

- важным фактором, способствующим увеличению масштабов злоупотребления наркотиками и иными ПАВ, является исполнение ими в молодежной среде роли атрибута особой субкультуры, более того, специфика поведения наркотической субкультуры входит в моду у молодежи и пропагандируется рядом средств массовой информации, включая как традиционные (газеты, журналы, телевидение), так и имеющие преимущественно молодежную аудиторию (интернет, сообщества пользователей мобильной связи, локальные сети);
- сочетание наркотизации с ранним сексуальным и девиантным поведением приводит к ухудшению соматического здоровья детей и росту заболеваемости венерическими болезнями, которая выросла в десятки раз, и наносит ощутимый вред репродуктивной функции;
- при вскрытии факта употребления детьми и подростками алкоголя и других психоактивных веществ семья оказывается не подготовленной к решению возникших проблем, и, как правило, действует вслепую; наличие многочисленных организаций, оказывающих наркологическую помощь и поддержку семье не решает проблемы;
- при всей масштабности патологических сдвигов, происходящих в здоровье детско-подростковой популяции в связи с наркотизацией и приемом ПАВ, данный процесс для многих педиатров, детских психиатров, а также специалистов образовательных учреждений, остается латентным. Часто они занимают отстраненную позицию по отношению к проблеме ранней алкоголизации и наркотизации несовершеннолетних.

Все вышесказанное определяет необходимость разработки основ комплексной оценки психического состояния детей и подростков с аддиктивным поведением, то есть с высоким риском формирования зависимости от психоактивных веществ. Речь идет об использовании медико-социальных критериев для организации адресной профилактики формирования зависимости от наркотиков, у детей и подростков, еще не столкнувшихся с ПАВ, только попробовавших ПАВ, а также тех, у кого имеются признаки формирующейся зависимости (профилактика для групп риска формирования зависимости).

Введение понятия «риска формирования зависимости» обуславливает необходимость разработки критериев оценки аддиктивного поведения, способов анализа социальной ситуации развития ребенка в группах риска и поиска психосоциальных факторов, оп-

А.О. Пережогин, Н.В. Вострокнутов

## АСОЦИАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ



Москва — 2012

УДК 616.89  
ББК 56.1  
П27

**Рецензенты:**

**Харитоновна Наталья Константиновна**, доктор медицинских наук, профессор — руководитель отдела судебно-психиатрической экспертизы в гражданском процессе ФГБУ ГНЦ ССП им. В. П. Сербского Минздравсоцразвития РФ

**Симашкова Наталья Валентиновна**, доктор медицинских наук — заведующий отделом по изучению проблем детской психиатрии с группой исследования детского аутизма НЦПЗ РАМН

**Корень Евгений Владимирович**, кандидат медицинских наук — руководитель отделения психической патологии детского и подросткового возраста ФГБУ МНИИП Минздравсоцразвития РФ

П27 Пережогин Л.О., Вострокнутов Н.В. **Асоциальное поведение детей и подростков.** Профилактика и коррекция ассоциированных психических расстройств. Руководство для врачей. М.: ФГБУ «ГНЦССП им.В.П.Сербского» Минздравсоцразвития России, 2012. 234 с.

В руководстве изложены результаты комплексного исследования детей и подростков с различными по характеру асоциальным поведением, включая систематическое криминальное поведение, бродяжничество, употребление психоактивных веществ, отказ от обучения. Анализ структуры психических и поведенческих расстройств и сопутствующей им психической дезадаптации позволил разработать методы и средства лечебно-терапевтической и коррекционной помощи несовершеннолетним с асоциальным поведением и выделить основные подходы к профилактике лежащих в его основе патологических состояний.

Для врачей-психиатров, психотерапевтов, клинических психологов, педагогов-психологов, социальных педагогов.

ISBN 978-5-86002-151-8

УДК 616.89  
ББК 56.1

- © ФГБУ «ГНЦССП им.В.П.Сербского»  
Минздравсоцразвития России, 2012  
© Пережогин Л.О., Вострокнутов Н.В., 2012

## **Профилактика и коррекция психических расстройств, ассоциированных с асоциальным поведением у детей и подростков (наркотическая зависимость, алкоголизм, диссоциальное расстройство личности)**

Наркологическая ситуация в детской и подростковой возрастной среде, сложившаяся в настоящее время к Российской Федерации, не претерпела существенных изменений по сравнению с предыдущими годами. Самый беглый анализ медицинской статистики показывает крайне неблагоприятную картину развития наркотизации и алкоголизации детей и подростков, как социального явления, реализующегося в масштабах страны. В некоторой степени меняются предпочтения несовершеннолетних в отношении ПАВ, которые применяются для одурманивания — место органических растворителей прочно заняли газовые смеси, слабоалкогольные коктейли вытесняются крепленным пивом, однако общие тенденции остаются прежними:

- приобщение детей, подростков и молодежи к употреблению психоактивных веществ (ПАВ) все больше затрагивает младшие возрастные группы, утяжеляя медико-социальные последствия;
- снижение возраста потребителей психоактивных веществ влечет за собой у детей и подростков развитие генерализованных форм социальной дезадаптации. Около 65% детей и подростков с формирующейся зависимостью от ПАВ не учатся и не работают. Около 40% от всех госпитализированных в детские психиатрические клиники с сопутствующими психическими расстройствами и нарушениями возрастного психического развития составляют несовершеннолетние с асоциальным поведением в сочетании с токсической (в том числе — алкогольной) зависимостью и ранней наркотизацией;

Принято выделять несколько стадий зависимости, последовательно сменяющих друг друга при развитии синдрома.

Начальная (первая) стадия характеризуется только тягой к приему вещества, сильным желанием его принимать в сочетании с утратой способности контролировать его прием, повышением толерантности. Как правило, при повторных безуспешных попытках прекратить прием вещества возникает субъективное понимание зависимости. Обращение за наркологической помощью на этом этапе наиболее эффективно.

Средняя (вторая) стадия зависимости сопровождается, помимо симптомов первой стадии, абстинентным синдромом и вовлеченностью в прием вещества. Продолжается рост толерантности, возникают социальные и соматические сопутствующие признаки зависимости.

Конечная (третья) стадия зависимости сопровождается стойкими психическими и неврологическими расстройствами, сформировавшимися вследствие приема вещества. Толерантность к веществу снижается. Наблюдается комплекс соматической патологии (прежде всего — со стороны печени, сердечно-сосудистой системы, почек), иногда — специфическая для приема того или иного вещества патология. Утрачиваются социальные связи, наступает социальная деградация. Обращение за наркологической помощью на данном этапе малоперспективно.

В качестве примера приведем историю болезни больного алкоголизмом и прокомментируем ее (собственное наблюдение).

*Евгений И. Родился в семье студентки педагогического института и военнослужащего. По линии матери дед-художник и дядя-музыкант злоупотребляли алкоголем, дед пропал без вести, дядя утонул в состоянии опьянения (наличие в семье родственников, страдающих той или иной формой зависимости, повышает риск формирования зависимости). Отец злоупотреблял алкоголем еще до свадьбы, после рождения сына стал пить запоями, был уволен со службы, оставил семью, когда сыну было 2 года. Мать и бабушка со стороны матери никогда алкоголем не злоупотребляли, не курили, отдавали себя полностью семье, детям (у родственников лиц с зависимостью описывается т.н. «феномен созависимости», когда все силы тратятся на борьбу с болезнью близких и на преодоление последствий этой болезни для семьи; созависимость приносит вред всей семье в целом, в особенности — детям, для которых создаются аномальные условия воспитания). После ухода отца из семьи мать бросила институт, «посвятила себя сыну». Во время прогулок не отпускала его от себя, запрещала играть с*

ределяющих мотивацию аддиктивного поведения. Для этого необходимо прежде всего правильно интерпретировать степень выраженности сопутствующих психических расстройств, включая отклонения в онтогенетическом развитии.

В конечном итоге цель проводимой нами работы — разработка организационно-методических основ интегративного подхода к профилактике состояний зависимости от ПАВ у детей и подростков из групп риска формирования зависимости с определением значимых терапевтических мишеней и оптимальных форм психокоррекционного воздействия, включая социотерапевтические методы работы с семьей.

