны сверстников и наказаний. Многие подростки данной группы становятся членами молодежных криминальных группировок, но никогда не занимают в них лидерских позиций. Для них более характерны астенические черты личности, истинное снижение интеллекта, они легко попадают в зависимость от асоциальных подростков. Фактически такие же характеристики имеет группа подростков, обнаруживающих пограничные формы умственной отсталости. Она составляет около 10% от числа обследованных подростков.

3. Треть подростков-правонарушителей составляют несовершеннолетние с формирующимися расстройствами личности, прежде всего — истерического круга. Обращает на себя внимание факт,

что в данном случае, в отличие от первой группы, расстройство личности носит черты несформированности, мозаичности, с преобладанием отдельных личностных черт, без «тотальности», о которой говорили классические авторы. Правонарушения в этой группе подростков также совершаются спонтанно, ведущим мотивом является психопатическая актуализация, практически нет корыстных мотивов. Данная категория подростков по отношениям в семье, учебе, интересам мало отличима от контрольной группы несовершеннолетних сопоставимого возраста.

4. Интересные закономерности прослеживаются при наблюдении за подростками, находящимися в специализированном учебном заведении. Там также можно выделить три группы несовершеннолетних, аналогичные указанным выше. Динамика состояния подростков по группам существенно различается. Подростки, относящиеся к первой группе, составляют здесь меньшую долю — около 20%. Вероятно, часть подростков данной группы совершает тяжкие преступления и осуждается к лишению свободы, направляется в ВТК. Возможно также иное объяснение подобной закономерности: в условиях специализированного учебного заведения имеются факторы (воспитательного, коррекционного характера), способствующие снижению социального компонента, влияющего на развитие расстройства личности, в результате чего риск формирования расстройства личности существенно снижается.

5. Среди подростков, совершивших правонарушение и осужденных условно, доля несовершеннолетних, которые попадают под критерии диссоциального расстройства личности — около 40%. Большинство подростков в этой группе совершают повторные правонарушения в течение 6 месяцев после вынесения приговора. В то же время среди оставшихся 60% подростков процент рецидива значительно ниже и составляет около 20%. Таким образом, можно сделать вывод, что в более старшей группе (среди неблагополучных подростков 15-16 лет) частота диссоциального расстройства выше, чем среди подростков младшего возраста, диссоциальное расстройство личности является фактором, значительно повышающим риск криминальной активности.

6. В контрольной группе около 20% подростков совершали правонарушения, они состоят на учете в КДН. Характер правонарушений (кражи, хулиганство) имеет ряд отличий от совершенных подростками первой группы. Большинство правонарушений носят в контрольной группе административный характер, совершены спонтанно, без предварительного планирования, часто в группе, при ее непосредственном давлении, корыстные мотивы встреча-

ются здесь редко, в основном правонарушения совершаются вследствие психопатической самоактуализации. Все подростки, совершавшие правонарушения в контрольной группе, совершили одно правонарушение, рецидивов среди них не наблюдалось.

В ходе нашего пилотного исследования получен следующий социально-психологический облик подростков-правонарушителей, соответствующих критериям расстройств личности.

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

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

В 60% случаев отмечена наследственная отягощенность алкоголизмом, прежде всего по отцовской линии (80%), в 25% случаев имеется отягощенность другими психическими расстройствами (в большинстве случаев подростки не смогли сообщить, каки-



ми заболеваниями страдают их родственники, однако среди поступивших ответов встречались: эпилепсия — 10%, шизофрения — 25%, алкоголизм с психозами — 30%, психопатии — 30%, другие диагнозы — глухонмота, последствия ЧМТ, наркомании, умственная отсталость — 10%).

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

О раннем развитии большинства подростков исследуемой группы практически нет данных. Из бесед с матерями по телефону достоверных данных получить не удалось, практика бесед была прекращена. Характер воспитания в семьях в большинстве случаев соответствовал гипоопеке или отвержению. Гиперопека и обычное воспитание встречались в единичных случаях. Большинство детей сообщали, что с раннего возраста родители выгоняли их с раннего утра на улицу, где они «гуляли» до вечера, когда их наконец впускали домой. Многие убегали из дома к бабушкам и дедушкам, где фактически и жили. О жестоком обращении со стороны родителей, и прежде всего матерей, сообщили 65% подростков. Жестокое обращение включало побои, телесные наказания, наказания голодом, а в ряде случаев носило характер изощренных издевательств. Большинство подростков в ответ на жестокое обращение убегали из дома, ночевали где попало, многие уезжали в крупные города, прежде всего в Москву, где имелась возможность прокормиться воровством и попрошайничеством. В ряде случаев в семьях отмечались эпизоды сексуального насилия со стороны отцов, отчимов, «друзей» матери. В большинстве случаев подростки отмечали, что в среде сверстников и более старших, криминализированных субъектов, к ним относились лучше, чем дома. По крайней мере сообщения о физическом насилии соотносятся как 2:1, унижению — 3:2, сексуальном насилии 5:1. Во всех случаях домашняя обстановка оценивалась подростками хуже, чем их настоящее существование.

Характер игровой деятельности среди подростков можно оценивать только ретроспективно. Большинство подростков данной группы сообщали об игровой деятельности как о давно минувшем прошлом, в то время как в контрольной группе подростков сопоставимого возраста большинство указывали по крайней мере одну любимую игру. Даже если исключить из статистики игры на

персональном компьютере, 30% подростков в контрольной группе в возрасте 12—14 лет продолжают играть со сверстниками. Большинство подростков с формирующимися расстройствами личности относили свою игровую деятельность на период «детства», которое по их мнению, закончилось в 6—7 лет, после чего у них началась самостоятельная жизнь. В качестве альтернативы играм они предлагали бесцельные прогулки, либо хулиганские поступки. В возрасте до 7 лет большинство из них отвергались коллективом сверстников, поэтому играли в одиночестве. Во многих случаях игры носили заведомо деструктивный характер. Групповые игры также отличались жестокостью и не имели строго очерченных правил и сюжета.

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

Со стороны окружающих взрослых с младшего школьного возраста подростки с диссоциальным расстройством личности характеризовались исключительно в отрицательных тонах. Их именовали хулиганами, направляли на различные комиссии педагогического и медико-социального плана, во многих случаях принималось решение о переводе в так называемые «коррекционные классы», где отсутствие должного педагогического воздействия способствовало тому, что подростки становились лидерами, группировали вокруг себя детей с невысоким интеллектом, совершали правонарушения. Впоследствии большинство этих подростков бросали школу, мотивируя это отсутствием интереса к учебе. Те же подростки, которые обучались в обычных классах, как правило, учились до 5—6 класса и только тогда начинали допускать систематические прогулы и оставляли учебу. Большинство ребят, оставивших учебу в более старшем возрасте, начинали работать, реже бродяжничали, обычно их криминальные действия были спровоцированы корыстными мотивами, носили характер краж. Подростки же из первой группы совершали криминальные действия в виде

убийств, телесных повреждений, изнасилований. Необходимо отметить, что мотивация этих правонарушений была либо формальной, либо обуславливалась психопатической самоактуализацией. Правонарушения против жизни и здоровья совершались подростками с особой жестокостью.

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

Среди всех правонарушений преобладали кражи, которые совершались подростками, как правило, в мелких продуктовых и промтоварных ларьках. Наиболее часто похищались продукты питания, алкоголь, табачные изделия. Высок был уровень квартирных краж и краж с дачных участков, где похищалось все, что имело ценность и могло быть без труда сбыто. На втором месте по частоте стояли грабежи и разбои. Они совершались цинично, чаще всего жертвами становились лица, хорошо известные самим подросткам, обычно — сверстники. Очень часто подростки с расстройствами личности совершали преступления против жизни и здоровья сограждан. Преступления отличались крайней жестокостью. Описывая совершенные убийства, подростки охотно излагали как план своих действий, так и ход его осуществления. Практически ни разу из 11 известных нам случаев не высказывалось раскаяния, жалости к потерпевшим. Указанное наблюдение подтверждается данными экспериментально-психологического исследования, выявившего крайние формы эгоцентризма в сочетании с эмоциональной холодностью, расчетливостью, высоким уровнем агрессии и низким порогом ее разрядки. В сравнительной группе подростков преобладали мелкие кражи без четко определяемого корыстного мотива, хулиганство, умышленная порча имущества. Подростки сравнительной группы редко вынашивали планы правонарушений, в 40% случаев не доводили правонарушение до кон-

ца, нередко прекращали преступные действия по собственной воле. В 15% случаев они самостоятельно возвращали украденное.

Данные экспериментально-психологического исследования показали следующие особенности несовершеннолетних, подпадающих под критерии формирующихся расстройств личности.

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

Сниженный темп работы, колебания продуктивности, отсутствие интереса к исследованию, высокая истощаемость в совокупности с нарушениями памяти свидетельствуют о достаточной выраженности в этой группе органического радикала. В то же время органические расстройства на клиническом уровне носили скорее фоновый характер, не являясь ведущими в общем контексте и значительно уступая личностной патологии.

Обнаружены специфические особенности запоминания и воспроизведения ранее предъявленных стимулов в данной группе подростков. В ходе исследования нами использовался набор карточек, часть которых содержали картинки, а часть — слова. Воспроизведение вербального материала, как прочитанного, так и воспринятого на слух, было значительно хуже, чем называние предъявленных картинок, при воспроизведении вербального материала отмечались парафазии и посторонние привнесения, несущие определенную эмоциональную окраску (как правило, депрессивную). При сравнении с другими группами подростков-правонарушителей и контрольной группой отмечались выраженные дефекты фиксации стимулов. Вероятно именно эта особенность препятствует у лиц с расстройствами личности интеграции своего и общественного опыта, извлечению уроков из прошлого, включая наказание. Указанная особенность требует, бесспорно, уточнения и разработки в рамках нейропсихологического исследования.

Мышление подростков носило, как правило, конкретный характер, мыслительные операции выполнялись сугубо на уровне межпредметных отношений, примитивно, без каких-либо попыток установления логических и понятийных связей на более высоком уровне. Сравнение, обобщение, исключение проводились на бытовом, предметном уровне, с опорой на самые очевидные призна-

ки предметов. Работа с отвлеченными понятиями практически не была доступна многим подросткам с расстройствами личности и поведения. Для решения простейших арифметических задач они пользовались подручным материалом, часто рисовали предметы, не пользуясь их числовым обозначением. Однако ни в одном случае не было зафиксировано грубых нарушений мышления.

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

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

При клинико-психопатологической оценке подростков с расстройствами личности отмечены следующие ведущие психопатологические феномены.

Большинство подростков в исследуемой группе употребляют систематически токсические вещества, чаще всего — клей, растворители, ацетон, бензин. В то же время в группе имеется стойкое предубеждение против употребления наркотических препаратов, никто из обследованных подростков их систематически не употреблял, хотя 70% подростков знакомы с их действием по 1—2 приемам.

Большинство подростков систематически употребляют алкоголь, в том числе в больших дозах. У 20% подростков имеется алкогольная зависимость, чего не встречается в таких масштабах в группах сравнения и контрольной группе, где выявлены единичные случаи токсикомании и эпизодическое употребление спиртных напитков. Эти подростки предпочитают крепкие напитки, подростки в группах сравнения — пиво и коктейли. У нескольких подростков с расстройствами личности в анамнезе имеются перенесенные алкогольные делирии, т.е. налицо выраженная алкогольная зависимость.

У 15% подростков с расстройствами личности выявлены признаки органического поражения головного мозга. Происхождение органического поражения ЦНС мультиэтиологично, преобладает ранняя пренатальная и постнатальная патология, травмы головы, интоксикация. Выраженность органического поражения ЦНС напрямую коррелирует со стажем употребления токсических веществ. При грубом анализе можно предположить, что формирование астенического типа психоорганического синдрома происходит в течение года регулярного (чаще всего ежедневного) употребления токсических препаратов, через 2-3 года формируются эксплозивные и апатические формы. Наиболее уязвимой является познавательная активность подростков, что в ряде случаев создает ложное представление об умственной отсталости, в то время как речь идет фактически о формировании токсической энцефалопатии с элементами деменции.

Ведущими в клинике наряду с личностной патологией являются аффективные расстройства. Присутствует практически весь спектр аффективных расстройств, включая маниакальные, депрессивные, дисфорические, страхи, тревогу, эйфорию. На высоте аффективных расстройств отмечаются в ряде случаев расстройства дереализационного характера с феноменами уже виденного и уже слышанного, метаморфопсиями. Аффективная патология

выявлена в той или иной форме в 100% случаев при личностной патологии и до 70% случаев в группах сравнения.

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

Здоровые подростки-правонарушители существенно отличаются от несовершеннолетних исследуемой группы. Здесь чаще встречаются девушки, относительно мало сирот, эти подростки охотно работают, выполняя доступные им виды неквалифицированного труда, избегают попрошайничества, готовы к продуктивному контакту с взрослыми. Их криминальная активность отличается преобладанием корыстных и аффектогенных мотивов, они часто не доводят правонарушений до конца, у них преобладают короткие, длящиеся не более 1 часа криминальные эпизоды. Они реже других совершают правонарушения в состоянии опьянения. У них отмечается субдепрессивная реакция на ситуацию задержания, привлечения к ответственности, что сказывается на работоспособности и продуктивности продолжительное время, выражена личностная незрелость, демонстративность, раздражительность. Они также склонны доминировать, делают все возможное для самоутверждения, готовы отстаивать свое мнение, убеждение, трудно переносят субъективно сложные ситуации. У них высокий уровень агрессивности, но выражено чувство вины.

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

На втором этапе ведущим был фактор асоциального окружения. Подростки втягивались в жизнь асоциальных группировок, где находили покровительство, усваивали законы криминальной среды, постепенно поднимались по иерархической лестнице. Контакты с домом сокращались до минимума. Они могли отсутствовать дома неделями, уезжали в крупные города, где жили на вокзалах, промышляя воровством и грабежами, попрошайничали. В этот период они начинали активно употреблять алкоголь и токсические вещества. В результате асоциального образа жизни и изменений органического характера возникали стойкие поведенческие стереотипы и аффективные расстройства. В этот период совершались преступления агрессивного характера (телесные повреждения, разбои, изнасилования, убийства, уничтожение имущества).

На третьем этапе ведущим фактором являлся психопатологический. Формирование личности часто развивалось по диссоциальному типу. Возможности внутренних компенсаторных сдерживающих механизмов и воспитательно-коррекционного влияния исчерпывались (см. рис. 2.1).

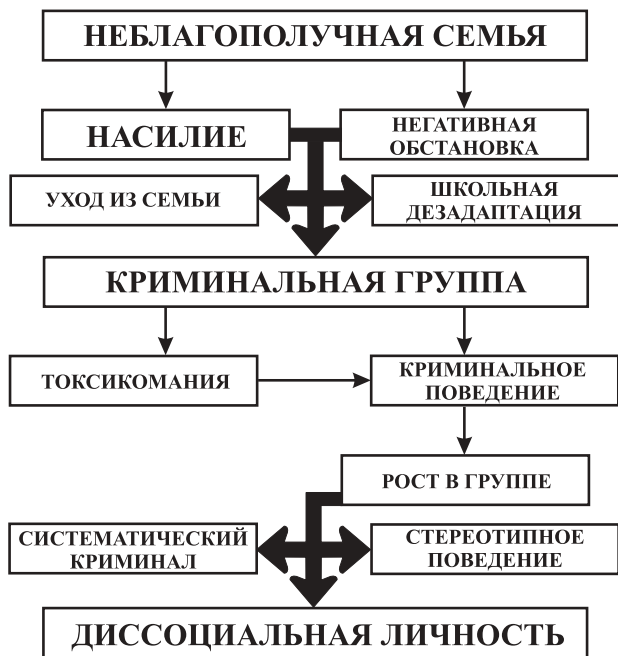


Рис. 2.1



По многим признакам подростки могли быть отнесены к категории диссоциальных личностей, в соответствии с критериями МКБ-10 и DSM-V. И хотя эти критерии не носят специфического характера, DSM-V подчеркивает, что они возникли в ходе ретроспективного анализа детства и подросткового возраста диссоциальных лиц. Можно говорить, по крайней мере, о риске формирования диссоциального расстройства в данной категории подростков.

## **Умственная отсталость**

Группу несовершеннолетних правонарушителей с интеллектуальной недостаточностью составили 47 несовершеннолетних. Из них 6 были учащимися спецшколы для несовершеннолетних правонарушителей г. Анны Воронежской области, 10 — воспитанниками ЦВИНП ГУВД г. Москвы, 14 случаев были выявлены в ходе программы «Педагог на допросе», 17 — в ходе программы probation. Ранее умственная отсталость диагностировалась у 10 несовершеннолетних, 37 случаев в нашем наблюдении — первичная диагностика.

Согласно последним обобщенным данным, умственная отсталость распространена в популяции индустриально развитых стран в 1% случаев, из них 4-6 случаев приходится на легкие формы, 3-4 случая — на более тяжелые. Другие авторы приводят иные цифры: на 100 случаев умственной отсталости приходится 85 пациентов с легкой, 10 — с умеренной, 5 — с тяжелой и глубокой формами интеллектуальной недостаточности (Ю. В. Попов, В. Д. Вид, 2000) [64]. Точно такие же данные приводят по градации коэффициента интеллекта (IQ) американские исследователи (Г. И. Каплан, Б. Д. Сэдок, 1994, 1998) [35, 36].

Согласно МКБ-10, в рубрику «Умственная отсталость» (F 70-F 79) входят три основных категории: умственная отсталость легкой степени (F 70), умеренная (F 71), тяжелая (F 72), глубокая (F 73).

Все выявленные случаи умственной отсталости укладывались в категорию легкой (F 70 по МКБ-10). В соответствии с клиническими критериями МКБ-10, выделялись три формы: F 70.0 (умственная отсталость легкой степени без нарушений поведения), F 70.1 (умственная отсталость легкой степени со значительными нарушениями поведения, требующими ухода и лечения), F 70.8 (умственная отсталость легкой степени с другими нарушениями поведения). В дальнейшем при статистической обработке все паци-

енты были объединены в одну группу. В соответствии с DSM-III и последующими пересмотрами, а также рекомендациями ВОЗ, для диагностики также использовались: коэффициент интеллекта (IQ), если таковой был ниже 70 (минимально был зафиксирован IQ, равный 56 баллам), определяемый по адаптированному для подростков методу Векслера (Wechsler Intelligence Scale, WIS) и Vineland Adaptive Behavior Scale (Шкала адаптивного поведения, VABS) (использована версия Crocker A. C., Nelson R. P., 1983) [96]. Преимущество последней заключается в том, что она представляет собой вопросник, заполняемый с участием родителей (воспитателей) и по результатам клинического наблюдения, после подведения итогов по которому формируется многомерная картина адаптации по сферам общения, повседневных навыков, социализации, моторики, асоциального поведения. Для удобства расчетов мы использовали нормированную версию вопросника, а ряд вопросов изменили на схожие, но соответствующие социальному уровню семей опрашиваемых. Ведущим методом диагностики был клиничко-психопатологический. Данные экспериментально-психологического исследования (кроме WIS и VABS) использовались для дополнительной оценки и верификации клинической картины.

Средний возраст в группе составил 13,5 лет. Большинство несовершеннолетних были мужского пола (девушек 4 — 8,5%), жители Москвы и Подмосковья и крупных городов (сельских жителей 9 — 19,1%), доля сирот и подростков, оставшихся без попечения родителей, составила 53,2% (25 человек), среднее количество детей в семье составило 2,7 (максимальное по группам 1—5). Как правило, обследованные подростки являлись средними или младшими детьми в семьях (старшие братья или сестры имелись у всех, младшие у 41 — 87,2%). Налицо был «эффект распадающейся семьи», когда наименее благополучными оказывались именно дети среднего возраста: период рождения и взросления старших детей приходился на социально благополучный этап развития семьи, средние дети рождались и воспитывались на этапе семейного кризиса, когда устои семьи (социальные, моральные, материальные) рушились, а вместе с ними, как правило, распадалась и сама семья; это был самый тяжелый период, отмеченный максимумом внутрисемейного насилия, семейной депривации, употребления алкоголя etc.; младшие дети в раннем возрасте попадали в детские дома и социальные приюты, где воспитывались в рамках социального стандарта. Являясь младшими детьми в семьях, они рождались в тот период, когда их родители окончательно утрачивали связь с социумом, спивались, лишались работы, средств к

существованию, начинали промышлять мелкими кражами, попрошайничеством.

Как следствие подобной негативной обстановки в семье, обнаруживалась низкая эмпатия несовершеннолетних по отношению к членам своей семьи (исключение могли составлять старшие братья и сестры, жившие отдельно, и бабушки с дедушками), а в дальнейшем — к сверстникам и старшим (педагогам, воспитателям). Психологический анализ эмпатийных связей показал, что наиболее эмоционально значимыми для данной категории подростков являлись лица, старшие по возрасту, относившиеся к подростку с доверием, но строго спрашивавшие за результаты его действий. Не случайно подростки с пограничными формами интеллектуальной недостаточности оказывались вовлечены в криминальную деятельность: здесь у них была своя роль, исполняя которую они чувствовали свою востребованность и значимость. За «провал роли» их ждало неотвратимое жестокое наказание. Подобный механизм вовлечения подростков в криминальную деятельность описывает и О. Д. Ситковская (1998) [82].

Отчетливо прослеживается связь между социальным сиротством, низким уровнем хороших внутрисемейных отношений, неграмотностью и уличным попрошайничеством и криминальным поведением: социальное сиротство составило 53,2%, хорошие отношения в семье — 27,7% (13 человек), неграмотность — 23,4% (11 человек), попрошайничество — 87,2%, криминальное поведение (регулярные, повторяющиеся преступления) — 93,6%. Все указанные показатели демонстрируют достоверное различие ( $t \geq 2$ ,  $P \leq 0,05$ ) с контрольной группой и с группами 1, 3, 4.

Особенно четко прослеживалась общая картина социально-го неблагополучия при анализе образовательного уровня. Хотя большинство подростков исследуемой группы (76,6%) умели читать и писать, запас школьных знаний у них в лучшем случае соответствовал начальной школе, в то время как официально они закончили от 2 до 7 классов. Многие подростки сознавались, что не посещали школу, однако из класса в класс их исправно переводили. 10 несовершеннолетних обучались по программе коррекционной школы (из них 6 — в спецшколе по облегченной программе). Их уровень знаний был даже несколько выше, чем у тех, что официально имели 6-7 классов образования. Часто дети не имели представления о частях света, не могли назвать столицу России, не знали, что кошка и крокодил относятся к разным группам живых существ, не могли прочитать наизусть даже четверостишия А.С. Пушкина, не знали, когда приблизительно началась Великая Оте-

чественная война и т.д. Среди здоровых правонарушителей и в контрольной группе таких выраженных случаев не встречалось, но не более половины подростков обнаруживали знания в соответствии со школьной программой. Подростки крайне негативно относились к учебе, не видели в образовании ценности. Главным критерием социального успеха для них являлись деньги, независимо от того, каким образом они были добыты. Данный факт встречается во всех группах подростков, независимо от нозологической принадлежности, отражая, вероятно, общественную мораль нового поколения (Вострокнутов Н.В., Пережогин Л.О., 2003) [13]. Для подростков с интеллектуальными нарушениями труд часто оказывался невозможен, не столько по клиническим, сколько по социальным причинам: они в силу своей «инакости» изгонялись из компании подростков, занятых мытьем автомобилей или продажей газет. Как следствие, они совершали криминальные действия, сначала — мелкие кражи, а затем, уже попав в криминальную среду, под руководством опытных преступников они участвовали в совершении тяжких и особо тяжких преступлений. Как правило, вознаграждение за вскрытую форточку или спровоцированную драку составляло около 300 рублей. Для большинства подростков этого было достаточно, поскольку деньги тратились преимущественно на еду и выпивку.