В настоящих психолого-педагогических рекомендациях предлагается новый клиничко-социальный интегративный подход к проведению первичной профилактики зависимости от ПАВ у несовершеннолетних, отличающийся от ранее использовавшихся информационных методов выделением групп риска формирования зависимости от ПАВ (группы с аддиктивным поведением) с учетом оценки возрастных психических особенностей, сопутствующих личностных расстройств и нарушений психологического развития, аномалий поведения.

На основе клиничко-социального метода мы выделяем клинические критерии патологического аддиктивного поведения у детей и подростков; предлагаем типологию личностных нарушений несовершеннолетних с аддиктивным и асоциальным поведением, идентифицируем терапевтические «мишени» психокоррекционного воздействия и стараемся найти оптимальные формы работы с детьми и эмоционально значимыми для них лицами из семейного окружения в условиях лечебно-профилактических и реабилитационных учреждений.

Предлагаемые нами подходы могут использоваться для оптимизации первичной и (частично) вторичной профилактики состояний зависимости от ПАВ у детей и подростков, входящих в группы риска, впервые попробовавших наркотики и токсические вещества, а также у несовершеннолетних с асоциальным поведением, у которых обнаруживаются первые признаки формирующейся зависимости. Мы используем эти подходы в качестве теоретических моделей при разработке программ психокоррекционной и психотерапевтической помощи несовершеннолетним с риском употребления ПАВ, для выделения «мишеней» для психокоррекционного и социотерапевтического воздействия и для построения алгоритма помощи семьям при медико-социальной реабилитации детей и подростков с патологическими формами аддиктивного и асоциального поведения.

Поскольку при этапном и комплексном применении в учреждениях реабилитационного типа техник, направленных на разрешение личностных проблем, а также в ходе реализации приемов групповой, личностно-ориентированной психокоррекционной работы и приемов социотерапевтического воздействия на семью часть работы осуществляется в состоянии измененного сознания (телесно-ориентированная психотерапия, кататимно-образная психотерапия), в ходе осуществления работы следует исходить из междисциплинарного принципа организации профилактических и реабилитационных мер, доверив ее проведение бригаде специалистов с обязательным включением в ее состав врача-психиатра, владеющего психотерапевтическими навыками. Среди противопоказаний к предлагаемым нами методам работы необходимо выделить:

- органические, включая симптоматические, психические расстройства с деменцией, психотической симптоматикой, выраженными изменениями личности органической этиологии;
- хронические, включая эндогенные, психические расстройства;
- умеренную и тяжелую умственную отсталость;
- общие расстройства психологического (психического) развития.

Ниже мы специально остановимся на базовых понятиях первичной профилактики зависимостей: рассмотрим структуру зависимостей, стадии развития зависимости, понятие группы риска и степени риска у несовершеннолетних.

В современной наркологии понятие «зависимость» является стержневым, вокруг него объединяются и критерии диагностики, и принципы терапии и реабилитационных мероприятий, и подходы к профилактике (Пятницкая И. Н., Найденова Н. Г., 2002). Современная наркология почти не оперирует понятием «наркотик», поскольку это понятие носит сугубо юридический характер, объединяя вещества, свободный оборот которых запрещен законом. В основном используются термины «психоактивное вещество» (ПАВ) — применительно к веществам, которые в силу своей химической природы способны воздействовать на центральную нервную систему, вызывая при применении особый эффект (специфический для каждого вещества), и «вещество, вызывающее зависимость» — применительно к ПАВ и другим веществам, которые, взаимодействуя с организмом человека, через реализацию биологических и поведенческих механизмов приводят к формированию синдрома зависимости. В тексте настоящей книги мы будем следовать этой традиции современной наркологии.

В международных диагностических стандартах, объединенных в Международную классификацию болезней, травм и причин смерти 10 пересмотра (МКБ-10) синдром зависимости определяется как «сочетание соматических, поведенческих и когнитивных явлений, при которых употребление вещества или группы веществ начинает занимать первое место в системе ценностей индивидуума». Таким образом, основной характеристикой синдрома является субъективно остро ощущаемая потребность принять вещество, которое вызвало зависимость.

Основными диагностическими указаниями, определяющими формирование зависимости, согласно МКБ-10, являются:

- Сильное желание принять вещество, чувство труднопреодолимой тяги к приему вещества;
- Снижение способности контролировать прием вещества — начало приема, окончание приема, дозу, что в итоге приводит к употреблению вещества в большем количестве, чем планировалось. Субъективно эти состояния сопровождаются желанием сократить прием и начать контролировать применение вещества, что приводит к многочисленным безуспешным попыткам отказа от приема вещества;
- Состояние отмены (абстинентный синдром), возникающее при прекращении регулярного приема или снижении дозы. Для каждого вещества выделяют свой комплекс симптомов, составляющих синдром отмены, субъективно абстиненция может переноситься с различной тяжестью. Для облегчения или предупреждения состояния отмены используется вещество, от которого сформирована зависимость;
- Повышение толерантности к эффектам вещества, повышение дозы принимаемого вещества, необходимое для достижения желаемого эффекта. Если же доза не повышается, то эффект от ее приема со временем снижается;
- Вовлеченность в прием, отказ ради приема вещества от других способов достижения комфорта и получения удовольствия. Значительная часть времени тратится на приобретение вещества, его прием, преодоление последствий приема, восстановление от эффекта приема, в связи с чем сокращается время, отводимое на иные виды деятельности;
- Продолжение приема вещества вопреки очевидным негативным последствиям, включая вред для здоровья, социальное снижение, материальные трудности, проблемы в семье, на работе и т.д.

раз в три месяца приносят котят, которых потом продает по символической цене («я ведь ветеринар, мне надо квалификацию поддерживать»), требует с матери денег на их пропитание, которые, как правило, пропивает; ежедневно принимает алкоголь (крепленое пиво). Резко снизилось зрение, стал носить очки; после травмы колена (упал пьяный на улице) прихрамывает; отмечает боли с правом подреберье (вероятно болит капсула увеличенной вследствие жировой алкогольной дистрофии печени) (очевидные признаки соматического неблагополучия, все равно не останавливающие больного от приема алкоголя). Всю зарплату пропивает, что-то тратит на популярные книги, журналы (читает Дж. Даррела, Ж.-Ив Кусто, «Рыболов») («надо немного память потренировать — вот сколько зубов у белой акулы? Шестьсот шестьдесят шесть — ха-ха! И достигает шести метров в длину!» — органическое резонерство; снижается интеллект, формируется алкогольная энцефалопатия с развитием деменции). Живет за счет матери, которая работает частной няней. У семьи огромные долги.

Разбирая клинический пример, мы столкнулись с понятием факторов риска формирования зависимости. Факторы риска — это те биологические, социальные, семейные, индивидуальные психические и соматические предпосылки, которые повышают вероятность формирования зависимости у данного человека. Люди, вероятность формирования зависимости у которых значительно выше, чем в среднем в популяции, объединяются в группы риска по формированию зависимости. Остановимся на этом подробнее.

Необходимо выделять (Вострокнутов Н. В. с соавт., 2004) биологические факторы, факторы патологической почвы, макро- и микросоциальные, психологические факторы, предрасполагающие к употреблению психоактивных веществ (ПАВ), а в дальнейшем — и к формированию зависимости от них.

#### **Биологические факторы, в том числе:**

- наследственная отягощенность психическими и наркологическими расстройствами родителей и ближайших родственников;
- хронические соматические заболевания;
- ранняя сексуальная активность, подростковая беременность у девушек;
- исходно низкая толерантность по отношению к употребляемому психоактивному веществу;
- особенности употребляемого вещества с индивидуально различным по отношению к конкретному человеку потенциалом формирования зависимости.

другими детьми (обидают, научат плохому), закрывала ему глаза ладонью, когда по улице навстречу шли пьяные люди (налицо аномальный тип воспитания — гиперопека). Когда сын поступил в школу, сначала провожала его до дверей, потом сама устроилась в школу библиотекарем. Была активным членом родительского комитета, создала классный уголок «пьянству-бой». За годы обучения в школе Евгений И. перенес 4 черепно-мозговых травмы с потерей сознания (падал на уроке физкультуры, при игре в снежки — удар брошенным вместо снежка куском льда и т.д.) (токсикозы, перенесенные матерью во время беременности, гипоксия в родах, черепно-мозговые травмы, нейроинфекции, общий наркоз при хирургических операциях — создают органическую почву, повышающую риск формирования зависимости). Евгений И. рос болезненным, ослабленным, часто пропускал школу, к 5-6 классу стал сильно отставать в учебе. Поскольку семья жила бедно, он был всегда плохо одет, сверстники смеялись над ним из-за его внешности, плохой успеваемости, опеки со стороны матери (отторжение сверстниками ведет, как правило, к появлению форм патологической компенсации у подростков — курению, приему алкоголя, оппозиционно-вызывающему поведению в отношении взрослых, криминальному поведению, как правило — с целью раздобыть деньги). В 7 классе начал курить, выслушивал каждый вечер от матери, что «курить начал, так и пить начнешь, на кого я всю жизнь положила?», в восьмом впервые попробовал вино, сильно опьянел от маленькой дозы, его рвало, одноклассники смеялись над ним. Несмотря на плохую успеваемость по просьбе матери был оставлен обучаться в 9 (10)-10 (11) классе. Школу практически не посещал, слонялся без дела по району, по всем предметам имел только неудовлетворительные оценки. При этом читал популярные книги по биологии, журнал «Юный натуралист», мечтал стать биологом-фотографом, ездить в экспедиции, фотографировать животных. На с трудом собранные матерью деньги приобрел самое дешевое фотооборудование, номинально считался в школе «фотокорреспондентом», но снимки получались очень плохого качества. Когда ему подарили учебник по фотографии, обиделся, разбил камеру (вероятно происходит динамика личности — на фоне легкого органического когнитивного дефицита и пубертатного кризиса появляются органические аффективные колебания, в них начинает преобладать депрессивно-тоскливый (дисфорический) аффект). После окончания школы получил рекомендацию педсовета в пединститут, что давало возможность поступать в ВУЗ, минуя конкурс, но на первом же экзамене (по литературе) получил единицу, сделав в сочинении

более 20 ошибок. Мать в тот период перешла работать в НИИ, и по ее настоянию он устроился туда на работу телефонистом (гиперопека продолжается уже во взрослом возрасте). Со слов Евгения И., бригадир телефонистов сразу сказал ему, что без образования до серьезной работы его не допустит: «Будешь кабели мотать и нам за водкой бегать». Каждый вечер заканчивал рабочий день приемом алкоголя в компании других рабочих. Отметил для себя, что от приема небольших доз вина, пива у него повышается настроение, появляется уверенность в себе, «вырастают крылья». Крепкие напитки вызывали головную боль, настроение ухудшалось (это следствие индивидуально низкого порога между эффективной дозой и дозой, вызывающей интоксикацию). Стал ежедневно употреблять пиво — по одной бутылке (возникает тяга к приему вещества). Был освобожден от службы в армии по состоянию здоровья. Через 2 года тяжело заболела бабушка, и мама приняла решение, что он останется дома — ухаживать за бабушкой, в то время как она будет стараться зарабатывать деньги. Семья жила очень бедно. Много денег уходило на покупку лекарств. Отправляясь в аптеку, за продуктами, на почту, в банк — Евгений И. сначала покупал себе 2-3 бутылки крепленого пива (рост толерантности), а лишь затем — лекарства, еду, платил за квартиру. Мать стала ограничивать его в деньгах, давала столько денег, сколько было нужно на покупки, писала списки продуктов — спустя год она узнала, что у их семьи большие долги по квартплате, оплате электричества (результат вовлеченности в прием). Поставил матери ультиматум: требовал устроить его на работу или в институт. Мать заняла крупную сумму денег и оплатила ему обучение на платном отделении Сельскохозяйственной Академии. Рассказывал всем знакомым, что «будет ветеринаром — это тоже биолог — подработает в частной клинике, купит дорогую фототехнику и поедет в экспедицию, как Кусто» (возникает переоценка своих возможностей, снижается критика). Дважды дублировал первый курс, не посещал лекций, не выполнял задания, два года читал один и тот же учебник истории, объяснял, что сначала выучит то, «что попроще, а потом — и до математики, физики, химии дело дойдет». Матери пришлось поменять их квартиру на меньшую с доплатой (у матери выраженные признаки со-зависимости. Алкоголизм сына ведет семью к окончательному материальному краху), объясняла знакомым, что сын «ищет себя, хорошо, что не колется, как другие... он ведь еще ребенок! Побалуется — образумится... надо его на курсы фотографов отдать — он так об этом мечтает!». Через несколько лет, после смерти бабушки, закончил месячные курсы фотографов — пытался устроиться

на работу в ателье, где его попросили показать навыки работы с компьютером для обработки электронных фотографий. Поскольку он даже не умел включать компьютер, продал всю фототехнику за бесценок, три дня пил крепленое пиво, на четвертый день, когда кончились деньги и спиртное, продал концертный фрак покойного дяди, подвенечное платье матери, другие семейные реликвии и пил еще три дня (абстиненция по утрам при алкоголизме 2 стадии ведет к приему алкоголя с целью снять симптомы отмены, а в связи с невозможностью контролировать прием спиртного — к следующему дню пьянства — так развиваются запои; иногда запои прекращаются спонтанно, но чаще — вследствие отсутствия спиртного или обращения за наркологической помощью. Мать заперла его дома. На второй день воздержания к вечеру понял, что его «оставили тут умирать», звонил всем знакомым, кричал, что «уже ведут палача, виселицу... кругом убийцы», утром почувствовал себя лучше, с трудом вспоминал события минувшего вечера (классическая клиника абортивного алкогольного делирия с острым бредом, ажитацией, страхом и спонтанным утренним выходом из психоза). По настоянию матери и с помощью друзей семьи устроился на работу курьером. Сначала взялся за работу с энтузиазмом. В разговоре со школьным другом жаловался, что ему «мать не дала ни профессию получить, ни денег заработать, ни жениться», рассказывал, как ему тяжело «носить эти бутылки, тьфу, посылки», но он терпит, «чтобы семью поддержать — ведь мать одних долгов по квартплате сколько накопила!». Несмотря на то, что ежедневно употреблял алкоголь — 1-2 бутылки пива, утром, хоть и с опозданием, шел на работу (после перенесенного алкогольного делирия начинает снижаться толерантность — осуществляется переход в третью стадию алкоголизма). Через три месяца пропил крупную сумму денег, выданных ему на работе накануне для оплаты счетов фирмы за телефон и электричество. Мать в течение трех дней собирала деньги, чтобы предотвратить возбуждение уголовного дела (социальная деградация, утрата представлений о допустимом и недозволенном, пренебрежение социальными нормами ради приема алкоголя). На четвертый день, когда деньги были собраны, а сам он — уволен, напился пьяным, вечером избил мать, отобрал у нее последние деньги, сутки отсутствовал дома, матери объяснял по телефону, что он у девушки (потом признался, что пил с двумя лицами БОМЖ в соседнем подъезде). Несколько лет не работал, говорил, что ему нигде не предлагают достойную зарплату, а «коммерсанты — ворье; снова обжулят, дадут три рубля, а сдерут миллион». В настоящее время снова работает курьером. Завел кота и кошку, которые

Выделение групп риска является важным для адекватного определения несовершеннолетних, нуждающихся в принудительных мерах воспитательного воздействия в условиях специальных учебно-воспитательных учреждений открытого и закрытого типа в связи с безнадзорностью, бродяжничеством, аддиктивным поведением с риском формирования зависимости; для организации и проведения адресной, прицельной первичной и вторичной психопрофилактической и антинаркотической помощи в различных учреждениях реабилитационного типа Министерства образования, социальной защиты или в детских лечебно-профилактических учреждениях с целью предупреждения развития форм аддиктивного поведения, переходящих в токсикоманию и наркоманию; для организации социально-профилактической помощи детям и подросткам с асоциальным и аддиктивным поведением в целях предупреждения правонарушений и обеспечения им и их семьям социально-психологической поддержки.