Отношения в подростковой группе и криминальной группе для подростков со сниженным интеллектом существенно различались; в группе сверстников (например, в классе) они выполняли подчиненную роль, часто их игнорировали, не принимали в коллективные игры и шалости, нередко — били (как правило, без повода), они оставались мишенью для насмешек и издевательств. Учителя и воспитатели часто демонстрировали их в качестве дурного примера, их интеллектуальная недостаточность выставлялась напоказ при каждом удобном случае. В криминальной среде складывалась иная ситуация: здесь подростки со сниженным интеллектом были востребованы, они хоть и не играли первых ролей, но регулярно участвовали в совершении преступлений, о них отзывались как о «подающих надежды» в воровском ремесле, что повышало их самооценку.

При совершении правонарушений преобладали корыстные мотивы (9 из 10), подчиняемость, аффектогенные мотивы. Как следствие, доминировали кражи (у 89%). Большинство правонарушений подростками не планировалось, а совершалось спонтанно, либо по команде старших по группе. Число правонарушений среди подростков с интеллектуальной недостаточностью было самым высо-

ким по группам и в среднем превышало 6 на одного несовершеннолетнего по официальным данным правоохранительных органов, реально являясь еще более значительным ( $t \geq 2$ ,  $P \leq 0,05$ , различия между группами достоверны).

Экспериментально-психологическое исследование с подростками осложнялось рядом факторов. Таковыми являлись: заинтересованность подростков в результатах исследования, желание показать себя с лучшей стороны, продемонстрировать покладистость, дружелюбие, конформизм; стереотипное воспроизведение ряда ассоциаций, ответов с опорой на «внутренние стандарты» подростковых коллективов, следование в работе с методиками инструкциям лидеров коллективов; низким образовательным и культурным уровнем обследуемых. Аналогичные проблемы наблюдаются с подобной нозологической категорией и в судебно-психиатрической клинике (Николаева Т.А., 2002) [56] и даже у здоровых детей (Рихартц М., Бауэр М., 1999) [72].

Интересную зависимость продемонстрировало сравнение показателей IQ и криминальной активности: в диапазоне IQ от 55 до 60 преобладали преступления против жизни и здоровья, разбои, в диапазоне от 61 до 65 — хулиганство, вандализм, грабежи, от 66 до 70 — кражи, встречались случаи мошенничества. По мере снижения показателей интеллекта преступления становились все более тяжкими и приобретали отчетливую агрессивно-брутальную направленность. По мере роста показателей интеллекта преступления начинали укладываться в рамки корыстного мотива и совершались против собственности; доминировали кражи.

Главной клинической особенностью исследуемой группы является постепенная социализация, утрата основного компонента — собственно интеллектуальной недостаточности, ретушируемого в зрелом возрасте приобретенными социальными навыками.

## **Органическое поражение головного мозга**

Органическое поражение головного мозга встречалось практически у каждого третьего несовершеннолетнего правонарушителя. Из 97 несовершеннолетних, составивших исследуемую группу, 13 человек являлись воспитанниками спецшколы, 25 — ЦВИН-Па, 34 — принимали участие в программе пробации, 25 обследованы в рамках акции «Педагог на допросе». Выраженность органической патологии колебалась от минимальных резидуальных органических нарушений до выраженного психоорганического синдрома.

Во многих случаях развитие органической патологии имело сложную этиологию. На раннем этапе развития преобладали родовые травмы, внутриутробная интоксикация (в том числе — в результате злоупотребления алкоголем матерями), патология в родах (гипоксические состояния, асфиксия в родах), ранние травмы, алиментарный фактор. В дошкольном и младшем школьном возрасте дополнительным патогенным фактором являлись черепно-мозговые травмы. В школьном возрасте ведущими факторами, приводившими к быстрому прогрессированию цереброорганической симптоматики, являлись прием токсических веществ (клей, бензин, органические растворители), употребление алкоголя и его суррогатов, травмы.

В.В. Ковалев (1995) [39] предложил разделить все органические расстройства у детей и подростков на три группы: в первую он включил дизонтогенетические формы (задержки речевого развития, нарушения моторики, нарушение «школьных навыков», первичный энурез, психический и психофизический инфантилизм, органический аутизм и др.), во вторую — энцефалопатические формы (церебростенические расстройства, неврозоподобные состояния, психопатоподобные синдромы, эпилептиформные состояния и др.), в третью — смешанные формы энцефалопатического и дизонтогенетического происхождения. Наш опыт показывает, что в младшем возрасте (до 12 лет) в клинике органических поражений головного мозга у подростков-правонарушителей преобладают состояния первой группы, в более старшем возрасте — второй.

В рамках церебростенических состояний наблюдалось классическое сочетание астении с утомляемостью, истощаемостью, головными болями, головокружениями, укачиванием в транспорте и аффективной лабильности со смещением к агрессии, разрушительным действиям. Достаточно часто встречались дистимические состояния — на фоне нагрузок (прежде всего — интеллектуальных, например, в школе) нарастали плаксивость, злоба, сменявшиеся тоскливо-злым аффектом со склонностью к эксплозивным вспышкам с гетеро- и аутоагрессией. У подростков, перенесших черепно-мозговые травмы, наблюдались своеобразные «кризы», возникавшие в ответ на повышенную физическую и интеллектуальную нагрузку, связанные с погодой (метеопатического характера), проявлявшиеся во внезапном изменении настроения, поведения. Многие исследователи (см. Бэрн Р., Ричардсон Д., 1997) [11] связывают эти состояния со свойственным подросткам типом реагирования, мы же склонны согласиться с В.В. Кова-

левым (1995) [39], указывавшим на связь эксплозивных кризовых вспышек с гидроцефалическими гипертензионными декомпенсациями. Клинический анализ подростков с органическим поражением головного мозга позволил выделить несколько вариантов динамики наблюдаемых расстройств. При регрессиентной динамике (характерной прежде всего для ранней и травматической патологии) к подростковому возрасту актуальными оказываются именно астенические расстройства. В ряде случаев мы наблюдали их трансформацию (на фоне токсикоманий) в апатические состояния либо в гипердинамические формы реагирования, которые, как правило, наблюдаются в клинике органического поражения головного мозга у детей дошкольного и младшего школьного возраста. Вместе с нарастанием органической симптоматики наблюдался и личностный регресс. При прогрессиентной динамике формировались прежде всего психопатоподобные варианты.

В данном случае речь идет о нескольких типах расстройств. В ряде случаев мы наблюдали сочетание аффективных колебаний с гедонистически ориентированным поведением, включая тягу к алкоголю, токсическим веществам, бродяжничеству, при сохраненных внушаемости, личностной дезориентированностью, несформированностью социальных стандартов. Периодически у данной категории подростков отмечались аффективные вспышки с агрессивным, порой крайне жестоким поведением. Иногда приходилось наблюдать стойкие аффективные сдвиги по дистимическому типу, когда дисфорические состояния выступали в качестве «разрядки» через примерно равные отрезки времени. Принципиальным отличием этих состояний от формирующихся расстройств личности является прежде всего выраженная органическая почва.

Существенным моментом в диагностике является дифференцирование аффективных вспышек и «дистимических кризов» с некоторыми видами эпилептических (эпилептиформных) пароксизмов. О природе многих подобных состояний споры не утихают уже много лет (Морозов В.И., Полянский Ю.П., 1988), и решить диагностические вопросы вне клиники не представляется возможным.

В случае прогрессиентной динамики этих состояний органическая патология достигает степени выраженности психоорганического синдрома. У таких подростков наблюдаются компоненты триады Вальтер-Бюеля (снижение памяти, ослабление интеллектуальных, когнитивных способностей, аффективное недержание). В наших наблюдениях преобладали эксплозивные формы психоорганического синдрома, у ряда подростков наблюдались припадки.

В заключение главы в качестве типичного примера приведем клиническое наблюдение.

Ф., 1987 года рождения, осмотрен в ЦВИНП ГУВД г. Москвы в 2001, 2003 гг. Со слов несовершеннолетнего, по данным представленной документации, родился в социально благополучной семье. Проживает с родителями в райцентре Владимирской области. Отец работает установщиком вентиляционного оборудования, алкоголем не злоупотребляет, по отношению к детям добр, отзывчив, приобщает их к труду. Мать работает продавцом, добрая, уделяет воспитанию детей должное внимание. В семье двое детей. Отношения между братьями (со слов) хорошие.

Сведений о раннем периоде развития нет. Со слов несовершеннолетнего и из телефонного разговора с матерью (согласующихся с данными осмотра) перенес в детском возрасте операцию на головном мозге в связи с опухолевым ростом. Неоднократно госпитализировался в неврологические клиники, находится на диспансерном учете у невропатолога. После хирургического вмешательства признавался инвалидом детства, к настоящему моменту инвалидность якобы снята.

В школе начал обучаться своевременно, успевал средне. Некоторое время (в том числе — последний год) находился на домашнем обучении. С 9-10 лет начал курить, эпизодически употреблял алкоголь (со слов, толерантность — 300 мл водки). Со слов, хотелось «приподнять настроение, взбодриться». Несмотря на медицинские противопоказания и запрет родителей пошел заниматься в секцию бокса, получил несколько нокаутов. Начал конфликтовать со сверстниками, ссорился с родителями, дважды совершал попытки убежать из дома, однако вскоре возвращался. В один из побегов в поисках места для ночлега познакомился с группой асоциальных подростков, которые привлекли его к совершению кражи. За 2001 год Ф. совершил несколько краж, задерживался милицией, уголовные дела против него были прекращены в связи с возрастом (не достиг возраста уголовной ответственности). Состоит на учете в КДН. С ним неоднократно проводились разъяснительные беседы, выносились предупреждения, однако эффект их оказывался нестойким. В ЦВИНП был помещен в связи с решением суда о направлении в специализированную школу закрытого типа сроком на три года после совершения очередного правонарушения. Ожидает путевки в школу закрытого типа.

**Соматическое состояние:** состояние удовлетворительное. Нормостенического телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, нормальной окраски. На волосистой части головы — послеоперационный шрам, многочисленные шрамы со следами хирургических швов (по видимому, последствия травм головы) в лобных отделах головы. Со стороны опорно-двигательного аппарата без патологии, мышечная система развита относительно хорошо, со стороны органов и систем без выраженной патологии. Данных за хронические соматические расстройства нет. При направленном антропометрическом исследовании получены данные, свидетельствующие об отставании в соматическом развитии, что может свидетельствовать о задержанном пубертате.



Неврологическое состояние: жалобы на головные боли, эпизоды головокружения. Со слов, укачивает в транспорте, отмечается страх высоты, испытывает головокружение при наблюдении за движущимися предметами. Отмечаются: патологические рефлексы (Якобсона-Ласке, Россолимо), асимметрично лицо, выраженный нистагм при крайних отведениях глазных яблок, ослаблена конвергенция, разновеликие (П<Л) глазные щели, тремор при выполнении пальце-носовой пробы, дрожание кончика языка. Сухожильные рефлексы оживлены, с некоторым расширением рефлексогенных зон, равномерны. В позе Ромберга пошатывается. Совокупность указанных изменений можно расценить как резидуальные (остаточные) явления перенесенной операции на головном мозге и черепно-мозговых травм (?). Были рекомендованы: рентгенограмма черепа, ЭЭГ с использованием данных спектрального анализа, картирования, ЭХО-ЭГ, наблюдение невропатологом по месту жительства. Высказано предположение, что в условиях режимного учреждения следует ожидать ухудшения состояния здоровья несовершеннолетнего, прогрессирования органической патологии, формирования устойчивых форм противоправного поведения; рекомендовалось пересмотреть решение о направлении в специализированную школу.

Психологическое состояние: при осмотре отмечались пониженный фон настроения, некоторая эмоциональная лабильность. В первое время держится несколько отчужденно, затем становится более контактным. Инструкции усваивает и удерживает, требуется некоторая корректировка по ходу выполнения заданий, поддается коррекции, в целом выполняет задания в среднем темпе, справляется с заданиями соответствующей по возрасту сложности. Мнестические процессы сохранены, память соответствует нижней границе нормы. Интеллект сохранен, однако запас школьных знаний снижен. Круг интересов сужен, обеднен. Мышление конкретное, уровень обобщения невысок, отвлеченными понятиями оперирует с трудом. Имеется дефицит внимания, быстрая истощаемость. Личностные особенности — личность характеризуется совокупностью эксплозивных и эпилептоидных черт, вспыльчив, агрессивен, стремится к доминированию, требует к себе повышенного внимания, специфического отношения. Выражена негативная установка по отношению к социальным нормам, возможно ситуативно, отмечаются протестные реакции. Указанная совокупность индивидуальных особенностей находится в прямой связи с ведущим психическим расстройством. Коррекция возможна параллельно с лечением основного заболевания. Рекомендовано: психологическая реабилитационная работа по месту жительства, активное привлечение несовершеннолетнего к творчеству, использование положительного ресурса семьи. По шкале агрессии Басса-Дарки обнаружился высокий уровень агрессивности в целом, в частности — высокие показатели физической и вербальной агрессии, высокий уровень подозрительности, чувство вины. Подобный профиль шкал, как правило, свидетельствует об острой реакции, в том числе — защитного плана, на совокупность внешних субъективно тяжело переносимых обстоятельств у личности, склонной к импульсивным, брутальным действиям. По шкале волевых расстройств: обнаружались пренебрежение социальными правилами и нормами (возможно,

как следствие протестных реакций), трудности в преодолении социально заданных препятствий (в частности, формального характера), трудности сознательного выбора при легком выборе эмоционального характера. Прогностические функции были сохранены.

Психический статус: в первое время держится настороженно, боязливо. С подозрением наблюдает за подготовкой к работе персонального компьютера. Движения медлительные, заторможен. Отвечает на вопросы односложно, тихим голосом, после пауз. Спустя некоторое время становится более доступным. Вежлив, одет небрежно, поначалу несколько застенчив, но постепенно адаптируется в процессе беседы. Сведения о себе сообщает кратко, скупое, но последовательно и достаточно откровенно. Речь правильная, обнаруживает достаточный словарный запас, оперирует преимущественно конкретными понятиями. Запас школьных знаний мал. Поясняет, что последний год почти не учился и «все забыл». Мышление последовательное, порой обнаруживает склонность к обстоятельности, грубых нарушений мышления не выявляется. С трудом передает содержание переносного смысла пословиц. В процессе работы по психологическим методикам приходится давать дополнительные разъяснения. Интеллект сохранен, круг интересов сужен, не имеет постоянных увлечений, не интересуется чтением, учебой. Память сохранена, однако субъективно отмечает ее некоторое снижение. Настроение снижено. Сообщает, что большую часть времени проводит праздно, лежа в постели. Случаются эпизоды полного равнодушия ко всему происходящему вокруг. Неотступно преследует мысль, что неизвестно, когда попадет домой, снятся тревожные сны. Иногда по ночам плачет. Испытывает тоску по дому, стыд перед родителями и угрызания совести. Признается, что больше всего желает вернуться домой, обещает «исправиться». Складывается впечатление, что несколько преувеличивает имеющиеся у него патологические проявления соматического характера и «подыгрывает» в ходе беседы, желая выглядеть с более выгодной стороны. Часто подчеркивает, что врачи не рекомендовали ему заниматься боксом, но он все равно записался в секцию, ему нельзя курить, но он все равно курит. Жалуется на головные боли, головокружения, тошноту по утрам, жалобы носят несколько демонстративный характер. Сообщает о перепадах настроения, отмечающихся у него, со слов, с детского возраста. Описывает дисфорические состояния, не скрывает, что в такие периоды ведет себя агрессивно, дерется со сверстниками, обижает младшего брата, грубит старшим. Объясняет подобными состояниями свои побеги из дома. Отмечает у себя также страх высоты. О родителях отзывается с любовью, с горечью рассказывает, как разгневался на него отец, когда узнал о его воровстве, не склонен бравировать правонарушениями, рассказывает о них неохотно, отводит себе в правонарушениях незначительную роль, поясняет, что «помог донести вещи, не знал, что они краденые», перекладывает вину на поделщиков, уверяет, что они оговорили его. Планов на будущее не строит. О будущей профессии никогда не задумывался. Поясняет, что отец брал его на стройку в качестве помощника, помогать отцу первое время нравилось, но очень сильно уставал, чувствовал себя разбитым, от физических нагрузок боела голова. Надеется, что все-таки вернется домой. Высказывает реше-

тельное несогласие с решением направить его в спецшколу, уверяет, что с ним поступили несправедливо. Сообщает, что в ЦВИНПе ему неплохо, здесь его не обижают, но хотелось бы поскорее уехать домой. Поясняет, что ему нелегко находить контакт со сверстниками, его часто дразнят из-за фамилии, он с трудом может постоять за себя, да и не любит драться. В сердцах топает ногой, показывая, как расправился бы со своими обидчиками. В ходе беседы заметно истощается, выглядит уставшим.

Был установлен диагноз органического поражения головного мозга сложного генеза (преимущественно — травматического характера) с преобладанием эмоционально-волевых нарушений, аффективных расстройств (не исключено — ситуативного характера), высказывались опасения о неблагоприятном прогнозе в условиях спецшколы закрытого типа, рекомендовалось медикаментозное лечение и психотерапевтические и коррекционные мероприятия в условиях санатория, школы для детей с неврологической патологией. Подчеркивались значительные адаптационные ресурсы семьи несовершеннолетнего.

Несмотря на рекомендации, несовершеннолетний был направлен в спецшколу закрытого типа, откуда в 2003 г. совершил побег. Снова был доставлен в ЦВИНП ГУВД г. Москвы, где осмотрен повторно. При повторном осмотре психическое состояние было следующим: в контакт вступал неохотно, на вопросы отвечал грубо, допускал в речи нецензурную брань, речь носила односложный характер. Эмоциональный фон был неустойчив, настроение в процессе беседы менялось от гипоманиакального до дисфорического полюсов, внезапно вскакивал, начинал кричать, ударил кулаком о стену, сломал карандаши, данные ему для выполнения заданий психолога. Затем настроение сменилось равнодушием, на вопросы отвечал обстоятельно, часто повторялся, застревал на малозначительных деталях. Уровень школьных знаний по сравнению с предыдущим осмотром снизился. Снизилась память, успевал в спецшколе по всем предметам плохо. За время нахождения в спецшколе неоднократно нюхал клей, получил еще две черепно-мозговые травмы. Безразлично высказывался о своем будущем, не обнаруживал никаких интересов. После запроса в спецшколу выяснилось, что Ф. совершил побег в связи с преступлением (нанес тяжкие телесные повреждения однокласснику), против него возбуждено уголовное дело.

В качестве промежуточных выводов в заключение главы можно отметить следующее:

1) среди несовершеннолетних правонарушителей высок уровень психических расстройств; лидирующими по частоте являются цереброорганические расстройства, на втором месте — формирующиеся расстройства личности и расстройства поведения, на третьем — задержки развития и пограничная интеллектуальная недостаточность;

2) подростки с формирующимися расстройствами личности и поведения проходили три этапа становления криминальной активности: внутрисемейный, где ведущим оказывался фактор се-

мейной депривации, микросоциальный, в котором определяющую роль играло негативное воздействие асоциального окружения, психопатологический, в котором наблюдались личностная деформация и стойкое криминальное поведение как часть клинической картины, симптом психического расстройства, типичная форма личностного реагирования;

3) подростки с пограничными формами умственной отсталости оказывались вовлеченными в групповую противоправную деятельность, их прельщала прежде всего собственная роль в группе, в криминальных группировках они ощущали себя более защищенными, востребованными, полноценными;

4) подростки с органической патологией обнаруживали высокую долю криминального поведения вследствие аффективных расстройств, благодаря снижению прогностического порога, доминирующих гедонистических установок; в плане психофармакологического лечения эта группа наиболее перспективна с точки зрения возможного достижения компенсации; с другой стороны, прогрессирование органических расстройств ведет к утяжелению криминальной активности, совершению тяжких преступлений.

## Глава 3

### Возрастная характеристика несовершеннолетних правонарушителей

Для социальной психиатрии детей и подростков существенным вопросом является связь асоциального поведения несовершеннолетних с нарушениями развития (психическим дизонтогенезом). Концепция дизонтогенеза и асинхроний развития ознаменовала становление в детско-подростковой психиатрии одного из продуктивных направлений — эволюционно-онтогенетического. Понятие психического дизонтогенеза выделено В.В. Ковалевым в 1969 году и разрабатывается до настоящего времени многими исследователями. Причинами психического дизонтогенеза считаются патогенные факторы экзо- и эндогенно-биологического и социально-психологического происхождения. Содержание дизонтогенеза еще окончательно не раскрыто, так как не исследованы механизмы влияния биологических составляющих через «природно-психические механизмы» на возникновение возрастной симптоматики и переход социально-средовых составляющих через социально-психологические личностные образования в биологические свойства. Выделение типов нарушенного психического развития шло от концепции поврежденного и искаженного развития в условиях «дефекта» (Сухарева Г.Е., 1959) [86] к пониманию асинхроний развития (Кречмер Е., 1927) [43] и «дисфункций созревания» (Долецкий С.Я., 1976) как различных форм психического дизонтогенеза в широком смысле этого понятия.

Основные систематики дизонтогенеза основаны на принципе качества нарушенного развития и включают следующие варианты по различным классификациям:

- 1) недоразвитие (олигофрения),
- 2) поврежденное развитие (т.н. «органический психосиндром», Сухарева Г.Е., 1959, Ковалев В.В., 1995) [86, 39],

3) искаженное развитие вследствие процессуальных заболеваний,

4) расстройства психического созревания в виде задержанного (ретардация), ускоренного (акселерация) развития, асинхроний созревания,

5) дисгармоническое (диспропорциональное) развитие — аномальные варианты личности, формирующиеся психопатии (Гурьева В.А.),

6) временный сдвиг на более ранние, незрелые формы нервно-психического реагирования (временная психическая регрессия, дисфункция созревания) (Ковалев В. В.).

Сравнительный анализ различных систематик показывает, что понятие дизонтогенеза является более широким, чем понятие асинхроний развития. Асинхронии развития аргументированно отдельными исследователями рассматриваются как один из типов дизонтогенеза (Гурьева В.А., Семке В.Я., Гиндикин В.Я., 1994) [26]. При отношении различных форм дизонтогенеза к поведенческим расстройствам, включая противоправное поведение, следует указать, что особую актуальность эта проблема имеет для «задержанного», «дисгармонического» (личностные аномалии) вариантов, а также форм, связанных с асинхронией развития и дисфункцией созревания. При патологических состояниях со смешанным патогенезом (преимущественно энцефалопатические явления повреждения), так же как при «искаженном», «дефицитарном» развитии, степень тяжести психического дефекта существенно ограничивает патогенное влияние социально-психологических факторов и риск формирования делинквентного, криминального поведения. В связи с качественными особенностями и тотальностью дефекта, ограниченностью диапазона дизонтогенетического психического развития при глубоких формах недоразвития (олигофрении); искаженном развитии (процессуальные, наследственные заболевания); регрессирующем развитии (текущие органические заболевания) данные варианты психического дизонтогенеза целесообразно исключить из анализа их влияния на динамику возрастной симптоматики, формирование личности и нарушений поведения (Вострокнутов Н.В. с соавт., 2002, 2004) [12, 14].