**Непатологические формы аддиктивного поведения у детей и подростков** не связаны с выраженными и стойкими психическими расстройствами или нарушениями психического развития (психический дизонтогенез) и не являются его следствием.

Они обусловлены преимущественно биологическими, микро-социальными (семейными, школьными, коммуникативными), а также психологическими (личностными) факторами риска, а не формируются по патологическим механизмам. Современное понимание злоупотребления ПАВ как формы отклоняющегося поведения (аддиктивное поведение) исходит из единства факторов риска и защиты для всех типов поведения, отклоняющегося от социальных норм. Непатологическое аддиктивное поведение может наблюдаться у подростков с отдаленными последствиями ранних резидуально-органических поражений головного мозга без психических расстройств; при акцентуациях характера; проявлениях «подросткового психологического комплекса», признаках нервно-психической неустойчивости, связанных с хроническими соматическими заболеваниями; при семейной, педагогической и социальной запущенности. Непатологическое аддиктивное поведение может сочетаться с другими формами девиаций, например, безнадзорностью с уходами из дома, гиперактивным, аутоагрессивным поведением. В связи с этим социотерапевтическое воздействие только на проявления аддиктивного поведения, как правило, оказывается неуспешным, так как эта форма поведенческих расстройств может трансформироваться в другой, более тяжелый вариант, например, в аутоагрессивное, суицидальное поведение.

#### **Факторы патологической почвы, в том числе:**

- резидуально-органические поражения головного мозга (менингоэнцефалиты, черепно-мозговые травмы) с органическими психическими расстройствами непсихотического характера без выраженного когнитивного дефицита;
- различные проявления ретардированного (задержанного) и дизонтогенетического развития, включая поздний пубертатный криз и психический инфантилизм;
- различные проявления диссоциированного и дисгармоничного развития, в том числе формирующиеся аномально-личностные свойства, из которых наиболее значимыми являются эмоционально-неустойчивые, диссоциальные, истерические черты.

#### **Макросоциальные факторы, в том числе:**

- состояние социально-экономической ситуации в стране с высоким риском дисстрессовых состояний у населения;
- кризис базовой системы ценностей и культурных норм;
- формирование устойчивой наркотической субкультуры с закреплением установок на употребление ПАВ как «престижное» поведение;
- доступность психоактивных веществ.

**Микросоциальные факторы** связаны с опытом ребенка в ведущих сферах его жизнедеятельности: в семье, в школе, в общении со сверстниками.

#### **Семейный микросоциальный фактор, включая:**

- злоупотребление ПАВ членами семьи, воспитание в семье больных алкоголизмом, наркоманией;
- дисфункциональные, аномальные стили воспитания с высоким уровнем семейного стресса, низким уровнем семейного дохода, семейной нестабильностью;
- отсутствие чувства принадлежности к семье;
- несоблюдение членами семьи социальных норм и правил.

#### **Школьный микросоциальный фактор, включая:**

- асоциальные формы поведения в образовательном учреждении;
- школьная неуспеваемость, особенно начавшаяся в младшем школьном возрасте;
- частые переходы из одной школы в другую;
- конфликтные отношения с педагогами и соучениками;
- отстраненное или «скрывающее» отношение педагогического коллектива к употреблению ПАВ учениками.

### **Коммуникативный микросоциальный фактор, включая:**

- наличие в ближайшем окружении ребенка сверстников с девиантным поведением или лиц, употребляющих ПАВ;
- конфликтные взаимоотношения со сверстниками;
- одобрение наркотизации в ближайшем окружении ребенка.

### **Психологический (личностный) фактор, в особенности:**

- акцентуации характера;
- личностные особенности (неуверенность в себе, заниженная самооценка, колебания настроения, невысокий интеллект, неприятие социальных норм, ценностей);
- неэффективные копинг-стратегии, включая избегание, ориентацию на снятие напряжения, обусловленного стрессором, а не на изменение внешних условий;
- низкая эффективность личностных ресурсов;
- быстрая фиксация ригидной модели употребления ПАВ: успокаивающей, коммуникативной, конформной, гедонистической, манипулятивной, активирующей, компенсаторной;
- отсутствие необходимых социальных навыков, социальная пассивность;
- отсутствие жизненной перспективы.

Таким образом, появляется возможность говорить о группах риска формирования зависимости от ПАВ — группах лиц со схожими и устойчивыми во времени сочетаниями факторов риска. Благодаря схожести биологических и социальных факторов риска, каждая группа риска представляет собой своего рода «психологический тип», который достаточно четко поддается клинической верификации, и как следствие, требует особых подходов в плане профилактики приема ПАВ и коррекции его последствий.

## **Группы риска по формированию зависимости от ПАВ**

Основные тенденции динамики аддиктивного поведения в России заключаются в следующем: на протяжении всего последнего десятилетнего периода отмечался непрерывный рост вовлеченности детей и подростков в употребление наркотических и токсических веществ (с 4-5% до 8-9%), а в последние годы заметно возросло и число злоупотребляющих алкоголем (по некоторым данным алкоголем злоупотребляют более половины старшеклассников); понизился возраст приобщения к алкоголю: если ранее среди шестиклассников практически отсутствовали дети, имеющие опыт употребления крепких спиртных напитков, то теперь они составляют более 1/10 от общего числа; отмечается переход с упот-

ребления так называемых «легких» на «тяжелые» наркотики (особенно распространены опиаты, в частности — героин); подростки с аддиктивным поведением отличаются все большей дезадаптацией в различных сферах. Так, у них отмечаются более низкая учебная успеваемость, конфликтные отношения с окружающими, при психологическом тестировании у них выявляется высокий уровень невротизации и личностных расстройств. По мере прогрессирования распространенности аддиктивного поведения в него вовлекаются и менее дезадаптированные подростки, в первую очередь в плане учебной успеваемости.

Современная социальная психиатрия детей и подростков определяет аддиктивное поведение детей и подростков как «само-разрушающее» поведение, которое выражается в повторяющихся действиях, направленных на систематическое употребление психоактивных веществ с целью изменения своего психического состояния с развитием выраженных первичных социальных, психологических и медицинских последствий вплоть до стадии формирования зависимости (Вострокнутов Н. В. с соавт., 2002). Аддиктивное поведение относится к групповому, «социализированному» типу расстройств поведения и включает в себя непатологические и патологические формы. Эти формы являются главным фактором при выделении групп риска формирования зависимости от ПАВ.

Группы риска с саморазрушающим (аддиктивным) поведением чаще определяются следующими критериями:

- для подростков 13 лет и младше — повторное употребление любых психоактивных веществ, включая алкоголь, в опьяняющих дозах; для подростков 14 лет и старше — систематическое употребление психоактивных веществ, включая алкоголь (чаще 1 раза в месяц) с повторными состояниями интоксикации (отравления);
- различные случаи социальных последствий употребления психоактивного вещества\алкоголя, а именно, вовлечение или совершение дорожно-транспортного происшествия, задержание в общественном месте в токсическом, наркотическом или алкогольном опьянении; повторяющиеся пропуски занятий, устойчивое снижение успеваемости из-за употребления ПАВ; самовольные уходы из семьи, эпизоды бесконтрольного и безнадзорного существования вне родительского наблюдения в связи с употреблением ПАВ;
- различные проявления медицинских последствий употребления ПАВ со стороны здоровья и развития.



часто подростки с диссоциальным расстройством совершали преступления против жизни и здоровья сограждан, которые отличались крайней жестокостью.