Варианты дизонтогенеза с ретардацией в силу сложных, динамических взаимоотношений между явлениями «повреждения» и «задержанного» развития предрасполагают к возникновению широкого спектра нервно-психических расстройств (церебральных, конституциональных, психогенных) и аномально-личностных

свойств. Показано, что выраженность нарушений поведения не имеет прямой коррелятивной связи с тяжестью психической патологии. При психоорганической симптоматике поведенческие нарушения чаще представлены гиперкинетическими расстройствами, постоянно сочетаются с импульсивным нарушением регламентированных правил. Более постоянный и полиморфный характер поведенческие нарушения, включая повторяющиеся асоциальные действия, имеют в случаях преобладания в структуре психоорганических расстройств явлений органического инфантилизма и патохарактерологических радикалов (психопатоподобных) синдромов.

После появления работ J. Bowlby (1979) в формировании задержанного психического развития большое значение стали придавать нарушениям социализации ребенка, связанным с депривационными влияниями, а также с явлениями социальной изоляции при интернатном содержании в раннем детском периоде. При депривационном типе социогенного дизонтогенеза возникают своеобразные явления парциальных «выпадений» психического развития с отсутствием социально-психологических условий для последующего формирования личностной активности. При этом варианте парциальной ретардации может отмечаться психическая незрелость, сочетающаяся с задержкой созревания эмоциональных, речевых, интеллектуальных процессов. Это сопровождается специфическими нарушениями поведения конформно-зависимого типа, отклонениями поведения, обусловленными «социальной инфантилизацией», а также расстройствами поведения, связанными с психической регрессией. Например, в подростковом возрасте описаны характерные для детского периода реакции отказа, пассивного протеста с «аддиктивным» поведением (токсикоманические эпизоды, аутоагрессия, устойчивые патологические привычки).

Достаточно большое значение уделялось анализу поведенческих расстройств при различных этиопатогенетических и синдромальных вариантах инфантилизма (конституциональном, органическом, социо-культуральном, соматогенном). Стереотип поведения, как правило, отражает выраженный эгоцентризм, малую мотивированность поступков, быструю смену настроения, ведущий мотив удовольствия, неспособность сдерживать намерения. Отмечено различие поведенческих реакций и уровня социальной дезадаптации в зависимости от того, входят ли явления инфантилизма в структуру психоорганического, психоэндокринного синдрома или сочетаются с клиническими вариантами формирующихся

ся психопатий, или выступают как кризовый тип пубертата (Семке В.Я., 1988, Гурьева В.А., Гиндикин В.Я., 1968, 1999) [22, 19]. Выраженные полиморфные поведенческие расстройства наблюдаются при диспропорциональном, дисгармоничном варианте дизонтогенетического развития. Особенно высокий риск поведенческих нарушений отмечен при преждевременном половом созревании в сочетании с психической парциальной ретардацией. Наиболее динамичными и функциональными вариантами асинхроний развития, устойчиво связанными с поведенческими расстройствами, большинство исследователей считает психогенно обусловленные нарушения — патохарактерологические реакции, психогенные развития личности, патохарактерологические формирования личности, а также пограничные непатологические варианты дисгармонии личности, так называемые акцентуации характера (Leonhard K., 1981) [48]. С этой группой психических расстройств и патологических нарушений поведения наиболее тесно связаны различные формы психогенной травматизации.

Гетерохронность основных составляющих возрастного развития — соматофизического, психосексуального и психосоциального — может протекать поступательно или скачкообразно, с резко выраженной дисгармоничностью и диссоциированностью (Kretschmer E., 1927) [43]. Определенную роль в оформлении внешней картины этого процесса играют нарушения соматофизического созревания, обусловленные минимальными последствиями перенесенных вредностей перинатального и раннего постнатального периодов (ранняя резидуально-органическая церебральная недостаточность). В результате потенцирующего влияния биологических предпосылок в пубертатном периоде нарастает высокий риск склонности к психическим расстройствам, различным формам личностной аномальности с социальной дезадаптированностью.

Пубертатный период большинство исследователей рассматривает как кризовое состояние в связи с резким усилением гетерохронности общего созревания, полового метаморфоза и психосоциального личностного развития. Его клинически выраженные варианты несомненно указывают на дисгармоничное или асинхронное развитие. По Л.С. Выготскому (1930) [17], становление человека как индивида и личности предполагает взаимодействие двух относительно автономных, но неразрывно связанных рядов развития — натурального и социального. К началу пубертатного кризового периода складывается своеобразная социальная ситуация развития. Ее ведущим психологическим содержанием явля-



ется в препубертате преодоление зависимости от семьи, а ведущим психологическим новообразованием выступает личностное самоопределение подростка.

Психологическое содержание пубертатного криза составляет:

- 1) ослабление эмоциональных связей и зависимости от родителей и семьи;
- 2) формирование собственной идентичности, личного, инициативного «Я»;
- 3) обретение автономности со способностью предвидеть последствия своих действий и принимать ответственность за свои поступки.

Процесс этот происходит неравномерно, и наиболее удачной периодизацией до настоящего времени остается выделение периода психической нестабильности (негативная фаза 11—14 лет) и периода стабилизации (позитивная фаза 15—17 лет).

Внешним проявлением, способом реализации психологической перестройки отношений и иерархии ценностей в пубертате являются достаточно полно описанные поведенческие реакции подросткового периода. Это реакция эмансипации (сепарации); реакции группирования, преимущественно связанные с первой «негативной» фазой, выражающие рост эмоциональной независимости от родителей и семьи с доминированием значимости групповых правил и ценностей; реакции «хобби» — увлечения; реакции, обусловленные психосексуальной ориентацией, преимущественно выявляющиеся в «позитивной» фазе пубертата и отражающие становление индивидуального и автономного личного «Я» подростка (Э. Эриксон) [94].

Забвение прежних интересов, эмоциональный и поведенческий негативизм, оппозиционность и отрицание ценностей родителей лишь условно называются «негативной фазой», поскольку без эмоционально-личностного и поведенческого противопоставления в этой фазе невозможно последующее личностное самоопределение. Социально-этнографические, транскультуральные исследования показывают, что в выраженности поведенческих, негативистических проявлений первой фазы часто решающее значение имеют не биологические предпосылки, а социально-психологические факторы, например, семейные установки, особенности социального отношения к подростку. Это следует иметь в виду при оценке данных о высокой частоте девиантного и делинквентного поведения в пубертате, особенно в негативной фазе, которая иногда рассценивается как «антиобщественная фаза развития».

В большинстве исследований поведенческие расстройства в пубертате связывались прежде всего с особенностями эмоционально-волевой сферы: эмоциональная неустойчивость, повышенная возбудимость, противоречивость чувств и отношений, импульсивность и личностная незрелость с ситуативным характером мотивации, недостаточной критичностью. Наиболее выраженные, утрированные реакции эмансипации описаны, когда строго регламентированный распорядок жизни сменяется отсутствием контроля, например, при выпуске из учебного заведения, побеге из интерната, изменении состава семьи, а также при сохранении подавляющей семейной опеки в подростковом возрасте. Реакции эмансипации постоянно консолидируются с реакциями отрицательного группирования, и это рассматривается как один из мощных социально-психологических каналов, которые переводят девиантное поведение в противоправное. Это связывается с тем, что именно с отрицательным лидером, групповыми нормами часто задается «групповой стиль делинквентного поведения, алкоголизации и наркотизации» (Личко А.Е.) [49]. Особенности агрессивно-насильственного отношения к подросткам из других групп и территорий провоцируют групповые формы насилия с выраженной жестокостью. Реакции увлечения, как правило, являются фактором, противодействующим генерализации девиаций поведения. Из различных форм отклоняющегося поведения с «подростковым психологическим комплексом» связывались побеги из дома, бродяжничество, агрессивно-насильственное и сексуально-девиантное поведение, ранняя алкоголизация и употребление наркотиков (Гульдман В.В., 1983, 1986) [20, 21].

В связи с тем, что важнейшим психологическим образованием в подростковом периоде является формирование личностных структур, отдельные формы асоциального поведения могут быть обусловлены выявлением в пубертатном периоде акцентуаций характера. Девиантное и делинквентное поведение, связанное с «психологическим подростковым комплексом» и акцентуациями характера, выявляемыми в пубертатном периоде, в большинстве случаев относится к непатологическим девиациям поведения. Заострившиеся особенности характера в пубертате при воздействии средовых, психогенных факторов часто формируют транзиторные отклонения в поведении и нарушения адаптированности. При этом акцентуированные личностно-характерологические особенности могут определять мотивацию и направленность делинквентных проступков. На данном основании выделялся конформно-неустойчивый тип делинквентности (неустойчивый, кон-

формный тип акцентуации); агрессивно-защитный тип делинквентности (эпилептоидная акцентуация); оппозиционный тип (истероидная акцентуация).

Важнейшим признаком патологического девиантного и делинквентного поведения в подростковом возрасте считается выявление в пубертате мозаичных, аномальных черт темперамента, нарушений аффективности и влечений, составляющих основу определенных патохарактерологических симптомокомплексов. В связи с этим роль дисгармонического пубертатного криза в провоцировании делинквентного поведения оценивалась преимущественно при значительной выраженности оппозиционно-вызывающего поведения в сочетании с радикалами повышенной аффективной возбудимости, эмоционально-волевой неустойчивости, истероидности.

В судебно-психиатрической практике проводился анализ связи между дисгармоническим пубертатным кризом и криминальным поведением. Показано, например, что к клиническим критериям тяжести дисгармонического пубертатного криза, определяющим невменяемость при совершении общественно опасных действий, следует относить:

- 1) частые и неадекватные возрастные реакции протеста, носящие патологический характер;
- 2) растянutosть «негативной» фазы с признаками утрированного «психологического криза созревания», появлением черт гебоидности в поведении;
- 3) незавершенность процессов созревания в периоде «позитивной» фазы;
- 4) брутальность и некоррегируемость аффектов с чертами жестокости в реагировании при реализации мстительных действий;
- 5) признаки декомпенсации («психопатический криз») в пубертате с выраженной дезадаптацией и некоррегируемостью поведения (Гурьева В.А., с соавт., 1996, 1998) [61, 62].

Ряд исследователей выделяет «патологический пубертатный криз» как патологическое состояние, манифестирующее в подростковом возрасте при некоторых аномальных процессах и состояниях. Особое место в этой группе занимают синдромы, психопатологическая структура которых представляет болезненно искаженные особенности пубертатного психологического комплекса (гебоидные расстройства). Некоторые авторы считают, что гебоидные симптомокомплексы, несмотря на то что являются личностными (психопатоподобными), по существу определяются такими облигатными психопатологическими нарушениями, как выражен-

ные расстройства аффективности, нарушения в сфере влечений, гротескно утрированные проявления пубертатного криза (Личко А.Е., 1983) [49].

Поведенческие расстройства являются облигатным признаком пубертатного периода. Косвенно они свидетельствуют о кризовом варианте течения. При их характеристике крайне важна социально-психологическая оценка динамики микросоциальных, семейных отношений. Наиболее значимыми являются вариант пубертатного криза, который протекает с «психологическим подростковым комплексом» и дисгармонический вариант с аномально-личностными формами реагирования. Из форм гебоидного синдрома ведущее значение имеет вариант, развивающийся на «патологической почве» с утрированно усиленными признаками «подросткового психологического комплекса» при отсутствии постоянных нарушений психотического уровня. Важными являются также указания на то, что гебоидные расстройства на первом этапе подросткового периода могут быть нозологически малоспецифичными, что требует разработки критериев многомерной оценки патологии поведения при этих симптомокомплексах, формирующихся, в частности, при ранних органических поражениях головного мозга и органических психопатиях (расстройствах личности).

В связи с изложенным можно сказать, что чем младше исследуемый пациент с нарушениями поведения, тем более тщательной и углубленной должна быть его характеристика по оси дизонтогенетического аспекта нарушений. Дизонтогенетический уровень анализа должен быть представлен в многомерной оценке и в систематике патологических форм делинквентного поведения детей и подростков. В связи с этим анализ возрастного фактора в формировании противоправного поведения приобретает исключительно важное значение.

\* \* \*

Статистический и криминологический анализ преступности за 2000—2003 гг., проведенный в МВД РФ, убедительно продемонстрировал, что в то время, как общие показатели криминальной активности в России имеют устойчивую тенденцию к снижению, число правонарушений, совершенных несовершеннолетними, растет в среднем на 15% ежегодно. Сегодня каждое десятое преступление в России совершается несовершеннолетними либо с участием несовершеннолетних (Долгова А.И., 2003) [44].

Целью данной части нашего исследования явился анализ социальных факторов, приводящих к росту числа преступлений в подростковой и молодежной среде, выявление социальных зако-

номерностей и внутренних связей, обеспечивающих рост числа правонарушений, совершенных лицами, не достигшими 18 лет. В настоящем исследовании при статистическом анализе ведущим показателем был выбран возрастной параметр для оценки динамики становления факторов, провоцирующих криминальное поведение. С учетом возраста несовершеннолетние правонарушители были разделены на три группы: группа 1 — несовершеннолетние в возрасте от 10 до 12 лет (40 человек), группа 2 — от 13 до 14 лет (108 человек), группа 3 — старше 14 лет (50 человек) (часть несовершеннолетних не включались в исследование в связи с неопределенным социальным статусом). Группы сравнения, сформированные по тому же принципу, составили 47, 43 и 26 подростков соответственно.

Средний возраст по группам составил 11,6; 13,5 и 15,5 года (в группах сравнения — 11,6; 13,5; 15,4 года соответственно). Преобладали мальчики (100; 96,3; 83,3% по группам соответственно, в группах сравнения — 89,4; 90,7; 96,2%, различия не достоверны). Большинство подростков проживали в городах (доля сельских жителей составила по группам 12,5; 15,7; 16,7%). Среди подростков-правонарушителей высоким был показатель сиротства (9,4; 21,3; 16,7%). Состав семей несовершеннолетних по группам отражен в табл. 3.1.

Таблица 3.1

### Состав семей несовершеннолетних правонарушителей

Показатели семьи	Подростки-правонарушители			Контрольная группа		
	группа 1	группа 2	группа 3	группа 1К	группа 2К	группа 3К
Число детей	2,0*	2,17*	1,53	1,1	1,2	1,23
Старшие братья	34,4%*	49,1%*	11,1%	нет	7,0%	11,5%
Старшие сестры	40,6%*	32,4%*	11,1%	6,4%	4,7%	7,7%
Младшие братья	9,4%	18,5%	13,9%	4,3%	4,7%	7,7%
Младшие сестры	12,5%	20,4%	19,4%	нет	4,7%	нет
Полная семья	34,4%*	36,1%*	47,2%	78,7%	67,4%	76,9%
Нет отца	56,3%*	60,2%*	50,1%*	19,1%	32,6%	23,1%
Нет матери	9,4%*	22,2%*	27,8%*	нет	нет	3,8%
Сироты	9,4%*	21,3%*	16,7%*	нет	нет	нет
Детдомовцы	6,3%*	12,0%*	11,1%*	нет	нет	нет
Беспризорные	3,1%	9,3%*	5,6%	нет	нет	нет

\* — достоверное отличие от группы сравнения ( $t \geq 2$ ,  $p \leq 0,05$ )

Наибольшее социальное неблагополучие установлено в семьях несовершеннолетних правонарушителей в возрастных группах 10—12 и 13—14 лет. В основном это подростки из многодетных семей, как правило средние и младшие дети. Очевидно, что в данном случае мы имеем дело с деградацией семьи как таковой, когда изначально социально адаптированная семья разрушается, что сказывается прежде всего — на средних и в меньшей степени — на младших детях. В подобных семьях старшие дети успевают вырасти в условиях относительного благополучия, средние рождаются и воспитываются в период семейного кризиса, младшие рождаются непосредственно перед распадом семьи как социальной структуры, часто заботу об их воспитании берет на себя государство. Подобная динамика отчетливо прослеживалась во всех нозологических группах несовершеннолетних, особенно ярко проявляясь среди подростков с умственной отсталостью. Судя по тому, что эта особенность проявилась при возрастном анализе, проблема носит общий для всех неблагополучных семей социальный характер.

Отношения с членами семей у подростков, проживающих в семьях, носили, как правило, негативный характер. Хорошие отношения с отцом имели 25,0; 30,5; 36,1% несовершеннолетних правонарушителей в группах 1—3 соответственно, в то время как в группах сравнения этот показатель составил около 50%. На хорошие отношения с матерью указывали 50,1; 40,7; 58,3% подростков в группах 1—3, в контрольной группе этот показатель составил 76,6; 90,7; 80,8% (различия статистически достоверны,  $t \geq 2$ ,  $p \leq 0,05$ ). Плохие, нетерпимые отношения со всеми без исключе-

Таблица 3.2

**Характер воспитания в семьях несовершеннолетних (в %)**

	Формы воспитания в семье				
	обычное	гипоопека	гиперопека	отвержение	очень строгое
Группа 1	25	56,3*	3,1	6,3*	9,4
Группа 2	33,3	51,9*	2,8	13,0*	2,8
Группа 3	47,2	30,6*	13,9	2,8	2,8
Группа 1К	78,7*	2,1	10,6	нет	6,4
Группа 2К	81,4*	4,7	9,3*	нет	4,7
Группа 3К	80,8*	нет	7,7	нет	11,5*

\* — достоверное отличие от группы сравнения ( $t \geq 2$ ,  $p \leq 0,05$ )

ния членами семьи установлены соответственно у 37,5; 37,0; 22,2% лиц, в контрольной группе данный феномен не отмечался. Характер воспитания в семьях отражен в таблице 3.2. Обращает на себя внимание преобладание в контрольных группах обычного, очень строгого воспитания и гиперопеки, а в семьях несовершеннолетних правонарушителей — гипоопеки и отвержения.

Вероятно, любая семья развивается на протяжении нескольких поколений по приблизительно схожему сценарию: первые поколения закладывают базис семейного благополучия, формируют традиции, структуру внутрисемейных отношений. Впоследствии из поколения в поколение в семье хранятся их вещи, становящиеся реликвиями. Следующие 2—3 поколения демонстрируют социальный рост: из поколения в поколение растет достаток, уровень образования детей, семья перемещается в высокие социальные слои. Затем происходит кризис, крах семейных устоев, распад социальной структуры. Род прерывается (О. Шпенглер, 1923) [91]. Подобный цикл развития семьи может быть нарушен внешними факторами (войнами, несчастными случаями, преждевременной смертью) либо внутренними факторами. Ведущим среди внутренних деструктивных факторов является в нынешних социальных условиях, вероятно, алкоголизм у членов семьи, особенно — среднего, наиболее социально активного и трудоспособного поколения (рисунок 3.2).

Большинство несовершеннолетних правонарушителей подвергались (в семье и вне семьи) различным формам насилия. Парадоксальной является ситуация, что вне семьи, в условиях проживания на улице, на вокзале, в полукриминальных молодежных сообществах многие из несовершеннолетних сталкивались с более низким уровнем насилия. Вероятно, именно поэтому часть из них убегали из дома, бродяжничали, зарабатывали себе на жизнь попрошайничеством и воровством. Особенно это проявилось среди самых младших несовершеннолетних правонарушителей в группе 1. Высокий уровень физического насилия в семье в контрольной группе вызван широкой практикой физических наказаний, распространенных даже в социально-благополучных семьях. По отзывам многих родителей, они воспринимают физические наказания как часть традиционного (некоторые уточняли — «православного») воспитания, эффективного воздействия на подростков. Высокий уровень сексуального насилия вне семьи в старших группах несовершеннолетних правонарушителей — результат занятия проституцией, оказания единичных «сексуальных услуг». В подростковой среде отсутствует предубеждение в отношении проституции, за-

нятие проституцией воспринимается в качестве естественного способа заработка.

Образовательный уровень у несовершеннолетних правонарушителей был значительно ниже, чем в контрольных группах, в которых все подростки имели образование, соответствующее возрасту. Многие подростки, формально закончившие 7—8 классов, имели запас школьных знаний на уровне начальной школы. В соответствии с данными таблицы 3.4, следует отметить ухудшение образовательной ситуации в младших группах несовершеннолетних правонарушителей в сравнении с группой 3. В большинстве случаев доминирует тенденция к получению несовершеннолетними только начального образования (навыки чтения, счета, письма).

Таблица 3.3

**Насилие над несовершеннолетними (в %)**

	Насилие в семье			Насилие вне семьи		
	Физическое	Моральное	Сексуальное	Физическое	Моральное	Сексуальное
Группа 1	59,4*	9,4*	3,1	31,3*	6,3	нет
Группа 2	32,4*	9,3*	0,9	37,0*	19,4*	9,3**
Группа 3	19,4*	8,3	нет	33,3*	16,7*	8,3**
Гр. 1К	8,5	нет	нет	8,5	2,1	нет
Гр. 2К	11,6	нет	нет	7,0	нет	нет
Гр. 3К	11,5	3,8	нет	7,7	нет	нет

\* — достоверное отличие от группы сравнения ( $t \geq 2$ ,  $p \leq 0,05$ )

\*\* — достоверное отличие семейного и внесемейного насилия ( $t \geq 2$ ,  $p \leq 0,05$ )

Таблица 3.4

**Уровень образования  
несовершеннолетних правонарушителей (в %)**

	знания= образование	не учился	вспомогательная школа	начальное	по возрасту
Группа 1	31,3	12,5	9,4	84,4	нет
Группа 2	17,6	6,5	7,4	77,8	12,0
Группа 3	13,9	нет	2,8	33,3	63,9

При сравнении образования и других показателей социального статуса, проведенных методами корреляционного и кластерного анализа, выявлен ряд закономерностей в ходе получения образования подростками различных возрастных групп. Кластерный анализ свидетельствует о том, что образовательный процесс



проходит через три этапа: успеваемости, кризиса, обрыва. Их динамика по группам 1—3 приведена на рис. 3.1.

Подростки, наблюдавшиеся нами в возрасте 15—16 лет, в основном успешно обучались в школе в младших классах школ; к 5—6 классу их успеваемость начинала снижаться, в 7—8 классе они продолжали числиться среди учащихся, хотя реально многие вовсе не посещали школу, после 9 класса они получали аттестат о неполном среднем образовании. Реально у этих лиц уровень школьных знаний соответствовал 4—5 классу.

Подростки, наблюдавшиеся в возрасте 13—14 лет, в 6,5% случаев не посещали школу совсем. Большинство из них успешно обучались в начальной школе, однако их успеваемость резко снижалась в 3—4 классах, а в 5—6 классе они бросали учебу. Их уровень знаний приблизительно соответствовал 3 классу.

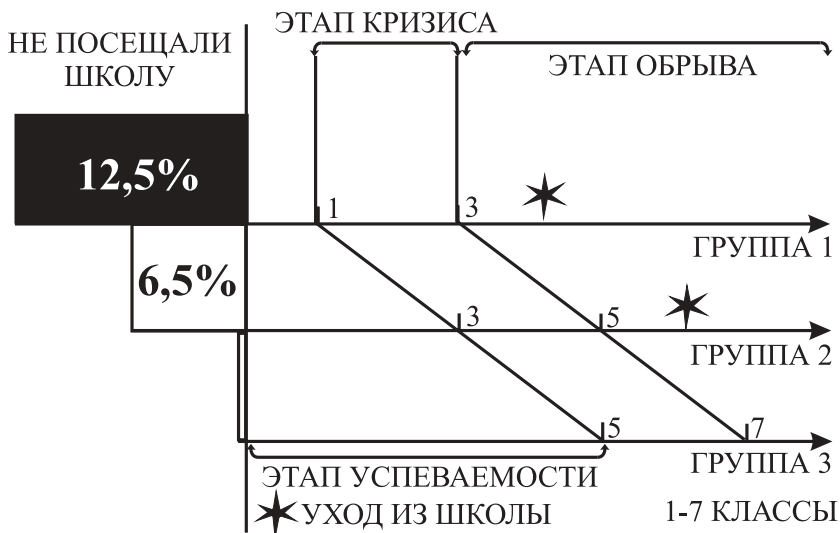


Рис. 3.1. Динамика образовательного процесса в группах несовершеннолетних правонарушителей

Подростки, наблюдавшиеся в возрасте 10—12 лет, в 12,5% случаев не посещали школу совсем. Большинство из них формально закончили 3—4 класса, затем бросили школу. Их образовательный уровень ограничивался элементарными навыками чтения, счета, письма.

Как следствие подобного развития событий в семье и школе среди подростков-правонарушителей отмечался рост криминального поведения. Лишь незначительная часть несовершеннолетних

добывали себе средства к существованию трудом, большинство — попрошайничеством и совершением криминальных действий. Источники доходов несовершеннолетних в группах 1—3 отражены в табл. 3.5.

Таблица 3.5

**Источники доходов  
несовершеннолетних правонарушителей (в %)**

	неквалифицированный труд	квалифицированный труд	криминальные действия	попрошайничество	иные
Гр. 1	9,4	2,3	56,3*	31,3	0,7
Гр. 2	12,0	0,9	54,6*	32,0	0,5
Гр. 3	27,8	2,8	38,9	19,4	11,1

\* — достоверно отличается от других источников дохода ( $t \geq 2$ ,  $p \leq 0,05$ )

Высокий уровень алкоголизма родителей в семьях несовершеннолетних также прямо коррелировал с возрастом начала употребления алкоголя и других психоактивных веществ детьми (клей, бензин, растворители). Пренатальные и ранние постнатальные факторы в совокупности с интоксикациями, травмами, социальными факторами обуславливали развитие у несовершеннолетних психических расстройств, прежде всего — личностной патологии, органических поражений головного мозга, расстройств адаптации. В результате образовывался своего рода «порочный круг», который включал в себя социальное неблагополучие в семье и школе, что вело к уходу из школы и семьи, криминализации, формированию алкогольной (токсической) зависимости, психических расстройств, личной (индивидуальной) дезадаптации. Упрощенная схема этого «порочного круга» представлена на рис. 3.2.

В зарубежной и отечественной литературе многократно указывалось на необходимость воспитательной, профилактической и коррекционной работы с несовершеннолетними правонарушителями (Попов Ю.В., 1991, 1998; Ремшмидт Х., 1996, 1998, 2001; Гурьева В.А., 1996, 2000; Вострокнутов Н.В., Пережогин Л.О. 2002, 2003 и многие другие) [63, 61, 13]. Это положение закреплено в России и законодательно (Закон РФ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних», 1999).

Учитывая данные других исследователей, можно констатировать, что противоправное поведение подростков является спе-

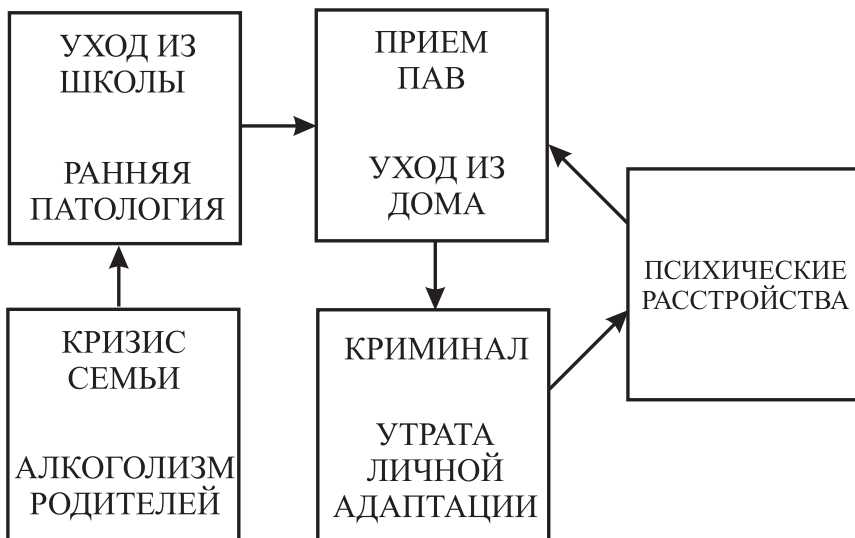


Рис. 3.2. Динамика формирования социальной дезадаптации с поведенческими и психическими расстройствами у несовершеннолетних правонарушителей

цифическим этапом социальной дезадаптации. По мере взросления делинквентность закрепляется в качестве поведенческого паттерна и продолжается во взрослой жизни в форме криминальной активности. Формирование противоправного поведения обусловлено фактором ранней десоциализации (в основном за счет семейной депривации и влияния асоциального окружения). В его основе лежат механизмы депривации, конфликтно-стрессового вытеснения (отторжение от школы, социализированных сверстников) и идентификации с подражанием и фиксацией стереотипов асоциального поведения. Для комплексной оценки асоциального поведения необходимо учитывать: социальную ситуацию и десоциализирующие факторы, механизм формирования делинквентного поведения, клинические факторы, клинико-психопатологические факторы, включая возрастной и динамический аспекты, социальный прогноз. С учетом комплекса выявленных факторов реабилитационные мероприятия должны проводиться в рамках учреждений не медицинского, а социального профиля, при участии врачей-психиатров в качестве консультантов.

В настоящее время методически апробировано 5 типов реабилитационных программ для несовершеннолетних с проблемами социальной дезадаптации (Ремшмидт Х., 2001) [70]. Они весьма

удачно соответствуют социальным типам, наблюдаемым среди подростков с асоциальным поведением.

1) Программы творческой реализации. Их задача — демонстрация подросткам их индивидуальности и ценности для общества через творческую реализацию. Они подходят для работы с детьми с сохранным интеллектом и без выраженных нарушений внутрисемейных отношений и адресованы подросткам из благополучных семей.

2) Программы трудовой реализации. В рамках этих программ основной упор делается на приобретение подростками трудовых и профессиональных навыков. Они используются в работе с подростками со сниженным интеллектом и с выраженной органической церебральной патологией. При этом требуется вмешательство со стороны психиатра, который должен вести лечебную работу параллельно с программой социальной реабилитации.

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

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

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

Подробный анализ реабилитационных программ мы проведем в главе 6.

В качестве промежуточных выводов в заключение главы можно констатировать следующее:

1) семейная депривация — один из ведущих факторов, лежащих в основе криминальной активности несовершеннолетних;

2) особую группу риска составляют средние дети в социально-неблагополучных семьях, чье рождение и взросление приходится на период социальной деградации семьи;

3) в последние годы возросла социальная напряженность в семьях группы риска; об этом свидетельствует нарастание признаков социального неблагополучия среди подростков младших возрастных групп;

4) в качестве ведущих паттернов развития психических расстройств и криминальной активности подростков следует выделить алкоголизм родителей, низкий уровень материального обеспечения, низкий уровень образования, обусловленный школьной неуспешностью, высокий уровень внутрисемейного насилия.

## **Глава 4**

### **Социальная характеристика несовершеннолетних правонарушителей**

Социальная психиатрия детского возраста характеризуется, как известно, рядом специфических особенностей:

1) за точку отсчета она берет ребенка в контексте социальной ситуации развития, т.е. такой системы социальных отношений, в которой ребенок находится с рождения до достижения зрелости и которая меняется как в ответ на стечение обстоятельств, так и по мере взросления;

2) она использует многоосевой подход, оперируя как клиническими, так и социальными факторами, подразумевая, что здоровье ребенка определяется совокупностью этих факторов;

3) она уделяет особое внимание личностному развитию ребенка (Вострокнутов Н. В. с соавт., 2004) [16].

К ключевым понятиям социальной психиатрии детского возраста относятся «социализация», или усвоение ребенком правил, ролей, норм поведения, которые позволяют ему становиться членом общества, занимать в нем свое место, и «социальная ситуация развития» («отношение ребенка к среде и среды к ребенку дается через переживание и деятельность самого ребенка; силы среды приобретают направляющее значение благодаря переживаниям ребенка» (Выготский Л.С., 1930) [17]. Следовательно, совокупность социальных факторов (семейных, школьных, микроокружения, общественных в целом) оказывает существенное (возможно — определяющее) влияние на развитие и психическое состояние ребенка, его социальную активность. Можно с уверенностью говорить, что социальные факторы определяют и характер социальной активности — ее положительную или отрицательную направленность. В зависимости от диспозиции этих факторов лечебное, коррекционное и педагогическое реабилитационное воз-

действие приобретает различное значение и играет разные роли: от ведущей до факультативных (Ремшмидт Х., 2001) [70].

К факторам риска нарушений социализации ребенка относятся: алкоголизм, асоциальная личностная деформация и криминальность родных; психопатические черты у родителей в виде психической ригидности с повышенной аффективной возбудимостью, а также их незрелость и изолированность, неустойчивая самооценка, снижение толерантности к стрессам и личностные проблемы; потребность родителей установить жесткий контроль над ребенком; амбивалентные отношения; одиночество и плохое здоровье матери. Эмоциональное отвержение ребенка и плохое обращение более вероятны, когда существует совпадающее влияние деструктивных факторов: психологические (психопатологические) особенности родителей (опекунов), конфликтные внутрисемейные отношения, негативное влияние других членов семьи и асоциального окружения, безразличное отношение общества к фактам плохого обращения с ребенком (Вострокнутов Н.В. с соавт., 2002) [15].

В подростковом и юношеском периодах десоциализация проявляется преимущественно на личностном уровне и выражается в социально-психологической деформации личности с формированием антиобщественных ценностных установок. Таким образом, у части несовершеннолетних (от 40 до 55%) переход от стадии делинквентности к устойчивому криминальному поведению сопровождается аккумуляцией негативных, десоциализирующих влияний и закреплением антиобщественных ценностных ориентаций; у другой части несовершеннолетних асоциальное поведение обусловлено не дефектами правосознания, а нарушениями психического развития и отклонениями в эмоционально-волевой, интеллектуальной сферах с чертами задержанного психического дизонтогенеза, личностной незрелости, «детской» мотивации проступков.

Таким образом, у безнадзорных детей, так называемых «детей улицы», у детей, лишенных родительского попечения, и детей, которые росли в условиях плохого обращения, полиморфизм отклонений возрастного развития и психических расстройств определяется сочетанным взаимодействием дизонтогенетического, психогенного депривационного и личностного факторов. Депривационный личностный симптомокомплекс не является аналогией «психопатоподобных» нарушений с радикалами аффективно-волевых аномальных личностных свойств. Он имеет свою специфику и включает базисные нарушения «Я-концепции» и социальных взаи-

модействий. Для него характерен преимущественно пассивно-зависимый тип приспособления в микросоциальной среде; ограниченность и бедность эмоционального сопереживания и эмпатии; низкий уровень побуждений и самосознания; выраженные расхождения между реальным и идеальным «Я»; низкий уровень самоконтроля и рентная ориентация на социальную поддержку. Это определяет особенности средовой психической дезадаптации детей с депривационными расстройствами (Лангмейер Й., Матейчек З., 1984) [47].

Согласно статистическим данным, число семей с хроническими конфликтными отношениями, а также дезорганизованных, асоциальных семей составляет большую социальную группу, и она является областью повышенного риска насилия по отношению к детям, эмоционального отвержения детей, не обеспечивая их условиями для реализации жизненно необходимых потребностей, включая потребности в защите и уходе. Эти семьи являются и областью повышенного риска формирования у детей безнадзорности, делинквентного и криминального поведения. Поэтому необходимым аспектом социально-психиатрического исследования является изучение влияния нарушений адаптации в условиях семьи и школы на социальные отношения и формирование антисоциального поведения несовершеннолетних.

Для реализации такого подхода адекватным следует считать использование понятия о «группах риска». Это дети, у которых нарушения социализации связаны с негативным влиянием семьи, условий обучения, микросоциального окружения. Воздействие указанных факторов сопровождается у детей в этих группах отклонениями личностного развития, нарушениями социального функционирования, поведенческими и психическими расстройствами (Тростанецкая Г.Н., 1994, Девятова О.Е., 2004) [28]. Этот подход соответствует современной тенденции мультифакторной оценки состояния несовершеннолетних (многоосевая оценка ВОЗ). Социальная значимость проблемы определяет необходимость разработки критериев для выделения групп «риска», что особенно важно в тех случаях, когда психическая и средовая дезадаптация протекают с криминальной активностью и сопутствующей психической патологией.

К детям социального риска дезадаптации следует относить следующие группы: дети, лишенные родительского попечения (сироты); дети с криминальной активностью, не достигшие возраста уголовной ответственности (14 лет); дети и подростки, находящиеся в связи с антисоциальным поведением в специальных воспи-



тательных и исправительных учреждениях (специальные школы, ПТУ, воспитательные колонии).

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.

Социально-психиатрические исследования показывают, что нарушения социализации у детей групп «риска» сопровождаются нервно-психическими расстройствами широкого спектра: задержка эмоционального и личностного развития с симптомами регресса; аффективные, психосоматические нарушения и психогенные личностные реакции; стойкие аномально-личностные развития и состояния. Отдельные варианты нарушений, реализующиеся через асоциальную личностную деформацию, имеют ведущее значение в делинквентности и криминальной активности; другие типы расстройств выступают как фактор «патологической почвы».

Следовательно, разработка проблем оказания социально-психиатрической помощи несовершеннолетним с нарушениями развития и поведения является социально значимой в связи с широкой распространенностью явлений семейной, школьной и социальной дезадаптации в детско-подростковой среде, а также тяжестью ее последствий в виде безнадзорности и повышенной криминальной активности детей и подростков.

До настоящего времени отсутствует системная, комплексная оценка психических расстройств и расстройств поведения у ребенка с безнадзорностью и противоправным поведением.

Это обусловлено особенностями возрастного психического развития детей и подростков из групп «социального риска», которые характеризуется:

- 1) незрелостью и мозаичностью личностных свойств;
- 2) трудностью выделения ведущих факторов риска, определяющих психические отклонения;
- 3) характером сопутствующих, чаще всего рудиментарных психических расстройств;
- 4) значительным влиянием нарушений социализации и отклонений возрастного психического развития на формирование безнадзорности и повышенной криминальной активности несовершеннолетних.

До настоящего времени не проводился сравнительный анализ по отдельным социальным группам детей с общими сходными

признаками нарушений ранней социализации — социальное сиротство, хроническая психогенная ситуация с семейной жестокостью, стойкая внутрисемейная конфликтность. Недостаточно исследованы те формы десоциализации, которые протекают на докриминальном уровне, но определяют выраженную психическую дезадаптацию, как это наблюдается при безнадзорности и беспризорности.

Анализу проблем профилактики и реабилитации несовершеннолетних с психическими расстройствами и асоциальным поведением должны предшествовать оценка этапов возрастного психического развития с учетом ведущих факторов социализации, а также обоснование социально-психологических и медицинских критериев выделения из общей детско-подростковой популяции детей групп социального риска развития психических расстройств, сопровождающихся криминальной активностью, тем более что статистический и криминологический анализ преступности за 2000-2003 гг., проведенный в МВД РФ, убедительно продемонстрировал, что в то время, как общие показатели преступности в России имеют устойчивую тенденцию к снижению, преступность несовершеннолетних растет в среднем на 15% ежегодно. Сегодня каждое десятое преступление в России совершается несовершеннолетними либо с участием несовершеннолетних (Долгова А.И., 2003) [44].

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

Особенности семейных отношений характеризуются следующими признаками:

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

Антиобщественное поведение формируется рано, как правило, в младшем школьном возрасте. Более чем в половине случаев стойкие асоциальные нарушения поведения сформировались и закрепились в возрасте от 7 до 12 лет (см. главу 3). Явлениям безнадзорности предшествовали самовольное оставление школы, частые уходы из дома, случаи ранней и систематической алкоголизации.

Проблемы этой группы социально дезадаптированных детей до настоящего времени усугубляются последствиями реализации Закона «Об образовании» (1992), а именно необоснованным переводом «трудных детей» на индивидуальные программы обучения; отсутствием системы мер по содействию регулярному посещению школы и сокращению числа покинувших ее детей. В целом количество подростков, прекративших обучение в школе и не начавших работать, выросло за последние годы по Российской Федерации до 40%.

У детей со стойкой школьной неуспешностью доминируют следующие мотивы оставления школы:

- 1) 45% детей покинули школу из-за конфликтов с учителями;
- 2) 24% — в связи с отставанием в учебе;
- 3) 38% считали себя «выгнанными», исключались из школы (по их мнению) необъективно.

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

- 1) самовольное и систематическое уклонение от учебы — у 70—80%;
- 2) уходы из дома и бродяжничество — у половины подростков;
- 3) аутоагрессивное поведение — у 10%.

Для оценки медицинских профилактических мер при характеристике психического состояния детей и подростков с безнадзорностью необходимо пользоваться критериями групп психического здоровья (Вострокнутов Н.В. с соавт., 2002) [12].

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

*Вторая группа психического здоровья* (частота встречаемости до 35,0%). На период освидетельствования клинически выраженные психические расстройства отсутствуют. По анамнестическим и медицинским данным в прошлом имеются указания на бытовые травмы, инфекции, интоксикации, рецидивирующие соматические заболевания с отклонениями психосоциального разви-

тия, эпизодами невротических, аффективно-поведенческих, гипердинамических, органических (эмоционально-лабильных, астенических) расстройств. На момент обследования констатируются признаки акцентуаций характера; психологического пубертатного криза; резидуальной церебрально-органической недостаточности без стойких нарушений психических функций; задержанного психосоциального развития с личностной незрелостью, легкими эмоционально-волевыми отклонениями, ограниченностью познавательных интересов и низким общеобразовательным уровнем. Отмеченные признаки в анамнезе и статусе недостаточны для клинического диагноза. Средовая дезадаптация с безнадзорностью преимущественно связана с формирующейся социально-психологической деформацией личности и педагогической запущенностью.

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

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

При устойчивой компенсации латентных, субклинических нервно-психических нарушений и парциальной средовой адаптации оказание консультативной и лечебно-профилактической по-

мощи должно осуществляться с постановкой на консультативный учет в психоневрологическом диспансере. Сохраняется возможность применения мер принудительного воспитания в специальных образовательных учреждениях (школы, ПТУ) закрытого типа для детей с девиантным поведением.

*Четвертая группа психического здоровья* (частота встречаемости составляет от 15 до 17,0% случаев). Нарушения поведения с безнадзорностью носят патологический характер, определяются клинически выраженными состояниями (отдаленные последствия раннего органического поражения головного мозга, формирующаяся психопатия, патологический пубертатный криз). Средовая дезадаптация охватывает сферу и семейных, и школьных, и межличностных отношений.

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

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

Следовательно, ранняя диагностика психического состояния детей и подростков с безнадзорностью и девиантным поведением выявляет достаточно высокий удельный вес психических отклонений (около 50,0%). На первом месте по частоте выступают проявления резидуальной церебрально-органической недостаточности с компенсированными церебрастеническими расстройствами и парциальной интеллектуальной недостаточностью, редуци-

рованным психоорганическим синдромом (не менее трети); на втором — признаки аномально-личностных черт с преобладанием возбудимости, волевой неустойчивости и гипертимности при формирующихся психопатиях, а также повторяющиеся патохарактерологические реакции (около четверти подростков); на третьем — различные проявления задержки психического развития с выраженной когнитивной недостаточностью, парциальной эмоционально-личностной незрелостью и психофизическим инфантилизмом (пятая часть). Частота встречаемости невротических расстройств (ночные страхи, астенические симптомы с энурезом, нейроциркуляторная дистония с гиперэстезией, раздражительной слабостью) составляет не менее 10% случаев).

Анализ медико-социальных данных позволяет отметить следующие особенности психической дезорганизации:

1) полиморфизм психических расстройств, который включает и устойчивые патологические состояния, и проявления ретардированного, дисгармонического психического дизонтогенеза в сочетании с психогенными расстройствами непсихотического характера и аддиктивным (алкоголь, токсические и наркотические средства) поведением;

2) высокий уровень микросоциальной, педагогической запущенности (более чем в двух третях случаев).

Таким образом, при клинико-психологическом исследовании у детей и подростков с безнадзорностью и девиантным поведением выявляются следующие личностно-психологические особенности, которые должны учитываться при психопрофилактической и психокоррекционной работе:

1) высокий уровень функциональной неграмотности с когнитивным дефицитом, неразвитостью познавательных способностей;

2) преобладание неустойчивого типа социально-психологической личностной деформации с антиобщественной направленностью поведения;

3) повышенный уровень агрессивных форм поведения со следующими особенностями — высокая аффективная заряженность, склонность к импульсивным реакциям на фрустрирующие ситуации, низкий уровень стимулов, вызывающих агрессивные формы реагирования, малодифференцированная направленность реакций агрессивного типа.

Одновременно отмечаются черты гиперактивности, снижения самоконтроля, повышенной тревожности и неустойчивой самооценки. В целом агрессивные формы поведения имеют преимущественно гетероагрессивную направленность. Выраженность

микросоциальной и педагогической запущенности с признаками формирующейся социально-психологической деформации достигает 65—70% случаев. Часто наблюдаемые психогенные расстройства проявляются в следующих типах нарушений: ситуационные аффективно-личностные реакции, невротические реакции и фиксированные невротические расстройства, повторяющиеся патохарактерологические реакции и формирующиеся патологические формирования характера (возбудимый, неустойчивый варианты). Большинство расстройств данной группы являются следствием семейной депривации.

Целью нашего исследования явились сравнительный анализ социальных и клинических факторов, выявление социальных закономерностей и внутренних связей, обуславливающих социальную дезадаптацию и криминальную активность несовершеннолетних. В качестве базовой модели была выбрана концепция семейной депривации.

Исследование было проведено на базе ГНЦ ССП им. В.П. Сербского. В исследовании анализировались данные 176 несовершеннолетних правонарушителей, социальный статус которых был точно определен. Все несовершеннолетние правонарушители были разделены на 2 группы: в первую группу (108 человек) включались подростки из неполных семей, безнадзорные, воспитанники социальных приютов и детских домов; во вторую группу вошли 68 подростков, воспитывавшихся в полных семьях (см. табл. 4.1). Несовершеннолетние правонарушители, чей социальный ста-

Таблица 4.1

### Состав и основные характеристики групп

Характеристики групп	Группа 1 (неполная семья)	Группа 2 (полная семья)
Количество детей	108	68
Средний возраст, лет	13,5	13,6
Жители Москвы	23 (21,3%)	29 (42,6%)*
Жители других городов	70 (64,8%)*	25 (36,8%)
Сельские жители	13 (12,0%)	14 (20,6%)
Детей на семью	1,99	2,01
Воспитывались без отца	106 (98,1%)*	—
Без матери	37 (34,3%)*	—
Приемная семья	16 (14,9%)*	—
Детский дом	19 (17,6%)*	—

\* — достоверное ( $t \geq 2$ ,  $P \leq 0,05$ ) различие между группами

тус на период исследования не был точно определен, в исследование не включались.