При оценке психического состояния отмечены следующие черты:

- Подростки этой группы отличались лабильным аффектом с частым возникновением дисфорического компонента в рамках субдепрессивных реакций.
- Личностные особенности подростков с диссоциальным расстройством отличались выраженностью эгоистического, гедонистического радикалов и внешне обвиняющей позицией. Они характеризовались высоким уровнем агрессивности, 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 и холодность.
- При оценке по шкале агрессии Басса-Дарки в группе подростков с диссоциальным расстройством преобладали физическая и косвенная агрессия, негативизм, подозрительность, раздражительность, в то время как в группе сравнения — чувство вины, обида, косвенная агрессия.
- При клинико-наркологической характеристике подростков с диссоциальным расстройством личности отмечены следующие психопатологические феномены: большинство подростков систематически употребляют токсические вещества, чаще — клей, растворители, ацетон, бензин. Во многих случаях отмечается стойкое предубеждение против употребления наркотических средств. Никто из обследованных подростков их систематически не употреблял, хотя до 70% подростков знакомы с их действием по единичным приемам. Большинство подростков постоянно употребляют алкоголь, в том числе в больших дозах, предпочитают крепкие спиртные напитки.
- У 15% подростков с диссоциальным расстройством личности выявляются факультативные признаки органического поражения головного мозга, соответствующие критериям психоорганического синдрома.
- Ведущими в клинике наряду с аффективной личностной патологией являются собственно аффективные расстройства, представленные широким спектром эмоциональных наруше-

**Первая группа риска** (вариант непатологического аддиктивного поведения) определяется взаимодействием ключевых микросоциальных и психологических (личностных) факторов риска с искажением позитивно-субъективных отношений ребенка к условиям своей жизнедеятельности. Диагностика отношений ребенка к самому себе и значимому окружению является важным критерием выявления детей этой группы риска, а также критерием оценки эффективности проведенной психопрофилактической и антинаркотической работы.

В этом случае многообразные, отрицательные социальные влияния в детском и подростковом возрасте искажают формирующуюся личность, ее установки и способы реагирования. Это проявляется в нарушениях социализации с акцентуациями характера по различному типу, признаках средовой психической дезадаптации с аддиктивным поведением и другими поведенческими нарушениями, но без делинквентной и криминальной активности. В отдельных наблюдениях аддиктивное поведение связано с так называемым «подростковым комплексом». К возрастным особенностям подростковой психики относятся такие черты, как противоречивость чувств и побуждений, завышенная самооценка и в то же время неуверенность в себе, отказ от общепринятых норм поведения и подчинение своих выборов и отношений стилю жизни «кумиров», сочетание упрямства с внушаемостью. Особенно явно эти противоречивые черты проявляются в устойчивом негативном отношении к установкам родителей, школы и именно они определяют на начальном этапе мотивацию аддиктивного поведения.

**Вторая группа риска** (вариант непатологического аддиктивного поведения со стойкими асоциальными нарушениями) также определяется взаимодействием ключевых микросоциальных и психологических (личностных) факторов риска, но отличается формированием черт личностной деформации по асоциальному типу. Для нее типичны следующие признаки:

- отсутствие интереса к учебной и познавательной деятельности при хорошей социальной ориентировке;
- стремление к получению простых удовольствий без приложения определенных волевых усилий;
- стремление к замещению чувства «пустоты» и скуки состояниями измененного настроения, вызванного употреблением психоактивных веществ;
- неустойчивое настроение со склонностью к реакциям напряжения на конфликтные ситуации, склонность к агрессивным формам реагирования, в том числе, и с групповой жестокостью;

- эгоцентричность с чувством правомерности своего асоциального и аддиктивного поведения, стремление к обвинению окружающих в последствиях своих поступков;
- подверженность влиянию взрослых правонарушителей или групповым формам воздействия;
- раннее начало алкоголизации и употребления ПАВ.

Следовательно, определяющими признаками этой группы риска являются черты личностной деформации по асоциальному типу с различными формами делинквентной активности без сопутствующих психических расстройств или грубых нарушений возрастного психического развития.

**Патологические формы аддиктивного поведения у детей и подростков.** Эти формы развиваются вследствие психических расстройств, наблюдающихся у детей и подростков, ассоциированы с психическими расстройствами, и способствуют формированию психических расстройств, т.е. являются звеном патогенеза аномальных состояний психики.

**Третья группа риска** (вариант патологического аддиктивного поведения с сопутствующими психическими расстройствами) определяется сочетанием злоупотребления ПАВ с психическими расстройствами и нарушениями возрастного психического развития. Патологическое аддиктивное поведение отмечается как у детей, так и у подростков. Сопутствующими с аддиктивным поведением выступают следующие симптомокомплексы:

- синдром дефицита внимания с гиперактивным поведением (СДВГ);
- эмоциональные нарушения различной природы с аффективными тоскливо-раздражительными состояниями, реже субдепрессивными или гипоманиакальными расстройствами;
- органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство, в том числе и органические расстройства, включающие различную степень выраженности когнитивного дефицита и органических личностных нарушений;
- патологически протекающий пубертатный криз с пограничными психическими расстройствами (некоторые авторы считают устаревшим и утратившим клинический смысл понятие «патологического пубертатного криза», предложенное Г. Е. Сухаревой в 1955 году (вслед за К. Кальбаумом, 1884). В то же время В. А. Гурьева, Т. Б. Дмитриева, Е. В. Макушкин и др. (2007) определяют это состояние как совокупность патологических личностных, непсихотических аффективных, утрированных психологических переживаний, являющих собой,

как правило, подростковый этап динамики целого ряда психических расстройств).

Из симптомокомплексов, связанных с нарушениями возрастного психологического развития, с аддиктивным поведением наиболее часто сочетаются проявления ретардированного (задержанного) развития: задержки развития, специфические нарушения развития с трудностями усвоения школьных навыков письма, счета, речи, пространственной ориентировки.

При этом аддиктивное поведение обусловлено значительной внушаемостью и подчиняемостью, не самостоятельностью и склонностью к групповым формам злоупотребления ПАВ.

Полиморфные поведенческие расстройства могут включать единичные делинквентные или даже криминальные действия, которые не носят повторяющегося характера, не сопровождаются формированием стойких личностных деформаций по асоциальному типу.

**Четвертая группа риска** (патологический вариант аддиктивного поведения со стойко выраженными признаками диссоциального расстройства личности). В этой группе характер воспитания в семьях в большинстве случаев соответствовал гипоопеке или отвержению. На жестокое обращение со стороны родителей и, прежде всего, матерей указывали до 65% подростков. Жестокое обращение включало побои, телесные наказания, наказания голодом, а в ряде случаев носило характер изощренных издевательств. В некоторых семьях отмечались случаи сексуального насилия со стороны отцов, отчимов, «друзей» матери. Данные 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 в асоциальных группах.

Большинство подростков, подпадающих под критерии диссоциального расстройства личности, уже с 8-10 лет совершали уголовные преступления, включая самые тяжкие, однако не привлекались к уголовной ответственности в связи с возрастом. В среднем они совершали по 6-8 преступлений в течение года. Среди противоправных действий преобладали кражи, которые совершались подростками, как правило, в мелких продуктовых и промтоварных точках. Высок был уровень квартирных краж и краж с дачных участков.

На втором месте по частоте стояли грабежи и разбои. Они совершались цинично, чаще всего жертвами становились лица, хорошо известные самим подросткам, обычно — сверстники. Очень

Известно, что семейное неблагополучие существенно влияет на делинквентность подростков, это подтвердило и наше исследование: неполные семьи отмечены у 1/3 подростков первой группы и у 2/3 второй. Делинквентные подростки в меньшей степени, чем их сверстники, испытывают потребность в доверительных отношениях с окружающими. Аддиктивное поведение изменяет иерархию системы отношений: на первое место по доверительности выходят сверстники. Выразили желание обсуждать чаще свои проблемы с ними 3/4 респондентов первой группы и менее половины из второй. По разному объясняются и причины неоткровенности. Если в первой группе ведущей мотивацией является способность справиться самому со своими проблемами, а также стеснительность, то во второй — боязнь их огласки и опасение показать себя с плохой стороны.

Среди подростков с аддиктивным поведением чаще, чем в популяции, встречаюся трудности в субъективной оценке и описании своего состояния (алекситимия). Во второй группе эта тенденция усугубляется (частота встречаемости алекситимии у 2/3). Аналогично отмечается и тенденция к росту уровня невротизации и психопатизации.

Отсутствуют достоверные различия между исследуемыми группами по степени вовлеченности семей подростков в употребление алкоголя: с одинаковой частотой встречались как семьи с трезвенническими установками, так и семьи, в которых взрослые члены семьи систематически злоупотребляли алкоголем.