Использовались клинико-психопатологический, клинико-социологический, статистический, криминологический методы. Статистическая обработка материала осуществлялась в два этапа. 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. Достоверным считалось различие между группами, удовлетворяющее показателю  $P \leq 0,05$ . Расчет и определение причинно-следственных связей между коррелирующими признаками производился методом мультифакторного корреляционного анализа. Учитывались корреляции, превышающие по модулю 0,5. Взаимосвязь между факторами, устанавливающими причинно-следственные отношения, проверялась статистически путем перекрестного сравнения маргинальных групп.

В условиях семейной депривации, неполной семьи ярко проявились факторы риска, определяющие долгосрочное социальное функционирование подростков. Многие из подростков первой группы не посещали школу, либо посещение школы носило формальный характер: являясь номинально учениками 5—7 классов, эти дети с трудом могли вспомнить таблицу умножения, не могли назвать столицу России, не знали имени ни одного русского поэта, имели минимальные познания в физике, химии, биологии и др. предметах, изучаемых в средней школе. Наряду со школьной не-

Таблица 4.2

### Образование и трудовая деятельность подростков

Характеристики групп	Группа 1 (неполная семья)	Группа 2 (полная семья)
Не посещал школу	8 (7,4%)	3 (4,4%)
Вспомогательная школа	8 (7,4%)	4 (5,9%)
Начальное образование	73 (67,6%)	50 (73,5%)
Неполное среднее	22 (20,4%)	14 (20,6%)
Запас знаний равен образованию	19 (17,6%)	30 (44,1%)*
Работает	15 (13,9%)	15 (22,0%)
Занимается попрошайничеством	45 (41,7%)*	13 (19,1%)
Криминальный заработок	61 (56,5%)*	25 (36,8%)
Проституция	3 (2,8%)	—

\* — достоверное ( $t \geq 2$ ,  $P \leq 0,05$ ) различие между группами



успеваемостью в этой группе обнаруживались феномены асоциального поведения: попрошайничество, регулярное совершение противоправных действий с целью «заработка», занятие проституцией (см. табл. 4.2).

В первой группе отчетливо прослеживалось влияние семейной патологии: на первый план выходил алкоголизм у родителей и других членов семей несовершеннолетних, значительное влияние оказывали, по-видимому, и другие психические расстройства у членов семьи подростков. Этот фактор являлся, вероятно, одним из определяющих распад семей, и, как следствие, высокий уровень семейной и социальной депривации в группе (см. табл. 4.3).

Таблица 4.3

### Семейная патология

Характеристики групп	Группа 1 (неполная семья)	Группа 2 (полная семья)
Алкоголизм у отца	67 (62,1%)*	18 (26,5%)
Другие психические расстройства у отца	8 (7,4%)	3 (4,4%)
Алкоголизм у матери	53 (49,1%)*	14 (20,6%)
Другие психические расстройства у матери	10 (9,3%)*	1 (1,5%)
Алкоголизм у других родственников	24 (22,2%)*	3 (4,4%)
Другие психические расстройства у родственников	23 (21,3%)*	4 (5,9%)

\* — достоверное ( $t \geq 2$ ,  $P \leq 0,05$ ) различие между группами

В то же время необходимо отметить, что влияние такого фактора, как алкоголизм родителей, сказывалось и в полных семьях: алкоголизм провоцировал криминальное поведение подростков и являлся важным пренатальным и ранним постнатальным фактором, определяющим развитие психических расстройств, поведенческих расстройств и общей социальной дезадаптации несовершеннолетних правонарушителей. С другой стороны, сохранность семьи оказывала существенное положительное влияние на состояние подростков в целом.

В этой связи ожидаемыми оказались отношения внутри семьи и характер воспитания в семьях в группах 1 и 2. У подростков из полных семей в большинстве случаев сохранялись хорошие отношения с родителями и другими родственниками. В большинстве случаев здесь не реализовывались личностно-деструктивные типы воспитания (гипоопека, отвержение), в то время как в непол-

ных семьях гипопека являлась доминирующим воспитательным типом (61,1% случаев) (см. таблицу 4.4).

Таблица 4.4

**Отношения в семье и воспитание подростков**

Характеристики групп	Группа 1 (неполная семья)	Группа 2 (полная семья)
Хорошие отношения с отцом	7 (6,5%)	47 (69,1%)*
Хорошие отношения матерью	32 (29,6%)	49 (72,1%)*
С другими родственниками	40 (37,0%)	50 (73,5%)*
Плохие со всеми	50 (46,3%)*	10 (14,7%)
Воспитание – гипопека	66 (61,1%)*	19 (27,9%)
Воспитание – гиперпека	4 (3,7%)	5 (7,4%)
Отвержение	13 (12,0%)	4 (5,9%)
Крайняя строгость	3 (2,8%)	4 (5,9%)

\* — достоверное ( $t \geq 2$ ,  $P \leq 0,05$ ) различие между группами

Уровень насилия над несовершеннолетними в неполных и полных семьях в целом был выше в первой группе, где практически все формы насилия встречались чаще, чем в группе сравнения, и отмечался феномен внутрисемейного сексуального насилия (отсутствовало в группе 2). Высокий уровень насилия внутри семей коррелировал с еще более высоким уровнем насилия вне семьи (см. табл. 4.5).

Таблица 4.5

**Насилие над несовершеннолетними в семье и вне семьи**

Характеристики групп	Группа 1 (неполная семья)	Группа 2 (полная семья)
Физические наказания	34 (31,5%)	27 (39,7%)
Моральное унижение	11 (10,2%)	5 (7,4%)
Сексуальное насилие	3 (2,8%)	—
Физическое насилие	36 (33,3%)	26 (38,2%)
Моральное унижение	21 (19,4%)	8 (11,8%)
Сексуальное насилие	12 (11,1%)*	1 (1,5%)

\* — достоверное ( $t \geq 2$ ,  $P \leq 0,05$ ) различие между группами

В ряде случаев мы могли отметить два противоположных феномена: ряд подростков, совершивших побег из дома, бродяжничающих, перебивающихся случайными и криминальными заработками, отмечали, что даже в жестоких условиях криминальной

группы их существование было куда лучше, чем в родительском доме, где они подвергались побоям и унижениям; другие подростки из неполных семей, оказавшись в детском доме или социальном приюте, совершали побеги домой, утверждая, что им лучше в семьях, чем в детских учреждениях, причем они вовсе не были склонны идеализировать свои семейные отношения. Вероятно, это можно объяснить тем, что за долгие годы воспитания в асоциальных семьях у подростков вырабатывается своего рода «толерантность» к асоциальным условиям, они вырабатывают свои (тоже, разумеется, асоциальные по сути) стереотипы реагирования на асоциальную среду, которые оказываются неприемлемы в условиях детского учреждения. В связи с этим целесообразно было бы разработать специальную программу реабилитации для подростков, помещаемых в приюты и детские дома.

Отношения подростков в группе сверстников иллюстрирует табл. 4.6. Обращает на себя внимание факт, что подростки из полных семей чаще занимали в группе сверстников лидирующее положение или выступали на равных с другими детьми, они охотнее вовлекались в игровую деятельность, чаще принимались в игру старшими детьми, их игра носила продуктивный характер, в то время как в первой группе отмечался высокий удельный вес игр с деструктивным характером (46,3% случаев).

Противоправных поступков несовершеннолетними первой группы также совершалось большое количество, причем часто — с особой жестокостью. Во многих случаях криминальная активность

Таблица 4.6

### Отношения с другими детьми и игровая деятельность

Характеристики групп	Группа 1 (неполная семья)	Группа 2 (полная семья)
Избегал игр	21 (19,4%)*	5 (7,4%)
Играл с младшими детьми	43 (39,8%)	26 (38,2%)
Играл со сверстниками	77 (71,3%)	54 (79,4%)
Играл со старшими	28 (25,9%)	30 (44,1%)*
Игра с деструктивным характером	50 (46,3%)*	10 (14,7%)
Отношения в группе равные	67 (62,0%)	45 (66,2%)
Лидер в группе	8 (7,4%)	13 (19,1%)*
Подчиненный в группе	23 (21,3%)	9 (13,2%)
Отверженный в группе	14 (13,0%)	4 (5,9%)
Избегал общения	15 (13,9%)	5 (7,4%)

\* — достоверное ( $t \geq 2$ ,  $P \leq 0,05$ ) различие между группами

была частью группового поведения подростков, указывала окружающим сверстникам на их особый статус в группе, давала право на лидерство (Башкатов М.П., 2000, Восторжников Н.В., Пережогин Л.О., 2003) [4, 13].

Нередко встречались однородные преступления, что свидетельствует о выработке «криминальных предпочтений», своего рода «профессионального почерка». Значительно чаще совершались групповые преступления, носившие характер спланированных и тщательно организованных криминальных действий. Многие несовершеннолетние, увидев угрозу своим планам, прекращали совершения преступления, корректировали преступный план. Налицо была изощренность в совершении деликтов, изобретательность, холодный расчет. Сотрудники правоохранительных органов, работавшие с несовершеннолетними, отмечали, что имеют дело по большей части со сформировавшимися преступниками, имеющими свою философию, внутренние правила поведения, строгую иерархию, отличающиеся, однако, от традиционных для криминальной среды установок («понятий») (см. табл. 4.7, 4.8).

Подобное поведение неоднократно описывалось у взрослых как характерное для правонарушителей с расстройствами личности. Для несовершеннолетних этот фактор приобретает особый, нозологически неспецифический характер, вероятно в силу того, что независимо от причин, формирующих деликventное поведение, оно носит свойственный несовершеннолетним психопатоподобный тип реализации.

Таблица 4.7

### Мотивация противоправной деятельности

Характеристики групп	Группа 1 (неполная семья)	Группа 2 (полная семья)
Корыстные мотивы	85 (78,7%)*	50 (73,5%)
Удовлетворение влечения	13 (12,0%)*	2 (2,9%)
Личные отношения, условие	9 (8,3%)	7 (10,3%)
Личная неприязнь	13 (12,0%)	11 (16,2%)
Аффектогенные	33 (30,6%)	19 (27,9%)
Самоактуализация	47 (43,5%)	24 (35,3%)
Подчиняемость	22 (20,4%)	15 (22,1%)
Предварительно планировал	68 (63,0%)*	29 (42,6%)
Не доводил до конца	24 (22,2%)	9 (13,2%)
Корректировал план	54 (50,0%)*	19 (27,9%)

\* — достоверное ( $t \geq 2$ ,  $P \leq 0,05$ ) различие между группами

Таблица 4.8

**Характер противоправной деятельности**

Характеристики групп	Группа 1 (неполная семья)	Группа 2 (полная семья)
Против жизни и здоровья	15 (13,9%)	8 (11,8%)
Против половой неприкосновенности	5 (4,6%)	–
Против собственности	92 (85,2%)	56 (82,4%)
Против общественной безопасности	15 (13,9%)	10 (14,7%)
Однородные преступления	70 (64,8%)*	31 (45,6%)
Насильственные преступления	24 (22,2%)*	13 (19,1%)
Потерпевшие – знакомые, родные	40 (37,0%)	32 (47,1%)
Случайные знакомые	23 (21,3%)	13 (19,1%)
Незнакомые	70 (64,8%)*	32 (47,1%)
Не физические лица	48 (44,4%)	26 (38,2%)
Преступление в группе	72 (66,7%)*	32 (47,1%)
Пьян во время преступления	45 (41,7%)	22 (32,6%)
Среднее число преступлений	4,37*	3,11

\* — достоверное ( $t \geq 2$ ,  $P \leq 0,05$ ) различие между группами

В обеих группах был высок показатель употребления психоактивных веществ (ПАВ). В то же время по косвенным показателям (в частности — по характеру употребляемого алкоголя, доле подростков, употребляющих наркотические вещества) можно говорить о значительном преобладании употребления ПАВ в первой

Таблица 4.9

**Употребление ПАВ подростками**

Характеристики групп	Группа 1 (неполная семья)	Группа 2 (полная семья)
Алкоголь	67 (62,0%)	43 (63,2%)
Слабые напитки (пиво, вино)	66 (61,1%)*	32 (47,1%)
Крепкие напитки (водка)	67 (62,0%)*	24 (35,3%)
Из них – эпизодически	13 (12,0%)	11 (16,2%)
Наркотики	16 (14,8%)	5 (7,4%)
Наркозависимые	5 (4,6%)	–
Токсические вещества	66 (61,1%)*	29 (42,6%)
Из них – эпизодически	9 (8,3%)	5 (7,4%)

\* — достоверное ( $t \geq 2$ ,  $P \leq 0,05$ ) различие между группами

группе. В обоих случаях особенную озабоченность вызывает употребление токсических веществ, в частности — летучих органических растворителей и клея (см. табл. 4.9).

Вероятно, сочетание ранней пренатальной, постнатальной (см. таблицу 4.10) патологии, употребления ПАВ и экзогенного травматического фактора обусловили высокий уровень органической церебральной патологии в обеих группах. В ряде случаев органическая патология ограничивалась церебрастенической симптоматикой, а иногда достигала степени выраженности психоорганического синдрома (см. табл. 4.11). Высокая роль раннего органи-

Таблица 4.10

### Течение беременности и родов у матерей несовершеннолетних

Характеристики групп	Группа 1 (неполная семья)	Группа 2 (полная семья)
С токсикозом	18 (16,7%)	21 (30,9%)
С инфекционными заболеваниями	5 (4,6%)	4 (5,9%)
С физическими травмами	4 (3,7%)	3 (4,4%)
С психогениями	6 (5,6%)	3 (4,4%)
С иными нарушениями	8 (7,4%)	3 (4,4%)
Роды с асфиксией	17 (15,7%)	22 (32,4%)
С родовой травмой	6 (5,6%)	8 (11,8%)
Кесарево сечение	3 (2,8%)	3 (4,4%)
Другая патология	4 (3,7%)	7 (10,3%)
Постнатальная патология	38 (35,2%)	28 (41,2%)

\* — достоверное ( $t \geq 2$ ,  $P \leq 0,05$ ) различие между группами

Таблица 4.11

### Органическая патология у подростков

Характеристики групп	Группа 1 (неполная семья)	Группа 2 (полная семья)
Судорожные припадки	20 (18,5%)	7 (10,3%)
Абсансы	9 (8,3%)	7 (10,3%)
Церебрастения	100 (92,6%)	56 (82,4%)
Энурез ночной	55 (50,9%)*	24 (35,3%)
Эмоционально-волевые расстройства	93 (86,1%)	58 (85,3%)
Мнестические расстройства	23 (21,3%)*	4 (5,9%)
Психоорганический синдром	15 (13,9%)*	2 (2,9%)

\* — достоверное ( $t \geq 2$ ,  $P \leq 0,05$ ) различие между группами

ческого поражения головного мозга подтверждается частотой встречаемости ночного энуреза и пароксизмальной симптоматики. Подробный нозологический анализ психических расстройств у подростков дан в главе 2.

Наряду с органической патологией ведущие позиции в клинике занимала аффективная патология. Расстройства аффективного круга встречались практически у всех несовершеннолетних в первой группе и более, чем у половины, — во второй. Доминировали депрессивные, тревожно-депрессивные, дисфорические состояния. В ряде случаев аффективные расстройства являлись симптомами органических, в ряде — невротических расстройств (в частности — фобические расстройства), а во многих случаях (более 60% в группе 1) — расстройств адаптации (прежде всего — расстройств поведения) (см. таблицы 4.12, 4.13). Во многих случаях был необходим дифференциальный диагноз между расстрой-

Таблица 4.12

### Аффективная патология у подростков

Характеристики групп	Группа 1 (неполная семья)	Группа 2 (полная семья)
Депрессивные эпизоды	82 (75,9%)	47 (69,1%)
Тревога	55 (50,9%)	32 (47,1%)
Дисфорические состояния	79 (73,1%)	42 (61,8%)
Фобические расстройства	52 (48,1%)	29 (42,6%)
Другие аффективные расстройства	20 (18,5%)	11 (16,2%)

\* — достоверное ( $t \geq 2$ ,  $P \leq 0,05$ ) различие между группами

Таблица 4.13

### Расстройства адаптации у подростков

Характеристики групп	Группа 1 (неполная семья)	Группа 2 (полная семья)
Невротические расстройства	66 (61,1%)*	30 (44,1%)
Реакции утраты	35 (32,4%)*	7 (10,3%)
Острые расстройства адаптации (1 мес.)	67 (62,0%)*	7 (10,3%)
Пролонгированные расстройства адаптации	47 (43,5%)*	4 (5,9%)
Рецидивирующие расстройства адаптации	33 (30,6%)	—
Аутоагрессия	30 (27,8%)	15 (22,1%)
Суицидальные попытки	17 (15,7%)*	3 (4,4%)

\* — достоверное ( $t \geq 2$ ,  $P \leq 0,05$ ) различие между группами

ствами поведения и формирующимися расстройствами личности на органической почве. В рамках нозологической оценки и дифференциальной диагностики часто в силу свойственных подростковому возрасту причин установить окончательный диагноз не представлялось возможным, приходилось ограничиваться синдромальной оценкой.

В ряде случаев депрессивные состояния сопровождались явлениями дереализации. При углублении депрессивного аффекта у части подростков (около 20%) развивались апатические состояния. Тогда они часами просиживали в одной позе, не выходили на улицу. Большинство подростков, испытывавших подобные состояния, характеризовали их как мучительные эпизоды полного безразличия. Выход из апатических состояний совершался также через дисфорический аффект. На фоне дисфории часто совершались правонарушения (см. рисунок 4.1.). У половины несовершеннолетних отмечалась персистирующая тревога, у каждого десятого — эпизоды страха. У половины отмечались фобические расстройства.

Аффект у несовершеннолетних колебался между субдепрессией и гипоманией. На фоне гипомании осуществлялся прием токсических веществ, аффективная картина разворачивалась до состояния эйфории, которая внезапно сменялась в течение часа дис-

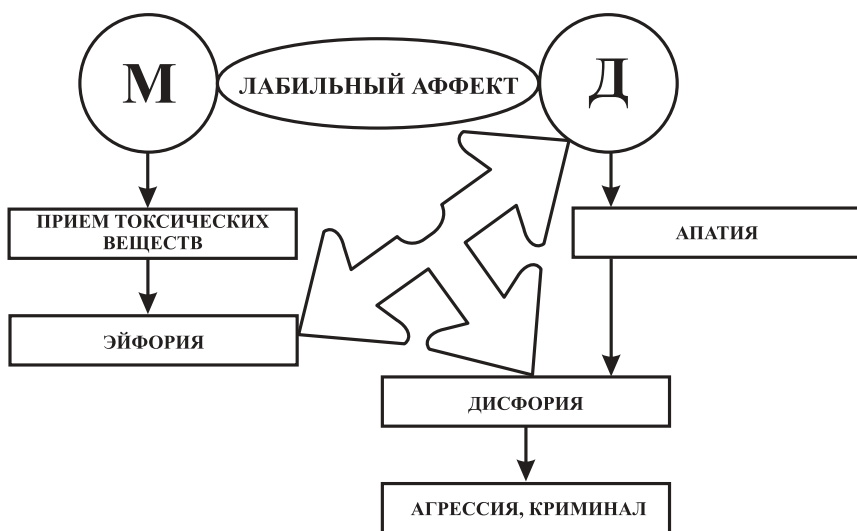


Рис. 4.1. Развитие дисфорических состояний



форическим аффектом, агрессивным, деструктивным и иногда — аутоагрессивным поведением. На фоне субдепрессии формировалась апатия, разрешавшаяся спустя несколько часов (суток) дисфорическим аффектом. Можно предположить, что дисфорический аффект выполнял в обоих случаях роль универсального механизма компенсации аффективных состояний, своего рода «клапана», через реализацию которого настроение возвращалось к нормотимии. Платой за подобную разрядку являлись агрессивные и противоправные действия. Сходного мнения придерживаются и некоторые другие авторы (Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В., 1999) [92].

В первой группе достоверно чаще отмечались акты аутоагрессии и суицидальные попытки (см. таблицу 4.13). Суицидальные попытки носили как характер аутоагрессии, так и демонстративный, психопатический и психопатоподобный характер. К счастью, ни разу не наблюдалось летальных исходов, хотя ряд суицидальных попыток представляли реальную опасность для несовершеннолетних.

Особое место среди прочих патологических состояний занимали интеллектуальные расстройства и нарушения возрастного развития (см. табл. 4.14). Преобладали пограничные формы умственной отсталости, психический инфантилизм, специфические расстройства речи и школьных навыков. Все формы расстройств интеллекта и возрастного развития преобладали в первой группе. Не подтвердилось предположение, что помещение ребенка в социальный приют или детский дом могут изменить ситуацию в лучшую сторону. В нескольких случаях наблюдалась картина, когда за 2—3 года нахождения в детском доме дети теряли ранее приобретенные социальные навыки, степень отставания в психическом развитии увеличивалась. Не исключено, что в ряде случаев

Таблица 4.14

**Интеллектуальные расстройства и нарушения  
возрастного развития у несовершеннолетних  
правонарушителей**

Характеристики групп	Группа 1 (неполная семья)	Группа 2 (полная семья)
Снижение интеллекта	22 (20,4%)*	6 (8,8%)
Инфантилизм (психич.)	41 (38,0%)*	9 (13,2%)
Расстройства речи и др.	24 (22,2%)*	4 (5,9%)
Другие расстройства	11 (10,2%)*	2 (2,9%)

\* — достоверное ( $t \geq 2$ ,  $P \leq 0,05$ ) различие между группам

отмечались изменения, подобные явлениям госпитализма, однако наиболее вероятно, что подростки, оказавшись в детских домах и социальных приютах, попадали в еще более неблагоприятную среду. Подробный нозологический и клинико-психопатологический анализ интеллектуальных расстройств у несовершеннолетних дан в главе 2.

Анализ соматического состояния несовершеннолетних подтвердил давно высказываемый педиатрами тезис о высокой распространенности у подростков хронических заболеваний. В первой группе особенно часто встречалась неврологическая патология ЦНС, патология желудочно-кишечного тракта, дыхательной системы, кожи и репродуктивной системы. В 44% случаев отмечалась общая задержка соматического развития (см. табл. 4.15). Для анализа использовались данные медицинской документации.

Мультифакторный корреляционный анализ позволил установить устойчивые связи между значимыми социальными и клиническими параметрами (рис. 4.2). Анализ причинно-следственных связей между факторами риска (см. рис. 4.3) дал следующие результаты:

1) Неполная семья обуславливает рост внесемейного насилия над несовершеннолетними, раннее вовлечение несовершеннолетних в криминальную деятельность, которая становится вско-

Таблица 4.15

**Соматическая патология у подростков-правонарушителей  
(по данным медицинской документации)**

Характеристики групп	Группа 1 (неполная семья)	Группа 2 (полная семья)
Патология центральной нервной системы (неврол.)	66 (61,1%)*	15 (22,1%)
Патология системы пищеварения (вкл. печень)	55 (50,9%)*	11 (16,2%)
Патология дыхательной системы	85 (78,7%)*	32 (47,1%)
Патология сердца и сосудов	15 (13,9%)	7 (10,3%)
Патология почек и мочевыводящей системы	33 (30,6%)	24 (35,3%)
Патология костей, мышц, суставов	22 (20,4%)	11 (16,2%)
Патология кожи и ее придатков	52 (48,1%)*	4 (5,9%)
Патология репродуктивной системы (вкл. венерол.)	22 (20,4%)*	5 (7,4%)
Задержка физич. развития	48 (44,4%)*	19 (27,9%)

\* — достоверное ( $t \geq 2$ ,  $P \leq 0,05$ ) различие между группами

ре образом жизни ребенка, является фактором риска в формировании ПАВ, личностных расстройств, расстройств адаптации и нарушений возрастного развития; схожие проблемы влечет за собой и социальное сиротство. Наиболее частым предиктором неполной семьи является алкоголизм родителей.