Подростков с делинквентным поведением (вторая группа) преимущественно волнуют проблемы вредных привычек, здоровья и выбора профессии, а их сверстников из первой группы — материальные, любовные, семейные и проблемы обучения. Видимо это отражает, с одной стороны, большую выраженность аддиктивного поведения во второй группе, а с другой стороны — относительную сохранность критического отношения к последствиям употребления психоактивных веществ, что может быть использовано в психотерапевтической работе. Таким образом, делинквентность подростков в значительной степени определяется выраженностью аддиктивного поведения, а не исходит непосредственно из их преморбидных характерологических особенностей. Следовательно, профилактика делинквентности должна быть направлена в значительной степени на предотвращение втягивания подростков в употребление психоактивных веществ.

Существенный интерес имеют сравнительные данные о показателях удовлетворенности взаимоотношениями и потребности

ний, включая маниакальные, депрессивные, дисфорические, фобические и тревожные симптомы.

- У большинства подростков из группы диссоциального расстройства личности отмечается соматическая патология с признаками отставания в физическом развитии и дисгармонией сексуального развития.

**Общие принципы диагностики групп риска формирования зависимости.** Выделенные нарушения поведения не являются собственно клиническими признаками, поэтому их оценка при решении диагностических, коррекционных и реабилитационных задач, должна опираться на многоосевую квалификационную систему. Это необходимо потому, что кроме клинических признаков «патологической почвы» или собственно психических расстройств существенным является выделение значимых социально-психологических проблем, которые несовершеннолетний испытывал в семье, школе, своем окружении, а также проблем, связанных с отклонениями в возрастном психическом и личностном развитии, соматическом здоровье. Многоосевой принцип диагностики рекомендован для применения в детской психиатрической практике ВОЗ (1996).

**Первая ось квалификационной оценки** — клинически выраженные симптомы психических расстройств, т.е. собственно психопатологические симптомокомплексы. Например, сочетающимися с патологическим типом аддиктивного поведения являются синдром дефицита внимания с гипердинамичностью (гиперактивностью); органическое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство (по прежней терминологии «астенический вариант психоорганического симптомокомплекса с эмоционально-лабильными, когнитивными нарушениями»); аффективные расстройства с сопутствующими сомато-вегетативными дисфункциями.

**Вторая ось** — общие и специфические расстройства психологического развития, включая нарушения развития речи, психомоторных, школьных, социальных навыков и расстройства поведения.

**Третья ось** — уровень интеллектуального развития с оценкой умственной отсталости и сопутствующих нарушений поведения.

**Четвертая ось** — оценка соматического здоровья и дефектов, которые оказывают существенное влияние на психические и поведенческие расстройства.

**Пятая ось** — оценка социальной ситуации развития, которая имела отношение к формирующимся психическим расстройствам и отклонениям психического развития.

**Шестая ось** — характер социального и психологического функционирования в последние шесть месяцев с оценкой нарушений межличностных отношений в семье, в школе, со сверстниками, которые причинно связаны с проблемами психологического развития или психическими расстройствами (выступает в роли интегративной по отношению к пяти предыдущим осям).

После установления диагноза вторым шагом в анализе патологических и патологических форм аддиктивного поведения, в том числе связанных с диссоциальными расстройствами личности у несовершеннолетнего, является выделение ведущей проблемы ребенка и факторов защиты, которые могут способствовать успеху социотерапевтической и коррекционно-реабилитационной помощи. Наиболее общими проблемами при патологических формах аддиктивного поведения, в том числе с диссоциальными расстройствами, которые одновременно являются терапевтическими и реабилитационными «мишенями», следует считать:

- несформированность «Я» со слабостью внутреннего контроля, внешней импульсивностью поведения;
- низкий порог эмоционального реагирования с внутренним напряжением, тревогой, облегченным включением конфликтных психологических переживаний;
- ограниченный и стереотипный набор реакций на любую фрустрацию или конфликт;
- облегченное развитие полиморфных поведенческих нарушений, например, протестно-вызывающее, демонстративное аутоагрессивное поведение.

Специально следует остановиться на связи аддиктивного поведения и делинквентности подростков. Среднее соотношение аддиктивного поведения и делинквентности, критерием которой является совершение асоциальных, противоправных действий, составляет по нашим данным 1:3 (Вострокнутов Н. В., Пережогин Л. О., 2003). С целью оценки соотношений между аддиктивным и делинквентным поведением проведем сравнение по социально-психологическим и клиническим признакам юношей, характеризующихся аддиктивным (1 группа) и делинквентным (2 группа) поведением.

Как правило, аддиктивное поведение предшествует делинквентному. Юноши второй группы по сравнению с первой характеризуются большей тяжестью аддиктивного поведения: начало употребления опьяняющих доз алкоголя отмечено на 2 года раньше (преимущественно между 12 и 13 годами), наблюдаются более ча-

стые выпивки с утратой количественного контроля, более высокая толерантность, предпочтение крепких спиртных напитков. Наряду с алкоголем более половины из них систематически употребляли наркотики или токсические вещества, тогда как в первой группе употребление их носило эпизодический характер.

Курят практически все подростки, однако вторая группа характеризуется более ранним началом (8-9 лет против 11-13 лет в первой группе) и наличием сформировавшейся зависимости от никотина. Мотивация потребления психоактивных веществ изначально чаще носит гедонистический характер, тогда как в первой группе коммуникативный и седативный (снять психоэмоциональное напряжение).

Второй группой для приобретения спиртного и других психоактивных веществ обычно использовались асоциальные средства: мелкие кражи, вымогательство, игра в азартные игры, мошенничество. Первая группа чаще указывала на использование для покупки спиртного карманных денег, угощение друзей, реже самостоятельные заработки.

Делинквентные подростки более чем их сверстники склонны к азартным играм и, в частности, в большинстве своем проводят за компьютерными играми нередко более 3 часов в день, тогда как в первой группе это увлечение свойственно 1/3 подростков с продолжительностью не более 1 часа. Отмечается нарастание вовлеченности в азартные игры по мере утяжеления аддиктивного и делинквентного поведения. Склонность к перееданию сладкого отмечена у 2/3 подростков из второй группы против 1/7 из первой. Делинквентным подросткам в большей степени свойственны реакции группирования: они предпочитают проводить время с друзьями на улице, из увлечений преобладают командные виды спорта. Однако их хобби носят неустойчивый характер и по мере прогрессирования делинквентности утрачивают свою актуальность.

Раннее начало половой жизни свойственно почти исключительно подросткам с аддиктивным поведением, при этом первичным могло быть как то, так и другое поведение. Подростки из второй группы в 2 раза чаще вступали в интимные отношения, чем их сверстники.

Аддиктивное поведение влияло на школьную успеваемость, которая снижалась по мере его усугубления, при этом средний балл за прошедший год во второй группе не выше 3,5, тогда как в первой — преимущественно от 3,5 до 4,0). Вместе с тем снижение школьной успеваемости не влияет на удовлетворенность своими учебными успехами в обеих группах.

ции в целом), большинство преступников (до трех четвертей) — носители данного расстройства.

Критерии диссоциального расстройства личности в DSM-V (2001) проработаны очень детально, тщательно, и в сравнении с ICD-X (МКБ-10), носят расширительную трактовку.

I. Возраст к моменту диагностики не менее 18 лет.

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 детской психиатрии, авторы практически единодушно отмечают, что расстройства зрелой личности формируются к 18-20 годам, однако имеют начало развития в подростковом возрасте. Таким образом, клиницисты, наблюдающие формирование у подростков расстройств личности, включая диссоциальное, должны в идеале диагностировать другие формы психических расстройств. В России для этой цели многие врачи диагностируют «патологические формы пубертата», «патологический пубертатный криз», которые с позиций МКБ-10 выглядят диагностически неоднозначно. В то же время МКБ-10 позволяет диагностировать диссоциальное расстройство личности у детей и подростков, указывая, что «в детском и подростковом возрасте подтверждением диагноза диссоциального расстройства личности может служить расстройство поведения, хотя оно и необязательно».

II. Факты, свидетельствующие о расстройстве поведения, с началом в возрасте младше 15 лет, как указывает наличие не менее трех критериев:

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

в общении в группах детей и подростков, не имеющих опыта столкновения с наркологическими проблемами, а также в группах детей и подростков с начальным опытом употребления ПАВ и в группе несовершеннолетних с формированием зависимости.