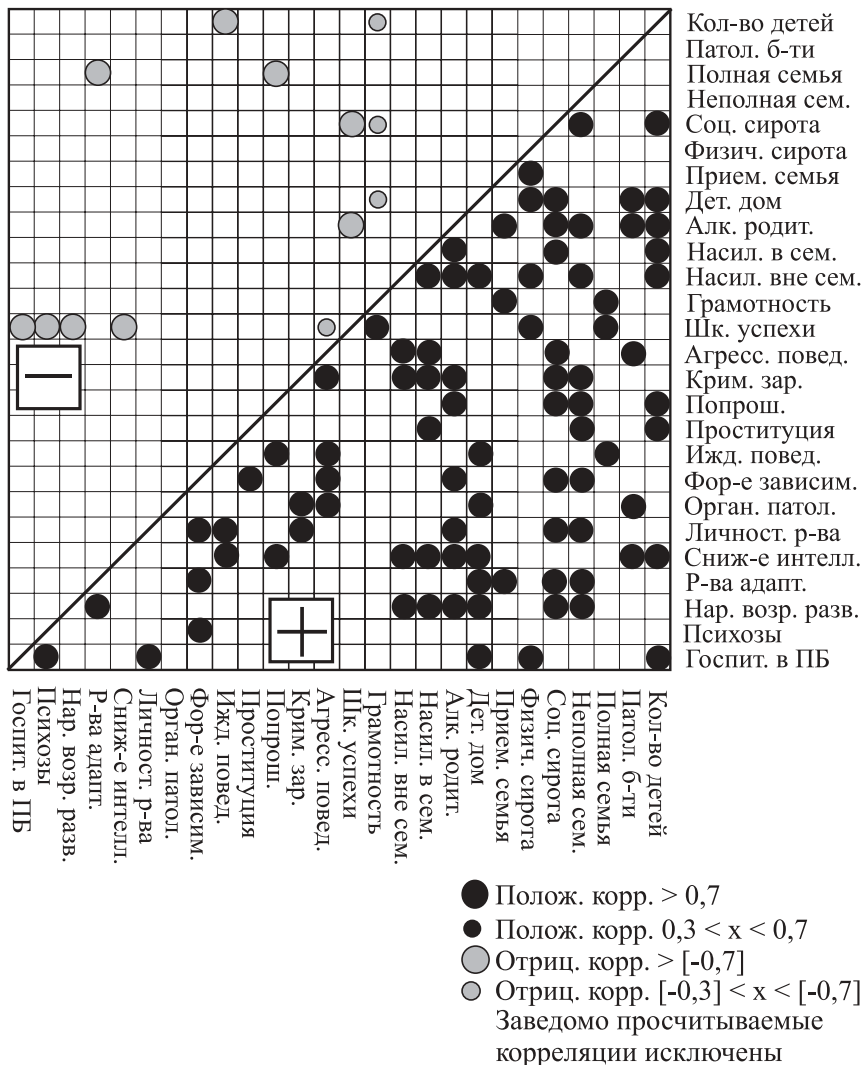


Рис. 4.2. Значимые корреляции между социальными и клиническими факторами

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

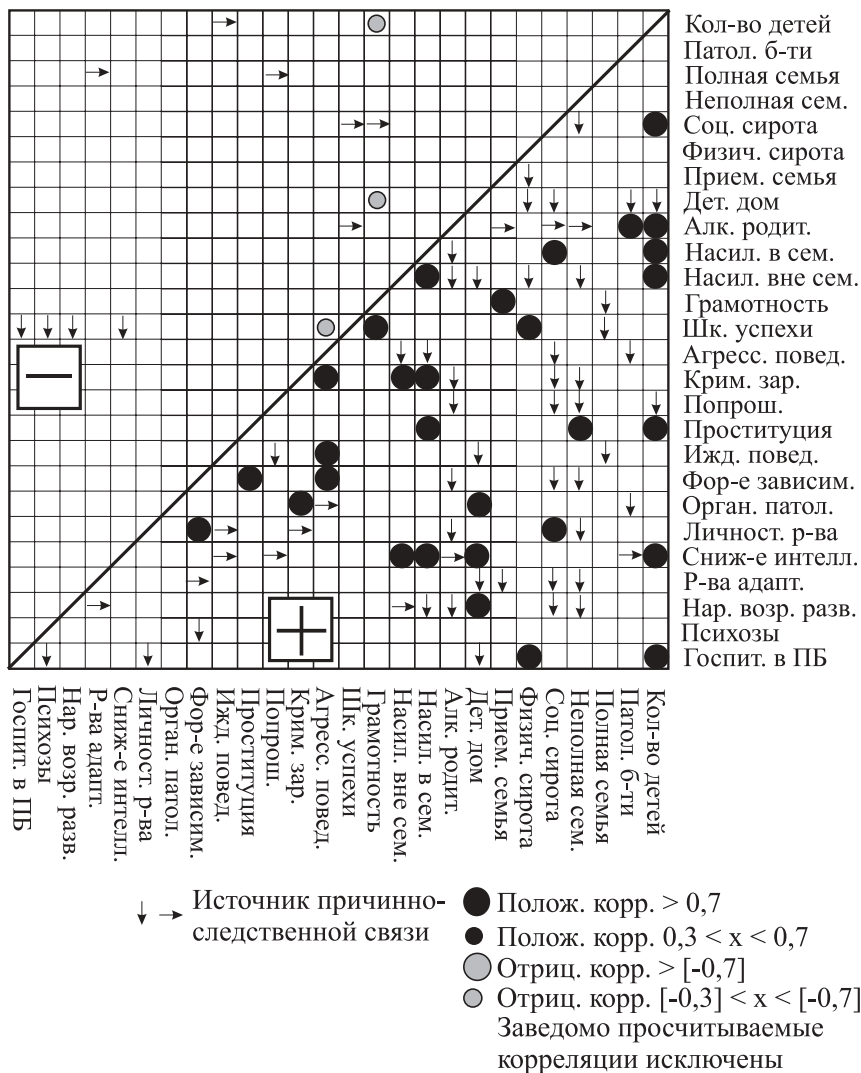


Рис. 4.3. Значимые корреляции между социальными и клиническими факторами: источники причинно-следственных связей (данные мультифакторного анализа)

3) Органическая и личностная патологии стимулируют агрессивное поведение, криминализацию несовершеннолетних, которые становятся активными участниками криминальной среды; интеллектуальная патология и нарушение возрастного психического развития делают несовершеннолетних объектами насилия в семье, вне семьи, в детских коллективах.

4) Нахождение несовершеннолетних в детских домах и социальных приютах менее благоприятно, чем воспитание в приемной семье. Наилучший «социальный потенциал» сохраняется у физических сирот, взятых на воспитание в приемные семьи. В то же время для всех несовершеннолетних из неполных семей необходимы реабилитационные программы (см. главу 6).

Данные анализа подтверждаются и интегративным сравнением параметров подростков из полных и неполных семей по многоосевой классификации психических расстройств в детском и подростковом возрасте (ВОЗ, 1996) (см. рис. 4.4 и 4.5).

Для неполной семьи профиль группы по многоосевой классификации выглядит следующим образом (см. рисунок 4.4): наиболее выражены негативные изменения по 1, 4, 5 и 6 осям (здесь оси обозначают: 1 — клинические психопатологические синдромы, 2 — специфические расстройства развития, 3 — интеллект, 4

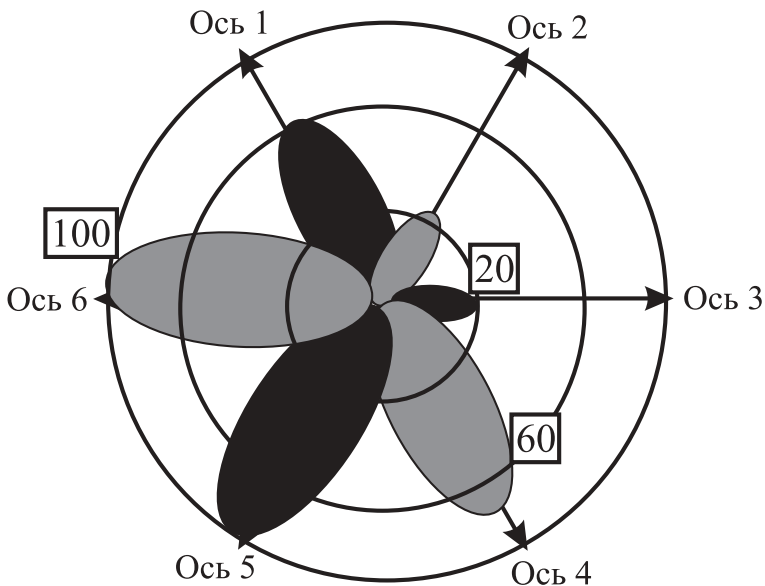


Рис. 4.4.

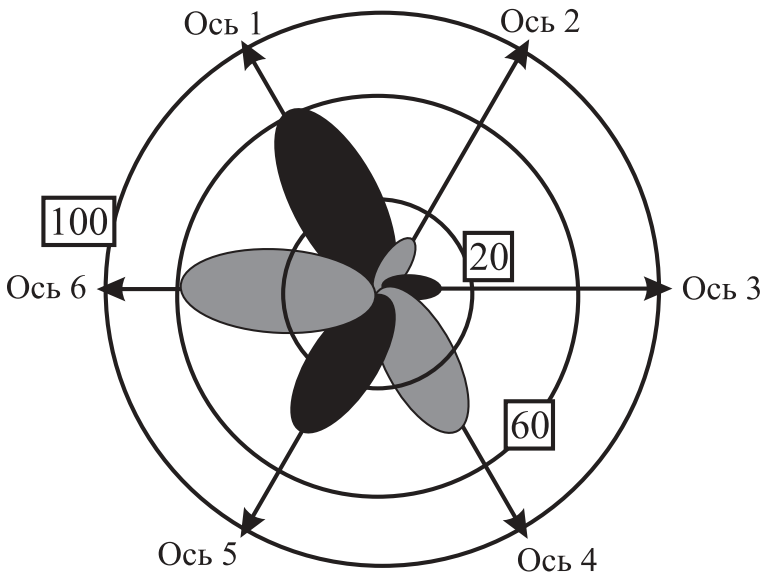


Рис. 4.5.

— соматическая патология, 5 — аномальные психосоциальные ситуации, 6 — социальное функционирование).

В то же время в условиях полной семьи профиль претерпевает существенные изменения (см. рис. 4.5): сохраняется высоким уровень патологии по первой оси, но значительно лучше положение по 4, 5 и 6 осям.

Анализ социализации детей показывает, что социальный и личностно-ориентированный подход к психическому здоровью детей имеет свою методологию, вырабатывает свой понятийный аппарат и определяет новые пути организации консультативно-диагностической и лечебно-реабилитационной работы с детьми, имеющими проблемы в развитии и поведении (Девятова О.Е., 2004) [28].

Сформулируем эти основные положения.

1. Социальная психолого-педагогическая и медицинская помощь адресована не просто детям с отклонениями в психическом здоровье, а детям группы «риска дезадаптации», детям, находящимся в трудных жизненных обстоятельствах и имеющим в связи с этим проблемы в развитии, психическом здоровье и поведении.

2. Социальная психолого-педагогическая и медицинская (консультативная, лечебно-коррекционная, реабилитационная)

помощь по своей сути является адресной, лично ориентированной и должна быть в максимальной степени приближена или к условиям проживания ребенка (семья, детский дом, интернат) или к учреждению, в котором ему оказывается социальная, коррекционно-педагогическая, превентивная, профилактическая помощь. Это важно еще и потому, что реально существующие социально-реабилитационные учреждения для детей в системе здравоохранения отсутствуют, несмотря на то что законодателем предусмотрена организация лечебно-воспитательных учреждений для социально дезадаптированных детей и подростков.

3. Социальная психолого-педагогическая и медицинская помощь не только связана с межведомственным взаимодействием, но ее сутью является междисциплинарная форма организации работы. Поэтому при организации такой работы рекомендуется при оказании социально-медицинской помощи использование приемов многопрофильного бригадного метода. В основу такого подхода положено взаимодействие учреждений здравоохранения с учреждениями образования, социальной помощи и взаимодействие отдельных специалистов — психиатра, психолога, социального педагога — при работе с «проблемной семьей» или «проблемным ребенком» в рамках образовательных и социальных программ. К сожалению, успешный опыт по такой технологии недостаточно отражен в методических рекомендациях и врачебных руководствах, тем более — руководствах для психологов, социальных работников, педагогов, сотрудников КДН.

4. Социальная психолого-педагогическая и медицинская помощь могут быть реализованы в рассмотренных выше организационных формах, если будет изменена методология оценки нарушений психического развития и здоровья. Для реализации такого подхода наиболее оптимальной является концепция «функционального диагноза».

5. Развитие социальной психолого-педагогической и медицинской помощи стало необходимостью, но существенно тормозится тем, что в среде специалистов различного профиля и в практике последипломного обучения базовых дисциплин (педиатрия, психиатрия, медицинская реабилитация, клиническая психология, наркология) не представлены современные основы и методология социального психолого-педагогического и социально-медицинского направления в охране психического здоровья детей и молодежи. Подходы к реабилитации несовершеннолетних обсуждаются в главе 6.

В качестве промежуточных выводов по материалам главы можно сформулировать следующие положения:

1) определяющими факторами формирования психических расстройств и противоправного поведения являются дизонтогенетический, личностный и социальный;

2) правомерно выделение особых «групп риска» несовершеннолетних по социальным и клиническим признакам; мониторинг этих групп и направленная профилактика могут существенно улучшить общую картину социального взаимодействия подростков, снизить потенциал криминальной активности;

3) правомерно выделение групп психического здоровья среди несовершеннолетних с устойчивым радикалом противоправного поведения; в отношении каждой из этих групп лечебная, профилактическая и реабилитационная тактика должны выстраиваться по особой программе;

4) ряд социальных факторов, выявляемых при социальном мониторинге, могут позволить проводить более точную оценку характера и типов как противоправной активности, так и реабилитационных тактик; существуют строго определенные причинно-следственные связи, определяющие поведение несовершеннолетних правонарушителей;

5) многоосевая оценка состояния ребенка является оптимальной формой для диагностических и реабилитационных целей; ее использование позволяет интегрировать усилия специалистов различных направлений (врачи, психологи, социальные работники, работники КДН) в целях профилактики преступлений и полноценной реабилитации подростков, совершающих уголовно-наказуемые деяния.



## **Глава 5**

### **Судебно-психиатрическая экспертиза несовершеннолетних**

Описанные нами в предыдущих главах несовершеннолетние правонарушители не подвергались судебно-психиатрическому экспертному исследованию. Для большинства из них причиной явился возраст: не достигнув 16 (14) лет они не могли выступать в роли субъекта уголовного права. В то же время задачи реабилитации несовершеннолетних правонарушителей распространяются и на более старших подростков, которым, возможно, назначалась судебно-психиатрическая экспертиза (СПЭ). Во многих случаях СПЭ может оказать значительную помощь в выборе стратегии реабилитационной работы и в индивидуальном ее планировании.

Задача настоящей главы — обзор принципов судебно-психиатрической оценки несовершеннолетних, основных особенностей клиники и экспертных подходов в рамках действующего законодательства.

По современному российскому законодательству совершеннолетними являются лица, достигшие возраста 18 лет (кроме специально оговоренных в законодательстве случаев, когда в отношении лиц, не достигших 18 лет, возможна эмансипация). Это совпадает и с положением Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), рассматривающей в качестве детей субъектов до 18 лет. В то же время уголовная ответственность распространяется на лиц старше 16 лет, а в ряде случаев (ч. 2 ст. 20 УК РФ) — на лиц, достигших 14 лет. Несовершеннолетние правонарушители до 14 лет не подлежат уголовной ответственности, в отношении них не ведутся следственные действия, УПК РФ не предусмотрено процедуры, которая позволила бы провести им судебно-психиатрическую экспертизу.

Как верно отмечают В.А. Гурьева и Е.В. Макушкин (2004) [25], «несмотря на выраженную тенденцию к омоложению преступнос-

ти..., а также на то, что чем моложе подросток с криминальным поведением, тем больше вероятность наличия у него психической аномальности», вопросы судебно-психиатрического освидетельствования несовершеннолетних правонарушителей законодательно не разработаны: им не проводится СПЭ, невозможно принудительное лечение, в спецшколы для правонарушителей попадают подростки с психическими расстройствами, где они не получают должного лечения, и в то же время коррекционные и реабилитационные мероприятия в отношении них становятся малоэффективными, поскольку носят прежде всего воспитательный, а не лечебный характер.

Судебными психиатрами давно сформулировано положение о необходимости рассмотрения подросткового возраста в качестве целостного образования, сочетающего в себе все особенности периода психоэндокринного созревания, который в норме протекает с 12 до 18 лет, но нередко сопровождается ускорением или ретардацией. В то же время в общей психиатрии подростков по возрасту делят на наблюдаемых детскими (до 15 лет) и взрослыми (старше 15 лет) психиатрами, а судебная психиатрия занимается только несовершеннолетними старше 14 лет. Таким образом, подростковый возраст искусственно разрывается на две части, причем по самому формальному признаку (Гурьева В.А., 1998) [62].

Статистические данные последних лет свидетельствуют, что, несмотря на снижение доли несовершеннолетних в возрасте 14-18 лет в общей численности населения страны, в последние десятилетия отмечается устойчивая тенденция к росту преступности в этой возрастной группе (ежегодный темп прироста — 14—17%). Как следствие, растет и количество СПЭ, проведенных несовершеннолетним: за последние 10 лет число экспертных исследований у взрослых выросло до 143,3%, а у несовершеннолетних до 186,7% (от исходного уровня). В 2002 г. доля экспертиз несовершеннолетних составила 17,5% от общего числа СПЭ (Дмитриева Т.Б., Мохонько А.Р., Муганцева Л.А., 2004)[30].

В данном контексте особое значение приобретают ключевые положения подростковой судебной психиатрии, предложенные В. А. Гурьевой (1996) [61]:

1) обязательность разработки законодательных и подзаконных актов в отношении несовершеннолетних;

2) обязательность изучения роли возрастного фактора для возникновения, развития и клинического оформления психических расстройств;

3) необходимость учета возрастной специфики клиники для решения судебно-психиатрических проблем применительно к несовершеннолетним;

4) необходимость разработки клинических критериев экспертной оценки;

5) важность разработки новых организационных форм — как общей, так и судебной психиатрии несовершеннолетних. В соответствии с этими положениями мы и расположим материал настоящей главы.

## **Уголовное законодательство**

Современное уголовное законодательство (УК РФ 1996 г.) содержит ряд статей, прямо определяющих границы и характер уголовной ответственности несовершеннолетних правонарушителей. Многие из положений действующего УК РФ введены в отечественное законодательство впервые.

Во-первых, ч. 3 ст. 20 УК РФ впервые вводит различие в трактовке понятий «отставание в развитии» и «психическое расстройство». Современная психиатрия подразумевает тесную связь между этими понятиями, что не совсем четко определено в законодательстве. С точки зрения психиатрической науки трудно представить ситуацию, при которой отставание в развитии было столь значительным, чтобы серьезно ограничивать способность субъекта осознавать фактический характер своих действий и руководить ими, но не было бы обусловлено психическим расстройством (Гурьева В.А., Макушкин Е.В., 2004) [25]. В то же время комментаторы УК РФ не делают существенного различия между «отставанием в психическом развитии» и «умственной отсталостью» (слабоумием), что прямо указано в постановлении Пленума ВС РФ от 14.02.2000 №7 «О судебной практике по делам о преступлениях несовершеннолетних»: «при наличии данных, свидетельствующих об умственной отсталости несовершеннолетнего подсудимого, назначается комплексная психолого-психиатрическая экспертиза для решения вопроса о наличии или отсутствии у несовершеннолетнего отставания в психическом развитии» (Комментарий к УК РФ / Под ред. В. М. Лебедева, 2003) [40]. Разумеется, данное положение законодательства не соответствует клинической практике и нуждается в уточнении. Существенная оговорка в тексте ст. 20 («не в полной мере») вносит дополнительную путаницу, заставляя в некоторой мере отождествлять положения ст. 20 УК РФ с положениями ст. 22 УК РФ.

В.А. Гурьева и Е.В. Макушкин (2004) [25], анализируя положения ч. 3 ст. 20 УК РФ, приходят к следующим выводам:

1) из содержания ст. 20 надо исключить олигофрению, педагогическую и социальную запущенность, задержки развития, обусловленные шизофренией, органическим поражением головного мозга и др. психическими расстройствами;

2) в ч. 3 ст. 20 речь должна идти о личностном парциальном инфантилизме, который обусловлен прежде всего конституциональными, наследственными особенностями, соматическими и эндокринными нарушениями, депривацией и т.д.;

3) вопрос о применении ч. 3 ст. 20 входит в компетенцию комплексной психолого-психиатрической экспертизы, причем психиатры и психологи должны решать этот вопрос совместно; предполагается, что первоначально следует исключить психические расстройства, а затем оценивать степень отставания в психическом развитии;

4) в случае применения судом ч. 3 ст. 20 следует рекомендовать принудительные меры воспитательного характера (ст. 90 УК РФ) или меры психолого-педагогической коррекции в профильном учреждении. Сходную позицию занимают и психологи (Сафьянов Ф.С., 1998, Кудрявцев И.А., 1999) [79, 45]. В.А. Гурьева и Е.Г. Дозорцева (1996) [23] используют для обозначения состояний, подпадающих под действие ч. 3 ст. 20, понятие «возрастная незрелость», характеризуя ее в первую очередь как выражение морального, духовного недоразвития.

Во-вторых, ряд психических расстройств, характерных для несовершеннолетних, например психический инфантилизм, очень хорошо удовлетворяют критериям применения ст. 22 УК РФ. За последние годы психиатрами разработаны критерии применения ст. 22 УК РФ при различных формах психических расстройств.

Все они распространяются и на несовершеннолетних. Необходимо добавить, что применение ст. 22 УК РФ учитывается судом при назначении наказания в совокупности с другими обстоятельствами, характеризующими личность подсудимого. Следует предполагать, что в случае применения ст. 22 УК РФ в отношении несовершеннолетнего этот факт можно расценивать в качестве обстоятельства, существенно смягчающего вину, что позволяет назначать более мягкое наказание, например ниже предела, установленного соответствующей статьей Особенной части УК РФ, хотя такая связь прямо не предполагается законодателем (Бородин С.В., Котов В.П., 1997) [8].

## Клинические закономерности

В.А. Гурьева с соавт. (1994) [26], анализируя огромный клинический материал (более 1800 экспертиз несовершеннолетних в возрасте от 14 до 18 лет), приходит к справедливому выводу, что анализ противоправных действий несовершеннолетних должен производиться как с клинко-психопатологических, так и с социологических и криминалистических позиций. Однако, учитывая главную специфику подросткового возраста, стоит подчеркнуть, что основополагающими факторами в судебно-психиатрической оценке должны служить собственно возраст и особенности клиники психических расстройств, свойственные данному возрастному периоду.

В.А. Гурьева и Е.В. Макушкин (2001, 2004) [24, 25] выделяют ряд наиболее характерных признаков, определяющих трудности судебно-психиатрической диагностики и оценки в подростковом возрасте, с поправкой на которые приходится действовать экспертам:

1) характерность непсихотического уровня психических расстройств, личностного их регистра, некоторая «универсальность» (по Г.Е. Сухаревой, 1959, 1974) [86, 87] для подросткового возраста психопатоподобных и психопатических, невротоподобных и невротических расстройств, расстройств поведения;

2) преобладание «пубертатной» психопатологии в форме патологического фантазирования, сверхценностей, гебоидного поведения, аффективных нарушений, нарушений влечений;

3) практически у всех психопатологических феноменов есть свои непатологические аналоги; зачастую между нормой и патологией существует ряд переходных форм, образующих континуум;

4) пубертатная психопатология тесно связана с личностными нарушениями, формирующимися в преморбиде;

5) клиническая картина психических расстройств характеризуется мозаичностью, полиморфизмом;

6) клиническая картина носит многоуровневый характер, включает дизонтогенетическую симптоматику, проявления аномальной личностной структуры, симптомы, свойственные кризу созревания, пубертатную психопатологическую симптоматику, более коррелирующую с возрастом, чем с конкретной нозологической формой, маскированную либо неярко выраженную нозологическую симптоматику;

7) клиническая картина формируется по одному из типов пубертатного криза, утяжеляется в период негативной фазы пу-

бертата; отмечается постепенное усложнение и утяжеление клинической картины вследствие пубертатной дезинтеграции;

8) психопатологические феномены и собственно психические расстройства носят полиэтиологический характер, тесно связаны с преморбидом и социальными факторами; психопатологические феномены могут выступать как симптомы психических расстройств, но могут носить самостоятельный характер и исчезать после завершения пубертатного периода;

9) часто при психической незрелости обнаруживается склонность к индуцированию.

Большинством детских психиатров наряду с возрастным фактором (Сухарева Г.Е., 1955) [86] выделяется дизонтогенетический фактор. Г.Е. Сухарева (1959) [86] выделяла три формы дизонтогенеза: задержанное, искаженное и поврежденное развитие. В.В. Ковалев (1995) вместе с Г.К. Ушаковым (1973) и Э. Кречмером (1954) выделил две формы дизонтогенеза: ретардацию (запаздывание, приостановка развития) и асинхронию (неравномерное, непропорциональное развитие). В.А. Гурьева и Е.В. Макушкин (2004) [25] выделяют в качестве клинических форм дизонтогенеза инфантилизм (детскость, незрелость психики) — как легкую степень дизонтогенеза — и задержки развития, фактически отождествляя это понятие с олигофренией — от легких степеней до глубокого слабоумия. Возрастной и дизонтогенетический факторы обуславливают особенности клиники психических расстройств в подростковом возрасте.

## **Особенности клиники**

По мнению большинства зарубежных детских психиатров, для детского и подросткового возраста синонимом понятия «психическое здоровье» является «нормативное развитие» (Робсон К.С., 1999) [75]. Это положение вполне соответствует представлению о психических расстройствах подростков как результате дизонтогенетических процессов, принятому в России. В общей психиатрии сложилась традиционная схема, выявляющая структуру психических расстройств детского и подросткового возраста.

Выделяют семь основных групп:

- 1) реакции адаптации;
- 2) общие нарушения развития и психозы детского возраста;
- 3) специфические нарушения развития;
- 4) расстройства поведения, включая асоциальное поведение;

- 5) гиперкинетические расстройства;
- 6) аффективные, в том числе невротические, расстройства;
- 7) симптоматическая патология (Quay H. C., Werry J. S., 1986)

[109].

Все чаще в международной практике используется многоосевая система классификации (типирования) психических расстройств детского возраста, предложенная Rutter M. и Gould M. (1985) [111].

Согласно этой схеме, выделяется пять осей:

- 1) клинических психопатологических синдромов;
- 2) специфических задержек в развитии;
- 3) интеллектуального развития;
- 4) соматических заболеваний;
- 5) негативных социальных ситуаций.

Для клинической (но не для статистической) работы эта классификация удобнее МКБ-10 и DSM-IV. В рамках судебно-психиатрического исследования подобный подход также выглядит предпочтительным, поскольку позволяет оценивать противоправное поведение в рамках системы: социальное окружение > здоровье в целом > психическое развитие > клиническая картина > противоправное поведение.

В рамках судебно-психиатрической экспертной практики особую значимость приобретают органические психические расстройства (17% от числа несовершеннолетних, прошедших экспертизу в 2002 г. в РФ, 28,6% от числа признанных невменяемыми (здесь и далее — данные Дмитриевой Т.Б., Мохонько А.Р., Муганцевой Л.А., 2004) [30], расстройства поведения (9,5% и 3,8% соответственно), умственная отсталость (24,5% и 56,7% соответственно), шизофрения (0,4% и 8,9% соответственно).

Обобщая особенности клиники психопатологических состояний, доминирующих в судебно-психиатрической практике, В.А. Гурьева и Е.В. Макушкин (2004) [25] выделяют ряд неспецифических, типичных для подростковой судебной психиатрии состояний: синдром фантазирования, сверхценные идеи, гебоидный синдром, поведенческие расстройства.

Под синдромом фантазирования (патологического фантазирования) понимают самый широкий спектр фантазий, возникающих у подростков по механизмам инфантильной психической защиты, вытеснения психотравмирующей ситуации, замещения реальной деятельности. В своем крайнем выражении фантазирование приобретает бредоподобный характер (Сухарева Г.Е., 1955) [86], отражает «желания, не выполнимые в жизни, мечты о могу-

ществе». В.В. Ковалев (1985, 1995) [39] относит к признакам бредоподобных фантазий стереотипность, некритичность, охваченность вымыслом, их отрыв от повседневной действительности, присутствие элементов деперсонализации.

Под сверхценными идеями понимают суждения, умозаключения, которые сформировались на основе реальных событий, которые занимают в сознании слишком значительное, непропорциональное их реальной значимости место, в основном — в силу их необъяснимой индивидуальной эмоциональной значимости. Вероятно, авторы, которые утверждают, что сверхценные идеи характерны исключительно для взрослых, а «у детей, даже страдающих психопатией и подвергающихся массивным психогенным воздействиям, сверхценные идеи не образуются» (цит. по М. И. Рыбальскому, 1993) [78], сужают понятие сверхценных идей.

Под гебоидным синдромом понимают неразвернутый вариант гебефренического синдрома, относящийся к группе психопатоподобных расстройств. Он характеризуется утрированной грубостью, дурашливостью, оппозиционным поведением, преобладанием аффективных и волевых нарушений, развивающимися на фоне психической незрелости (Снежневский А.В., 1983) [76].

Поведенческие расстройства — обобщающее понятие, охватывающее асоциальное поведение, ложь, непослушание, воровство, прогулы в школе etc. Максимальный перечень форм поведения, которые относят к патологическим, приведен в критериях диссоциального расстройства личности в МКБ-10 и DSM-V: 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 глгал без причин и не для того, чтобы избежать наказания, воровал, подделывал документы, воровал, вступая во взаимодействие с жертвой, включая карточные игры (критерий II по DSM-V, цит. по Sadock B. J., Sadock V. A., 2001) [112]. Поскольку поведенческие расстройства носят неспецифический характер, их оценка весьма затруднена. По мнению М. Гельдера с соавт. (1999) [18], большинство поведенческих расстройств не требуют какой-либо специфической помощи и проходят бесследно. В части случаев поведенческие расстройства формируют, вероятно, картину преморбида таких психических расстройств, как шизофрения, расстройства личности.



Учитывая сложность клиники и, как правило, первичность диагностики в условиях СПЭ, эксперты стараются обосновывать свои выводы совокупностью данных о подростке, избегают делать окончательные выводы до завершения пубертатного криза, вынуждены часто основывать свои выводы на результатах многоступенчатой дифференциальной диагностики.

Клинические особенности психопатологии подросткового возраста обуславливают характер и содержание критериев экспертной оценки.

## **Принципы оценки**

Учитывая диагностические трудности, возникающие при судебно-психиатрическом экспертном исследовании, будет справедливым рекомендовать проводить подросткам стационарные экспертизы, а по возможности — комплексные судебные психолого-психиатрические экспертизы (КСППЭ). И.А. Кудрявцев (2004) [46] выделяет КСППЭ несовершеннолетних в отдельную категорию, неоднократно указывает на необходимость всестороннего, мультидисциплинарного исследования. В условиях комплексной стационарной экспертизы решаются основные экспертные вопросы, базирующиеся на принципах экспертной оценки (единых для всех категорий подэкспертных): единстве медицинского и юридического критериев, оценке состояния в целом (глубины психических расстройств непсихотического регистра), ретроспективной оценке ситуации правонарушения, комплексности.

Ф.В. Кондратьев (1996) [42] рекомендовал в качестве базового принципа судебно-психиатрической оценки в клинически трудных для экспертов ситуациях использовать подход оценки криминального деяния (1), совершенного подэкспертным с определенным набором личностных, индивидуальных характеристик (2) в определенной ситуации (3). Деяние, личность, ситуация — формируют три опорные точки для экспертного решения.

При выборе в отношении несовершеннолетних, признанных невменяемыми, принудительных мер медицинского характера, следует исходить как их принципа общественной опасности совершенного деяния и риска его повторного совершения в силу психического расстройства, так и из перспектив социальной адаптации, включая получение образования, профессии, трудоустройства, возможностей воспитательной работы с несовершеннолетним, последующего проведения реабилитационных мероприятий.

В заключение тезисно сформулируем основные выводы:

1) необходимо признать, что чем моложе подросток, обнаруживающий стойкую криминальную активность, тем выше вероятность обнаружения у него психических расстройств;

2) психические расстройства у подростков диагностируются значительно труднее, чем у взрослых; многим психическим расстройствам в детском и подростковом возрасте более свойственна неспецифическая симптоматика, чем патогномичные признаки;

3) оптимальной формой судебно-психиатрической оценки несовершеннолетних является комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза;

4) судебно-психиатрическая экспертиза решает не только сугубо правовые задачи, но часто служит отправной точкой для реабилитации несовершеннолетних правонарушителей.

## **Глава 6**

### **Реабилитация несовершеннолетних правонарушителей**

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

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

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

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

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

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

Среди современных реабилитационных программ можно условно выделить 5 типов (Ремшмидт Х., 1994) [71]. Они весьма удачно соответствуют основным клиническим формам, наблюдаемым среди подростков с асоциальным поведением.

1) Программы творческой реализации. Их задача — демонстрация подросткам их индивидуальности и ценности для общества через творческую реализацию. Эти программы хороши для детей с сохраненным интеллектом и без выраженных нарушений внутрисемейных отношений. В нашем исследовании в рамках этих программ могли бы проходить социальную реабилитацию подростки 1 и 4 групп.

2) Программы трудовой реализации. В рамках этих программ основной упор делается на приобретение подростками трудовых и профессиональных навыков. Они более всего подходят для подростков со сниженным интеллектом (группа 2 в нашем исследовании) и с выраженной органической церебральной патологией (группа 3 в нашем исследовании). При этом социальная работа с подростками требует вмешательства со стороны психиатра, который должен вести лечебную работу параллельно с программой социальной реабилитации.

3) Программы социальной реализации. Они наиболее оптимальны для подростков, составляющих группу риска по совершению криминальных актов (часть подростков контрольной группы, совершившие административные правонарушения в нашем исследовании, подростки группы 4, совершившие незначительные и однократные правонарушения). Эти подростки нуждаются в вовлечении в социальные мероприятия на уровне школы, клубов по интересам, спортивных клубов и т.д.

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

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

Таким образом, представляется возможным создать алгоритм распределения несовершеннолетних правонарушителей для последующей реализации реабилитационных программ, учитывающий клинические и социальные факторы (см. рис. 6.1).

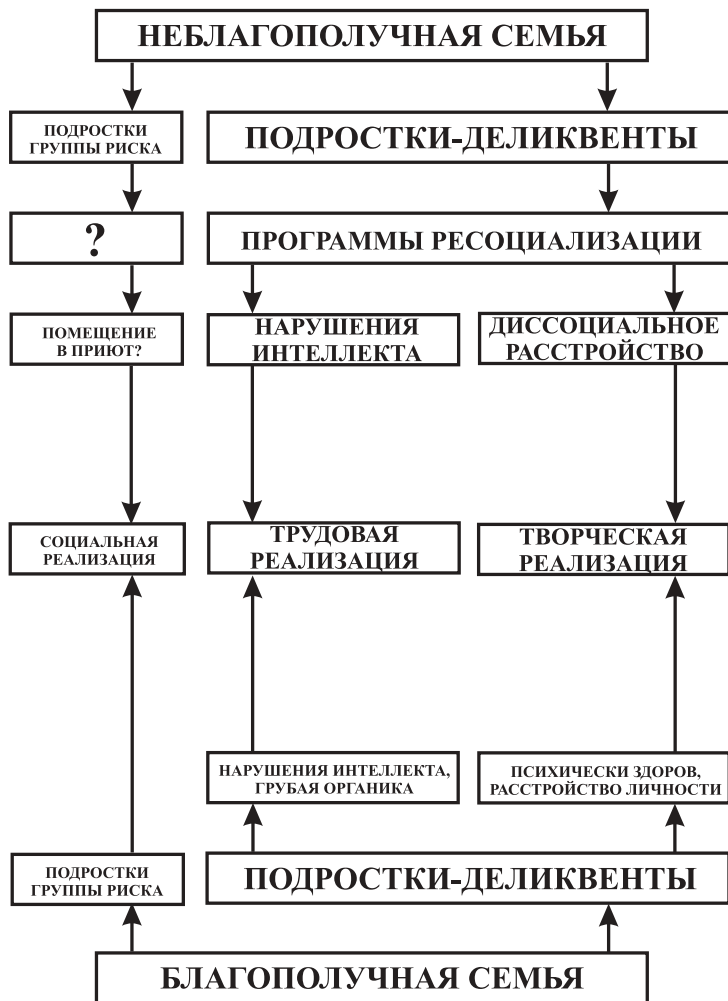


Рис. 6.1.

С учетом этих факторов нами создана диагностическая система ТАКСА (Тестовый Автоматизированный Комплекс Стратегии Адаптации), которая в 2002—2003 гг. прошла апробацию в ЦВИНП ГУВД г. Москвы. Необходимость подобной системы обусловлена прежде всего тем, что в большинстве организаций социальной защиты, занимающихся реабилитацией подростков, отсутствуют врачи-психиатры, которые могли бы оказывать диагностическую, консультационную и лечебную помощь подросткам.

Для подростков в ходе реабилитационной работы можно использовать как групповые, так и индивидуальные коррекционные и психотерапевтические методы. Групповые формы во многом предпочтительнее, но индивидуальные в ряде случаев являются неотъемлемой частью реабилитационной программы. В целом в пользу групповых форм работы 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 в части — оставаться зрителями, осуществляя таким образом общий групповой терапевтический эффект; группа способствует личностному росту, в ней легче выразить 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.

В ходе групповой работы в группе протекают параллельно несколько процессов, которые в совокупности (независимо от типа группы, формы руководства группой, направления терапии) приводят к следующим эффектам (Yalom I. D., 1966, 1975) [114, 115]: сплоченности группы, росту надежды на благополучный исход,

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

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

## **Тренинговые группы**

Тренинговые группы могут быть различными по составу. Одна и та же тренинговая методика может быть адаптирована для малых (5—7 человек), средних (8—15 человек) и больших (16—25 и более участников) групп. Разумеется, возможности по модификации методик не безграничны, но опыт показывает, что для работы с каждой новой группой в сценарий работы неизбежно вносятся изменения, что, однако, не мешает достигать поставленных перед группой целей. Ряд авторов (Петрушин С. В., 2000) [60] 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) [103], 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) [104]. Этот факт, в частности, позволяет объединять в единую группу детей из популяции социального риска и их «благополучных» сверстников: то,

что оказывается неосуществимым в рамках школьного класса (большинство социально неблагополучных подростков становятся изгоями в школьном коллективе), успешно реализуется в процессе тренинга. Итогом работы является таким образом, не только обучение, но и формирование коллективных отношений на качественно новом уровне (Майерс Д., 1996, Эллис А., 2002) [51, 93].

В качестве примера приведем план разработанного и апробированного нами тренинга, направленного на профилактику злоупотребления ПАВ подростками группы риска (Пережегин Л.О., 2003) [58].

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

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

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

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

Задачи тренинга:

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

Тренинг включает:



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

2) оценку уровня информированности участников, их личного опыта,

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

4) показ фильма о зависимостях,

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

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

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

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

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

(10) заключение.

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

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).

Для контроля успешности была взята группа из 62 школьников 8—9 классов. За полгода, прошедшие после тренинга, 7 из 28 человек бросили курить, 2 человека из 17 прекратили регулярный

прием алкоголя, 1 школьник из 6 прекратил прием токсических препаратов. За тот же период начали курить 3 человека.

Таким образом, предложенный план тренинга отвечает основным принципам тренинговой группы: содержит элементы обучения, формирования группового стандарта поведения, приобретения поведенческих навыков, стратегий разрешения конфликтных и индивидуально трудно преодолеваемых ситуаций. Подобные тренинги показали достаточно высокую эффективность (Пережогин Л.О. с соавт., 2002) [59].

Отдельный подход в рамках тренинговых групп демонстрируют представители бихевиористического направления. Основное отличие в работе групп в данном случае проявляется в намеренном подавлении групповых процессов, достигаемом авторитарным руководством тренера и отчасти — переносом на всю группу методов индивидуальной терапии без учета законов групповой динамики. Многие авторы рекомендуют подобную стратегию тренинга для подростков, поскольку именно в подростковом возрасте возникает необходимость делать выбор, порой определяющий всю судьбу человека. Задачи, которые ставятся в группах, здесь несколько иные: необходимо дать подросткам навыки межличностных отношений, удовлетворения потребностей, уверенности в себе, релаксации (Guerney В., 1977, Рудестам К., 1998) [101, 74]. Классическим тренингом в рамках бихевиористического подхода обычно называют тренинг уверенности в себе. С. Kelley (1979) [102] сформулировал его основные задачи как усвоение того факта, что уверенное поведение — норма для современного общества. В качестве навыков уверенного поведения им выделены: право на одиночество, право на независимость, право на успех, право быть выслушанным и принятым всерьез, право получить то, за что заплатил, право действовать уверенно, в рамках своих прав, право отвечать отказом на просьбу, не чувствуя вины, право обращаться с просьбами любого содержания, право делать ошибки и отвечать за них, право не самоутверждаться, а просто жить. Поведенческие навыки, приобретаемые в группе, достигаются путем репетиций по заранее оговоренному сценарию (т.е. участники должны обязательно добиться запланированного исхода). Работа с участниками идет по сценарию: разыграли сценку (ситуацию) — проанализировали — выявили ошибки — повторили. В ряде случаев это имеет хороший эффект, но часто вызывает у подростков естественный протест. К тому же всегда остается риск, что тренер, предлагая к усвоению те или иные поведенческие схемы, не в состоянии учесть все нюансы реальных жизненных ситуаций.

## Гештальт-группы

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

К ним относятся:

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

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

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

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

5) принятие ответственности — прежде всего на уровне применения личного отношения к своим действиям; например, один и тот же тезис можно осознавать в различной степени личности: «подросткам нельзя пить водку» совсем не тождественно «мне нельзя пить водку» и тем более «я не буду пить водку»;

6) преодоление сопротивления — особый шаг, характерный для многих направлений психотерапии; для Ф. Перлза (1973) [107]

сопротивление выражается в том, что участник группы отказывается выполнять упражнения, как бы «вовремя одергивает себя»; как правило, сопротивление — следствие внутреннего напряжения, защиты и снимается путем установления доверительных отношений (прежде всего — с самим собой).

В нашей работе с подростками мы использовали упражнения на преувеличенное или противоположное поведение. Сначала подростков просили выбрать какое-либо поведение, которое каждому кажется наиболее нежелательным. В ряде случаев группа сама решала, какое поведение (которое сам участник за собой не замечает) следует проработать. Если участник не замечает за собой такой склонности, ему поручалось вести себя именно так, только максимально утрировать подобный тип поведения; если подросток признавал за собой ту или иную особенность, его просили вести себя нарочито противоположным образом. После двух-трех повторений в группе и оценки группой работы участника удавалось в 30-40% случаев ликвидировать или трансформировать данный поведенческий паттерн (Вострокнутов Н. В. с соавт., 2002) [12, 15].

## **Группы арт-терапии**

Арт-терапия (терапия искусством, терапия творчеством) является одним из наиболее доступных и продуктивных методов работы с подростками. Основу работы составляет не столько сам процесс творчества, сколько общение с терапевтом на уровне символов, образов (Naumburg M., 1966) [106].

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

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

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

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

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

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

Задания в ходе терапевтической работы носят характер спонтанного творчества или выполнения сформулированных терапевтом сюжетов. Следует учитывать, что арт-терапия является не столько самостоятельным направлением в терапии, сколько представляет собой реализацию основных идей психоанализа, гештальт-терапии, гуманистического направления психотерапии в целом (Бетенски М., 2002) [7]. Этим определяется практически неограниченный набор упражнений и техник, которые могут быть использованы. В работе с подростковыми группами арт-терапия является одним из перспективных направлений.

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

## **Группы психодрамы**

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

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

Нами использовались техники кататимно-образной психотерапии, занимающей промежуточное положение между символдрамой и техниками визуализации при эриксоновском гипнозе (Карл Г., Бойз Д., 2002, Вострокнутов Н.В. с соавт., 2004) [37, 16]. В этом случае психокоррекционный подход предполагает направленную проработку (свободное фантазирование) на определенные темы, являющиеся символическим отражением основных проблем ребенка (проблем общей адаптации).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

К третьему занятию вся процедура сеанса становится для ребенка привычной. Ведущий просит его устроиться удобнее и вновь представить картину луга, что дети делают без затруднений. После короткого вводного представления поля, луга просят ребенка «увидеть» на этом поле «фигурку человечка или какого-либо иного существа». Представление человека, символически выражающего внутреннее «Я» ребенка, его собственный 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 преодолить, и, когда ребенок начинает уверенно фантазировать на тему «человека», следует попросить его руководить этой фигуркой: дать воображаемому существу команду поднять руку, опустить, попросить его пройти влево, затем направо и т.п. К концу занятия ребенок обычно легко воображает на данную тему, с интересом манипулируя фигуркой. Воображаемый образ в процессе занятий быстро приобретает те черты и качества, которые ребенок хотел бы видеть в себе. Дети легко «примеряют» к себе этот образ, активно вживаются в него, получая ощущение защищенности и уверенности.

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

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

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

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



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

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

## **Группы транзактного анализа**

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

В середине 1970-х годов группы транзактного анализа были созданы в США в центрах по реабилитации заключенных. По предположению М. Groder (1976) [100], систематическое противоправное поведение является одной из форм «игр, в которые играют люди»; продолжительная работа в группах дала хороший результат: уровень рецидивной преступности среди правонарушителей, проходивших реабилитацию в группах М. Groder, оказался почти вдвое ниже, чем в контрольной группе.