Для подростков, не имеющих наркологических проблем, характерна наименьшая дистанция общения с родителями. С учетом значимых лиц их доля составляет 71,8%, при этом как наиболее доверительные отношения воспринимаются отношения с матерью. У таких детей и подростков, как правило, отношения оказываются наиболее поляризованными: объекты общения находятся на близком расстоянии (эмоционально значимые лица), либо удаляются на максимальное расстояние (алкоголик, наркоман, наркоторговец, врач-нарколог, сотрудник правоохранительных органов (62,5%).

Иная картина характерна для детей и подростков группы риска и детей с формированием зависимости. В группе риска существенно уменьшается лидирующее положение родителей, но увеличивается роль друга своего\противоположного пола. Он становится самым близким человеком. У несовершеннолетних с зависимостью усиливается тенденция к отдалению от родителей и приближению к другу своего\противоположного пола (32,5%) и только следующими по близости оказываются оба родителя или только одна мать (15,7%), только один брат или сестра (7,2%), бабушка (1,2%), наркодилер (1,2%). При оценке распределения объектов общения по степени удаленности в социальной среде можно отметить следующие тенденции.

В группе детей с зависимостью наблюдается постепенное увеличение дистанции общения с преподавателями. Это связано с учащением конфликтов в образовательном учреждении, а также с прекращением обучения значительной части из них. Аналогичными причинами объясняется и увеличение дистанции с сотрудником правоохранительных органов. Обратная тенденция характерна для врача-нарколога: по мере увеличения вовлеченности в употребление ПАВ дистанция общения сокращается. Особенно это касается группы детей и подростков с состояниями зависимости, где врач нарколог вступает в ближний круг, что отражает личный опыт — потребность в медицинской помощи и достижение положительного психологического контакта.

«Алкоголик», «наркоман» и «наркоторговец» чаще объединяются под названием «наркотриада», поскольку характеризуются равноудаленностью.

Описанный в литературе феномен «наркоманского братства» оказался нетипичным для подростков: в ближний круг общения

«наркомана» допускаются лишь около 2,0% подростков из группы риска и 8,5% зависимых.

Интересным представляются общие личностные особенности, присущие несовершеннолетним с аддиктивным поведением. В значительной степени они определяются присутствием неустойчивого радикала, черт инфантильности у большинства подростков-потребителей ПАВ. К числу таких характеристик относятся:

- безответственность, неспособность выполнить свое обещание. Особенно эта черта характерна для детей и подростков с формирующейся зависимостью. Как правило, большинство обещаний ими не выполнялось, особенно те, которые требовали минимального волевого напряжения.
- ослабление волевой способности к поддержанию достаточного уровня активного внимания. Во время беседы, если их интерес угасает, они часто начинают зевать, жаловаться на усталость. По этой же причине им хуже давалось выполнение психологических тестов, требующих напряжения внимания и интеллекта.
- неспособность пользоваться посторонней помощью и поддержкой. Стремясь отстоять собственное «Я», они часто отказываются от помощи, как в вопросах лечения, так и в бытовых делах. При согласии на оказание помощи, они не способны разделить ответственность, предпочитая полностью переложить ее на другого человека.
- неспособность в предвосхищении, предвидении развития событий, явлений, результатов работы (прогностический когнитивный и отчасти — волевой дефект).

Такая личность исключает из своей деятельности нежелательные события и поступки, ориентируясь всегда лишь на желательные. Главным образом речь идет о неспособности предвидеть негативные последствия употребления ПАВ применительно лично к себе при абстрактном понимании катастрофических последствий их употребления. Можно предположить, что отрицание возможных последствий употребления ПАВ является проявлением психологической защиты, в частности в виде таких ее вариантов как явное преувеличение размеров наркотизации в подростковой популяции — «все нюхают или колются»; рационализация или попытка доказать безвредность или даже полезность эпизодического употребления наркотиков. Эти, наиболее часто встречающиеся механизмы, используются подростками в разных ситуациях, а иногда применяются одновременно. Это приводит к тому, что такие подростки в отличие от своих благополучных в наркологическом отноше-

нии сверстников крайне плохо себе представляют свое (даже не столь далекое) будущее. Подростки в возрасте 15-16 лет из группы риска по употреблению ПАВ, представляют его себе гораздо более расплывчато, чем дети и подростки, не имеющие наркологических проблем. Они также практически не усваивают чужой опыт, ориентируясь больше на личный, при усвоении которого, склонны «дважды наступать на одни и те же грабли».

Учитывая вышеизложенное, следует признать:

- несостоятельность информационного подхода к профилактике употребления ПАВ подростками;
- несостоятельность позиции, ориентирующей на абсолютную трезвость, вопреки многочисленным научным данным, указывающим на безвредность нечастого употребления алкоголя в умеренных дозах и культурным традициям;
- несостоятельность традиционных способов профилактических мер, в частности — лекций, проводимых специалистами;
- необходимость начала профилактики задолго до наступления подросткового возраста — скорее всего — в младшей школе (например, в форме игровых методов).

Ниже мы остановимся на принципах диагностики психических расстройств, лежащих в основе патологических вариантов аддиктивного поведения.

## Диссоциальное расстройство личности

Диссоциальное расстройство личности — первое из личностных расстройств, появившееся в DSM. Отчасти это связано с позицией американской психиатрии, фактически игнорирующей до настоящего времени расстройство личности, строго придерживающейся «социопатического» подхода в квалификации психопатических форм. Отчасти — с идеологическими оценками преступности, воспринимаемой обществом в качестве аномального поведения, требующего научного обоснования и квалификации.

Стержневым паттерном диссоциального расстройства личности DSM-IV определяет «неспособность следовать социальным нормам, проистекающую из аспектов развития больного в подростковом возрасте и зрелости, что обуславливает длительную историю антисоциальных и криминальных действий». Подчеркивается, что среди больных преобладают (70-80%) мужчины, горожане из бедных районов и трущоб, формирование расстройства осуществляется в среднем к 15 годам, имеются данные о высокой частоте расстройства среди родственников (в 5-6 раз выше, чем в популя-

и члена общества, наделенного уникальной совокупностью личностных черт.

Ю. А. Александровским (1993) предложена концепция барьера психической адаптации, являющегося единым «интегрированным функционально-динамическим выражением» биологической и социальной основ человека. Таким образом, любой поведенческий паттерн, или устойчивый поведенческий стереотип, каковым, в сущности, является расстройство личности, зависит по крайней мере, от трех составляющих: собственно личности, ситуации, вызывающей прорыв барьера психической адаптации, и следующих за ним психопатологических проявлений, складывающихся в психопатологическую единицу — синдром, поддающийся клинической оценке. Поэтому в отечественной психиатрии никогда не проводилось прямой параллели между расстройствами личности и криминальным поведением.

Критерии МКБ-10 носят иной, чем в DSM-IV, но все же чрезвычайно общий характер.

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

II. Обращают на себя внимание грубое несоответствие между поведением и господствующими социальными нормами, характеризующееся следующим:

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

Таким образом, ведущими признаками диссоциальной личности являются: высокая агрессивность, обусловленная как внешними предпосылками, индивидуальный порог которых очень низок, что прямо указывает на снижение адаптационных возможностей, склонность к брутальному поведению, бесчувственность к окружающим в сочетании с повышенной самооценкой, эгоистичностью, отсутствие чувства вины и трудности в осознании обществен-

Если проанализировать данные критерии, можно легко убедиться, что они носят неспецифический характер. Подобное поведение свойственно всему контингенту подростков с формирующимися расстройствами личности, независимо от типа, а также ряда здоровых подростков в силу присущей им конфликтности, оппозиционности, соответствующей возрасту. Данные признаки могут сопутствовать и другим формам психической патологии, в частности, шизофрении. В любом случае, складывается представление о лживом, брутальном, жестоком, не желающем учиться, ориентированном на криминальные формы поведения подростке.