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

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

## **Телесно-ориентированная терапия**

Телесно-ориентированная терапия — широкое понятие. Различные формы терапевтической работы объединяются в это направление благодаря тому, что первичное внимание здесь уделяется реакциям со стороны тела пациентов. Особое внимание в ходе работы уделяется дыханию, позам, мышечному тону и двигательным упражнениям. В ряде случаев в ходе групповой работы применяют упражнения в парах, иногда группа выполняет упражнение, предложенное одним из участников. В выборе упражнения отражается зачастую скрытый символизм, поэтому у многих членов группы упражнение может вызвать глубокие переживания (Pierrakos J. C., 1978) [108]. В ряде случаев для снятия мышечного напряжения в процессе работы приходится использовать массаж или подобное массажу воздействие.

В ряде случаев нам приходилось отказываться от форм групповой работы в пользу индивидуальных занятий (Вострокнутов Н.В. с соавт., 2004) [16]. Это случалось прежде всего в тех случаях, когда среди потенциальных участников группы уже заранее были выявлены подростки, имеющие органический дефект, либо с большим стажем употребления токсических веществ. В силу своей агрессивности, брутальности они изначально претендуют на роль лидеров и способны парализовать работу группы.

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

После знакомства и выяснения проблемы подросткам объясняют, что их собственный организм обладает мощными ресурсными возможностями и поэтому в процессе психокоррекционного сеанса им необходимо довериться своему телу, своим ощущениям и просто наблюдать за ними. Таким образом, перед началом

сеанса осуществляется психотерапевтическое наведение, создающее установку на восстановление нарушенных функций и общее укрепление организма. Данная процедура, по сути, является сочетанием внушения в бодрствующем состоянии и рациональной разъяснительной психотерапии.

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

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

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

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

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

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

Если несовершеннолетний воздерживается от выражения своих образов-представлений, каких-либо мыслей или чувств, то он 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;
- 2) зрительно-образные представления, отражающие проблемы и напоминающие трансперсональные переживания;
- 3) смешанный тип реагирования.

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

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

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

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

Задача специалиста — в измененном состоянии сознания оживить и усилить подавленные чувства, эмоционально выразить их, и тогда через соматотелесное реагирование происходит восстановление функций организма, слом старых сложившихся сте-

реотипов в поведении и сложившихся психологических защит. Одновременно происходит скачкообразный выход на новые формы адаптации к социуму.

\* \* \*

К сожалению, возможности психотерапевтической, психолого-педагогической коррекции не безграничны, во многих случаях психотерапия должна проводиться параллельно с психофармакологическим лечением. Для обеспечения комплексного лечения и реабилитации несовершеннолетних правонарушителей в условиях спецшколы, спецПТУ, коррекционной школы или социального приюта необходимо взаимодействие нескольких специалистов, между которыми, с одной стороны, происходит распределение функций, а с другой — взаимообмен информацией. В состав группы должны входить: педагог, патопсихолог, социальный работник, врач-психиатр (психотерапевт), юрист. В ряде случаев для диагностики необходимо приглашать дополнительных специалистов или пользоваться услугами дистанционного консультирования. Не следует забывать, что значительная нагрузка по работе с несовершеннолетними ложится на плечи воспитателей, среднего и младшего медперсонала. Среди них не должно оказаться случайных людей.

В качестве промежуточных выводов по материалам главы можно сформулировать следующие положения:

1) на современном этапе развития социальной психиатрии возможны планирование и реализация дифференцированных по структуре и форме реабилитационных программ, направленных на предотвращение повторных правонарушений у подростков; использование той или иной программы зависит от нозологического и социального статуса подростка;

2) в рамках психотерапевтической коррекции и лечения наиболее оправдано использование групповых форм терапии, однако в ряде случаев целесообразно прибегать к индивидуальной работе;

3) наиболее часто для психотерапевтической групповой работы используются: тренинговые группы, гештальт-группы, группы арт-терапии, психодраматические группы, группы транзактного анализа, группы телесно-ориентированной терапии;

4) для работы с подростками должны функционировать бригады специалистов, включающие как минимум педагога, патопсихолога, социального работника, врача-психиатра и юриста.

## Заключение

Проблема противоправного поведения несовершеннолетних не окажется решенной в одночасье: для того, чтобы она потеряла свою остроту, необходимо, по крайней мере, несколько факторов:

1) решение социальных, экономических проблем, включая повышение материального уровня среднестатистической российской семьи, повышения общего уровня образования, юридической и медицинской грамотности населения;

2) повышение правового самосознания граждан, общей правовой культуры общества;

3) создание системы учреждений, в которых совместно работали бы юристы, психологи, врачи-психиатры, социальные работники, где оказывалась бы правовая и медико-психологическая помощь подросткам и членам их семей, осуществлялись бы комплексные программы мониторинга, профилактики и коррекции, была бы доступна медицинская и социальная помощь, поставленная на современный уровень;

4) создание системы мер, направленных на профилактику (превенцию) правонарушений несовершеннолетних и реабилитацию (ресоциализацию) подростков, уже совершивших противоправные действия;

5) создание системы ювенальной юстиции, обеспечивающей качественно иное правовое поле и иную, чем для взрослых, правоприменительную практику в отношении несовершеннолетних.

Настоящая работа носит, по существу, предварительный характер: она лишь приоткрывает причинно-следственные отношения между социальными, психологическими и клиническими факторами, лежащими в основе криминального поведения подростков, и намечает пути, принципы реабилитационных технологий. Разумеется, в ней больше вопросов, чем ответов, которые носят отнюдь не исчерпывающий характер.

Решая поставленные перед нами задачи, мы руководствовались следующими принципами:

1) излагать материал компактно, больше оперировать фактическим материалом, чем построением теорий и концепций;

2) строить выводы с опорой на статистически достоверные результаты;

3) отражать в работе собственный практический опыт и опыт коллег.

В заключение позволю себе поблагодарить читателей, которые, смею надеяться, добрались до этой страницы, предварительно прочитав книгу.

## Библиографический список

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. — М.: Медицина, 1993.
2. Антонян Ю.М., Горшков И.В., Зулкарнеев Р.М., Сапрунов А.Г. Насилие в семье. — М.: ВНИИ МВД РФ, 1999.
3. Асинкритов В.Ф. Клиника и судебно-психиатрическая оценка астенической психопатии. Автореф. ... канд. мед. наук. — М., — 1971.
4. Башкатов И.П. Психология неформальных подростково-молодежных групп. — М.: Информпечать, 2000.
5. Берн Э. Секс в человеческой любви. — М.: АСТ, Институт общегуманитарных исследований, 1998.
6. Беседин А.Н., Липатов И.И., Тимченко А.В., Шапарь В.Б. Книга практического психолога. — Харьков: РИП Оригинал, 1996.
7. Бетенски М. Что ты видишь? Новые методы арт-терапии. — М.: Эксмо-пресс, 2002.
8. Бородин С.В., Котов В.П. Комментарий к ст. 22 УК РФ // Комментарий к законодательству РФ в области психиатрии / Под ред. Т. Б. Дмитриевой. — М.: Спарк, 1997.
9. Братусь Б. С. Аномалии личности. — М., Мысль, 1988,
10. Бронин С. Я. Малая психиатрия большого города. — М.: Закат, 1998.
11. Бэрон Р., Ричардсон Д. Агрессия. — СПб.: Питер, 1997.
12. Вострокнутов Н.В., Дозорцева Е.Г., Пережогин Л.О., Русина В.В. Социальная и психиатрическая помощь детям с риском безнадзорности и криминальной активности: Методические рекомендации. — М.: РИО ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 2002.
13. Вострокнутов Н.В., Пережогин Л.О. Диссоциальное расстройство личности несовершеннолетних: диагностика, коррекция, профилактика, принципы правовой поддержки. Аналитический обзор. — М.: РИО ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 2003.
14. Вострокнутов Н.В., Харитоновна Н.К., Игонин А.Л., Пережогин Л.О. Организационно-методические основы психотерапевтической и психокоррекционной работы с детьми группы риска употребления психоактивных веществ: Методические рекомендации. — М.: РИО ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 2004.



15. Вострокнутов Н.В., Харитоновна Н.К., Пережогин Л.О., Колосов В.П. Психопрофилактическая работа с несовершеннолетними, имеющими высокий риск наркотизации. Основы семейного консультирования: Методическое пособие. — М.: РИО ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 2002.

16. Вострокнутов Н.В., Харитоновна Н.К., Пережогин Л.О., Морозова Н.Б. Профилактика и реабилитация несовершеннолетних с психическими расстройствами и криминальной активностью: Пособие для врачей. — М.: РИО ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 2004.

17. Выготский Л.С. Психология детского возраста (1930) // Выготский Л.С. Психология. — М.: Эксмо-пресс, 2000.

18. Гельдер М., Гэт Д., Мейо Р. Оксфордское руководство по психиатрии: В 2 т. — Киев: Сфера, 1999.

19. Гиндикин В.Я., Гурьева В.А. Личностная патология. — М.: «Триада-Х», 1999.

20. Гульдман В.В. Значение особенностей мотивации противоправного поведения при решении вопроса о вменяемости при психопатиях // Проблемы вменяемости в судебной психиатрии. — М.: изд-во ЦНИИСП им. В.П. Сербского, 1983.

21. Гульдман В.В. Мотивация преступного поведения психопатических личностей // Криминальная мотивация. — М.: Наука, 1986.

22. Гурьева В.А., Гиндикин В.Я. Современное состояние учения о психопатиях // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. — 1968. Т. 68. — №7. — С. 1064—1080.

23. Гурьева В.А., Дозорцева Е.Г. Дискуссионные вопросы ограниченной вменяемости несовершеннолетних // Ограниченная вменяемость / Под ред. Б.В. Шостаковича. — М.: РИО ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 1996.

24. Гурьева В.А., Макушкин Е.В. Принципы судебно-психиатрической диагностики в подростковом возрасте // Функциональный диагноз в судебной психиатрии / Под ред. Т.Б. Дмитриевой, Б.В. Шостаковича. — М.: РИО ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 2001.

25. Гурьева В.А., Макушкин Е.В. Судебно-психиатрическая экспертиза несовершеннолетних // Руководство по судебной психиатрии / Под ред. Т.Б. Дмитриевой, Б.В. Шостаковича, А.А. Каченко. — М.: Медицина, 2004.

26. Гурьева В.А., Семке В.Я., Гиндикин В.Я. Психопатология подросткового возраста. — Томск: Изд-во ТГУ, 1994.

27. Гравина А. А., Кашепов В. П., Кошаева Т.О. и др. Уголовная ответственность несовершеннолетних: Научно-практ. пособие / Под ред. В.П. Кашепова. — М.: Юридическая литература, 1999.

28. Девятова О. Е. Семейная депривация и психические расстройства у детей. — М.: Барс, 2004.
29. Джеймс Д. Драматерапия с детьми, испытывающими трудности в обучении // Драматерапия / Под ред. С. Митчела. — М.: Эксмо-пресс, 2002.
30. Дмитриева Т.Б., Мохонько А.Р., Муганцева Л.А. Основные показатели деятельности судебно-психиатрической экспертной службы Российской Федерации в 2002 г. Аналитический обзор. — М.: РИО ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 2004.
31. Дружинин В.Н. Психология общих способностей. — СПб.: Питер Ком, 1999.
32. Емельянов В.П. Преступность несовершеннолетних с психическими аномалиями. — Саратов: СГУ, 1980.
33. Иванников В.А. Психологические механизмы волевой регуляции — М.: Изд-во УРАО, 1998.
34. Калинин В.К. Воля, эмоции, интеллект // Эмоционально-волевая регуляция поведения и деятельности: тезисы всесоюзной конференции молодых ученых. — Симферополь, 1983.
35. Каплан Г.И., Сэдок Б. Дж. Клиническая психиатрия: В 2 т. — М.: Медицина, 1994.
36. Каплан Г., Сэдок Б. Клиническая психиатрия. — М.: Гэотар медицина, 1998.
37. Карл Г., Бойз Д. Гипнотерапия: Практ. руководство. — М.: Эксмо-пресс; СПб.: Сова, 2002.
38. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста (руководство для врачей). — М.: Медицина, 1979.
39. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста: руководство для врачей. М.: Медицина, 1995.
40. Комментарий к Уголовному кодексу РФ / Отв. ред. В.М. Лебедев. — М.: Юрайт-издат, 2003.
41. Кон И.С. Психология юношеского возраста. — М.: Педагогика, 1979.
42. Кондратьев Ф.В. Методологические аспекты проблемы ограниченной вменяемости // Ограниченная вменяемость (сб. науч. трудов). — М.: РИЦ ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 1996.
43. Кречмер Э. (1927). Строение тела и характер. — М.: Педагогика-пресс, 1995.
44. Криминология / Под ред. А. И. Долговой. — М.: Норма, 2003.
45. Кудрявцев И.А. Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза. — М.: Изд-во МГУ, 1999.

46. Кудрявцев И.А. Комплексные судебные психолого-психиатрические экспертизы // Руководство по судебной психиатрии / Под ред. Т. Б. Дмитриевой, Б. В. Шостаковича, А.А. Ткаченко. — М.: Медицина, 2004.
47. Лангмейер Й., Матейчик З. Психическая депривация в детском возрасте. — Прага: Авицenum, 1984.
48. Леонгард К. Акцентуированные личности. — Киев: Вища школа, 1981.
49. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. — Л.: Медицина, 1983.
50. Лоуэн А. Любовь и оргазм. — М.: Институт общегуманитарных исследований, 1997.
51. Майерс Д. Социальная психология. — СПб.: Питер, 1996.
52. Менделевич В. Д. Новые проблемы психологии и психопатологии девиантного поведения в период социальных перемен / / Психиатрия и общество: сб. науч. работ, посвященный 80-летию ГНЦ ССП им. В.П. Сербского. — М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001.
53. Многоосевая классификация психических расстройств в детском и подростковом возрасте. Классификация психических и поведенческих расстройств у детей и подростков в соответствии с МКБ-10. — М.: Смысл; СПб.: Речь, 2003.
54. Можгинский Ю.Б. Признаки расстройств настроения и их динамика как показатели агрессивного-криминального поведения у подростков // Дети и насилие. Материалы всероссийской научно-практ. конференции. — М.; СПб. 2-8 октября 1994.
55. Нечипоренко В.В. Обоснованность диагноза психопатии в молодом возрасте с позиций динамического подхода // Обзор психиатрии и мед. психол. им. В. М. Бехтерева. — 1991. — №1. — С. 47—57
56. Николаева Т.А. Судебно-психиатрическая оценка легкой умственной отсталости с учетом положений ст. 22 УК РФ. Автореф... канд. мед. наук. — М., 2002.
57. О положении детей в Российской Федерации. Государственный доклад. 2002 год. — М.: Министерство труда и социального развития РФ, 2002.
58. Пережегоин Л.О. Тренинговая профилактика синдрома зависимости у детей и подростков // Материалы XI международного симпозиума «Эколого-физиологические проблемы адаптации». 27—28 января 2003 г., Москва. — М.: РУДН, 2003.
59. Пережегоин Л.О., Емельянцева Ю.В., Крюковский С.В. Тренинговая профилактика синдрома зависимости у детей и подростков. // Психическое здоровье и социально-психологическая под-

держка детей и подростков. Состояние и перспективы. (Материалы межрегиональной научно-практической конференции) — Кострома, 23—24 апреля 2002 г. — С. 52—53.

60. Петрушин С.В. Психологический тренинг в многочисленной группе. — М.: Академический проект; Екатеринбург: Деловая книга, 2000.

61. Подростковая судебная психиатрия. Руководство для врачей / Под ред. В.А. Гурьевой. — М.: РИО ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 1996.

62. Подростковая судебная психиатрия. Руководство для врачей / Под ред. В.А. Гурьевой. — М.: РИО ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 1998.

63. Попов Ю.В. Новый подход к диагностике психопатий (расстройств личности) // Обозр. психиатрии и мед. психол. им. В.М. Бехтерева. — 1991. — №2. — С. 5—14

64. Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. — СПб.: Речь, 2000.

65. Прикладная статистика. Правила определения оценок и доверительных границ для параметров нормального распределения. ГОСТ 11.004-74. — М.: Гос. комитет стандартов СССР, 1974.

66. Прикладная статистика. Правила проверки согласия опытного распределения с теоретическим. ГОСТ 11.006-74. — М.: Гос. комитет стандартов СССР, 1975.

67. Психические расстройства и расстройства поведения (F 00-F 99). Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации. — М.: Министерство здравоохранения РФ, 1988.

68. Психотерапия детей и подростков / Под ред. Х. Ремшмидта. — М.: Мир, 2000.

69. Реан А.А., Коломинский Я.Л. Социальная педагогическая психология. — СПб.: Питер Ком, 1999.

70. Ремшмидт Х. Детская и подростковая психиатрия. — М.: Эксмо Пресс, 2001.

71. Ремшмидт Х. Подростковый и юношеский возраст. Проблемы становления личности. — М.: Мир, 1994.

72. Рихартц М., Бауэр М. Психиатрия и психотерапия периода развития // Психиатрия, психосоматика, психотерапия / Ред. К.П. Кискер, Г. Фрайбергер, Г.К. Розе, Э. Вульф. — М.: Алетейа, 1999. — С. 52—89.

73. Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии. — М., 1946, переиздание: — СПб.: Питер Ком, 1999.

74. Рудестам К. Групповая психотерапия. — СПб.: Питер Ком, 1998.
75. Руководство по клинической детской и подростковой психиатрии / Под ред. К.С. Робсона. — М.: Медицина, 1999.
76. Руководство по психиатрии: В 2 т. / Под ред. Снежневского А.В. — М.: Медицина, 1983.
77. Руководство по социальной психиатрии / Под ред. Т. Б. Дмитриевой. — М.: Медицина, 2001.
78. Рыбальский М. И. Бред. — М.: Медицина, 1993.
79. Сафуанов Ф.С. Судебно-психологическая экспертиза в уголовном процессе. — М.: Гардарика, Смысл, 1998.
80. Сексопатология: справочник / Под ред. Г.С. Васильченко. — М.: Медицина, 1990.
81. Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. — М.: Академия, 2002.
82. Ситковская О.Д. Психология уголовной ответственности. — М.: Норма, 1998.
83. Собчик Л.Н. Психодиагностика. Методы и методология. — М.: Союзвузприбор, 1990.
84. Собчик Л.Н. Введение в психологию индивидуальности. Теория и практика психодиагностики. — М.: Институт прикладной психологии, 1997.
85. Стайн Д.М., Грембах М. М. Половое созревание у мальчиков и девочек: физиология и нарушения // Репродуктивная эндокринология / Под ред. С.С. К. Йена, Р.Б. Джаффе. — М.: Медицина, 1998. — Т. 1. — С. 422—530.
86. Сухарева Г. Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста: В 3 т. — М.: Медицина, 1955—1965.
87. Сухарева Г.Е. Лекции по психиатрии детского возраста. — М.: Медицина, 1974.
88. Тростанецкая Г.Н., Шипицына Л.М. Дети группы «риска». Социальные и психолого-педагогические проблемы // Дети и насилие. Материалы всероссийской научно-практической конференции. — М.-СПб. 2-8 октября 1994.
89. Шнайдер К. Клиническая психопатология. — Киев: Сфера, 1999.
90. Шостакович Б.В., Горинов В.В., Пережогин Л.О. Способ диагностики степени выраженности волевых расстройств в судебно-психиатрической клинике // Социальная и клиническая психиатрия. — 2000. — № 3. — С. 42—48.
91. Шпенглер О. Закат Европы. Образ и действительность. — М.-Петроград: Изд-во Л.Д. Френкель, 1923.

92. Эйдемиллер Э.Г., Юстицких В. Психология и психотерапия семьи. — СПб.: Питер, 1999.
93. Эллис А. Гуманистическая психотерапия: рационально-эмоциональный подход. — СПб.: Сова; М.: Эксмо-пресс, 2002.
94. Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис. — М.: Прогресс, 1996.
95. Ясперс К. (1913) Общая психопатология. — М.: Практика, 1997.
96. Crocker A. C., Nelson R. P. Mental retardation. // Levine M. D., Carey W. B., Crocker A.C., Gross R.D. (editors) *Developmental Behavioral Pediatrics*. — Philadelphia, Saunders, 1983. — p. 756-98.
97. Fields L. Psychopathy, other regarding moral beliefs, and responsibility. // *PPP Vol .3 № 4*, 1996. P. 261—277.
98. Fingarette H. *Criminal Insanity // Psychiatry & ethics*. — NY.: Prometheus press, 1982. — P. 499—517.
99. Gacono C. B., Meloy J. R. The Rorschach and DSM-III-R antisocial personality // *J. of clinical psychology*, 1992, Vol. 48, № 3, P. 393—406.
100. Groder M. G. *Asklepieion: effective treatment for felons. // Transactional analysis: principles and application*. — Boston, Allyn & Bacon, 1976.
101. Guerney B. *Relationship enhancement: skill training programs for therapy, problem prevention and enrichment*. — San Francisco, Jossey Bass, 1977.
102. Kelley C. *Assertion training: a facilitator's guide*. — La Jolla, California: University association, 1979.
103. Luft J. *Group processes: an introduction to group dynamics*. — Palo Alto, California. National press, 1970.
104. Luke R. A., Seashore C. *Generalizations on research and speculations from experience related to laboratory training design. // Sensitivity training and the laboratory approach*. — Itasca, Illinois, F. E. Peacock, 1977.
105. Marttunen M. J., Aro H. M., Henriksson M. M., Lonnqvist J. K. *Antisocial behaviour in adolescent suicide // Acta psychiatrica scandinavica* 1994, Vol 89, №3, P. 167—173.
106. Naumburg M. *Dynamically oriented art-therapy: its principles and practices*. — NY.: Grune & Stratton, 1966.
107. Perls F. S. *The Gestalt approach and eye witness to therapy*. — Palo Alto, California. Science books, 1973.
108. Pierrakos J. C. *Core-energetic processes in group therapy // Group therapy theory and practice*. — NY.: Free press, 1978, P. 176—201.

109. Quay H. C., Werry J. S. Psychopathological disorders of childhood. — NY.: John Wiley, 1986.

110. Rasch W. Die Zuordnung der psychologischen Diagnosen zu den vier psychischen Merkmalen der articles 20, 21 StGB // Psychiatrie Prax. 1983. Vol. 10. №5. P. 170—176.

111. Rutter M., Gould M. Classification. // Child and adolescent psychiatry. Modern approaches. (ed. M. Rutter and L. Hersov). Oxford: Blackwell, 1985.

112. Sadock B. J., Sadock V. A. Kaplan and Sadock's handbook of clinical psychiatry. NY.: Williams&Wilkins, 2001.

113. Training-group experiences and theory and laboratory method. // Ed. by Bradford L. P., Gibb J. R., Benne K. D. — NY.: Willey, 1964.

114. Yalom I. D. A study of group therapy dropouts. // Archive of general psychiatry. 1966. №14. P. 394—414.

115. Yalom I. D. Theory and practice of group psychotherapy. — NY.: Basic Books, 1975.

Пережогин Лев Олегович

**Криминальное поведение  
несовершеннолетних  
(криминологический и социально-  
психиатрический аспекты)**

*Монография*

Редакторы М.С. Лещинер, М.М. Мартынова  
Компьютерная верстка Т.В. Дьячковой, И.А. Сидоровой

При подготовке рукописи к изданию  
использована СПС КонсультантПлюс

Подписано в печать 14.04.2005.  
Формат 60x90 1/16. Гарнитура «Прагматика».  
Усл. печ. л. 8,5. Тираж 1000 экз.

**Адрес: 109456, Москва, 4-й Вешняковский пр-д, 4**