Международная классификация болезней не использует указанных диагностических критериев, обходясь более мягкими формулировками, допускающими дифференцированный подход к оценке состояния подростка. С другой стороны, подобная детализация становится понятной, поскольку DSM изначально предполагает ретроспективную оценку жизни пациента в подростковом возрасте. Ряд авторов указывают, что данные критерии диагностики возникли из данных статистического анализа анамнестических данных пациентов, поэтому носят рекомендательный характер. Таким образом, необходимо исходить из формулы: «наличие данных критериев в детстве позволяет предполагать развитие диссоциального расстройства личности в будущем» (P. B. Sutker, 1994), «лицам с диссоциальным расстройством личности в детстве были свойственны данные поведенческие паттерны» (DSM-IV).

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

- не может правильно вести себя на работе или в учебных заведениях (не работает, несмотря на такую возможность, более полугода, прогулы, увольнения без реальных планов на трудоустройство)
- не может придерживаться социальных норм, жить в соответствии с законом, неоднократно совершает правонарушения, подвергается аресту (разрушает собственность, беспокоит окружающих, ворует, занимается криминальным бизнесом)
- является агрессивным и раздражительным, участвует в драках, нападениях, применяет насилие по отношению к членам своей семьи
- пренебрегает финансовыми обязательствами, отказывается выплачивать долги и содержать семью, детей
- является импульсивным, не может планировать наперед (путешествует без цели и не представляя, когда и где закончит-

ся путешествие, не имеет долгий срок постоянного места жительства)

- лжет, даже в мелочах и без цели, использует вымышленные имена, обманывает других для извлечения выгоды или из удовольствия
- будучи родителем или опекуном, не может справиться со своими обязанностями, не обнаруживает чувства ответственности (не кормит ребенка, допускает заболевание ребенка, связанное с несоблюдением гигиены, не обращается к врачу, хотя здоровье ребенка этого требует, отдает детей чужим, тратит на свои нужды деньги, предназначенные на ведение хозяйства)
- никогда не поддерживал моногамной связи в течение года
- нет чувства сожаления, всегда чувствует себя правым, даже тогда, когда обижает кого-то, плохо относится, отнимает что-либо у других и т.д.

Таким образом, критерии вновь описывают смешанную психопатическую личность, в основе нарушенного общественного взаимодействия которой могут лежать различные причины, обусловленные личностной или иной патологией. В частности, подобное поведение характерно для больных алкоголизмом, однако не имеется специального указания на исключение данного вида патологии, напротив, подчеркивается, что алкоголизм и наркомания являются типичными проявлениями диссоциального расстройства, без уточнения, следует ли их рассматривать как самостоятельную патологию, включать в состав диссоциального расстройства, либо считать коморбидными заболеваниями.

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

Таким образом, в DSM диссоциальное расстройство личности по сути — проявление (NB!) практически любой патологии, сопровождающейся стойким асоциальным поведением.

Расстройства личности представляют собой непрерывный континуум, включающий как пограничные с нормой формы, так и глубоко патологические варианты. К. Леонгард (1981) отмечал, что «не всегда легко провести четкую грань между чертами, формирующими акцентуированную личность, и чертами, определяющими вариации индивидуальности человека». С другой стороны находится та часть аномальных личностей, которые «страдают от своей аномальности или заставляют страдать от нее общество» (Шнайдер К., 1999). По мнению С. Я. Бронина (1998), «психопатические

состояния» отличаются особым богатством клиники, психопатология оказывает здесь постоянное и всестороннее воздействие на жизнь индивидуума, детерминирует его биографию, но затем «ткань психопатии» становится бледнее, призрачнее, она сужается, ограничиваясь в своих проявлениях критическими периодами жизни и стрессовыми обстоятельствами.

С точки зрения DSM-IV диссоциальное расстройство личности приобретает черты «тюремного диагноза». Странники «социопатического» подхода трактуют расстройства личности исключительно в качестве наиболее удачной формулировки диагноза для лиц, ведущих криминальный и асоциальный образ жизни, отвергающих моральные нормы, принятые в обществе, неуживчивых, злоупотребляющих алкоголем и наркотиками тунеядцев.

В основе «социопатического» подхода к расстройствам личности, доминирующего сегодня в США, лежит т.н. «антисоциальная концепция психопатий», согласно которой антисоциальное поведение является «стержневым паттерном расстройств личности». Классические клинические подходы к диагностике расстройств личности многие американские авторы подвергают резкой критике, поскольку, по их мнению, они могут быть применены только к узкому кругу пациентов (Sutker P. B., 1994). Поэтому в качестве критериев расстройств личности, которыми до сих пор руководствуются американские врачи, выступают «плохая школьная характеристика с прогулами уроков, плохая характеристика трудовой деятельности, неблагоприятная история семейной жизни, злоупотребление наркотиками, алкогольными напитками, неоднократные аресты, агрессивность или драчливость, половая распущенность или половые извращения, попытки к самоубийству, импульсивное поведение, жизнь за чужой счет, бродяжничество, патологическая лживость, отсутствие сознания вины при преступлениях, безрассудные поступки» (O'Neal P. et al., 1962). Подобная оценка, могла бы, вероятно, вызывать лишь улыбку, но следует помнить, что большинство используемых в России диагностических методик созданы в США и несут на себе отпечаток «социопатической» концепции.

Концепцией, объединяющей знание о пограничных психических расстройствах, включая расстройства личности, является базирующаяся на основных биологических представлениях концепция адаптации. Для человека, как существа, сочетающего в себе биологические и социальные механизмы функционирования, адаптация также актуализируется в двух плоскостях, в которых он представляет собой и особь, живущую по законам биологического вида,



ребления 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.

3. 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 диссоциальном расстройстве и в 70% в группе сравнения.

У большинства подростков из группы диссоциального расстройства 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.

**Лечение.** В современной клинической практике терапии диссоциального расстройства личности имеется две тенденции. Ряд исследователей подходят к диссоциальному расстройству личности с позиций психофармакологической терапии его проявлений, и прежде всего — агрессивного поведения. Вторые с опорой на психотерапевтические методики пытаются обеспечить адаптацию пациентов в обществе, ресоциализацию. В качестве препаратов первого ряда большинством авторов рекомендуются соли лития (благодаря их влиянию на обмен серотонина) в стандартной дозировке курсами продолжительностью 2 месяца и более. Альтернативой солям лития могут выступать нейрорептики. В то же время многие авторы отмечают, что эффективность их ниже, чем принято считать. Распространено мнение, что достигаемый приемом нейрорептиков положительный эффект является следствием их общей способности к седации. К препаратам второго ряда, эффективным прежде всего при агрессивном поведении при расстройствах лич-

ных требований (при формальной сохранности интеллекта, т.н. «парциальная интеллектуальная недостаточность психопатов», Шо-стакевич Б. В., 1971), внешнеобвиняющая позиция.

Вышеизложенные факты способствуют формированию двух позиций в плане диагностики диссоциального расстройства личности, каждая из которых, вероятно, не является оптимальной. С одной стороны, возможно расширительное толкование диагностических критериев, что неизбежно приведет к гипердиагностике за счет больных с алкоголизмом, истерическим и эмоционально-неустойчивым расстройствами личности, ряда здоровых подростков, лиц с органическим поражением головного мозга. С другой стороны, имеется реальная возможность избегать диагностирования диссоциального расстройства личности, относя его проявления к другим диагностическим рубрикам.

Данные экспериментально-психологического исследования (данные получены на группе из 300 несовершеннолетних, Вострокнутов Н. В., Пережогин Л. О., 2003) показали следующие особенности несовершеннолетних, подпадающих под критерии диссоциального расстройства личности:

1. 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.

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

3. 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 оп-

ределенную эмоциональную окраску (как правило, депрессивную). При сравнении с группой подростков-правонарушителей и контрольной группой отмечались выраженные дефекты фиксации стимулов. Вероятно именно эта особенность препятствует у лиц с диссоциальным расстройством интеграции своего и общественного опыта, извлечению уроков из прошлого, включая наказание. Указанная особенность требует, бесспорно, уточнения и разработки в рамках нейропсихологического исследования.

4. Мышление подростков носило, как правило, конкретный характер, мыслительные операции выполнялись 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 признаки предметов. Работа с отвлеченными понятиями практически не была доступна многим подросткам с диссоциальным расстройством личности. Для решения простейших арифметических задач они пользовались подручным материалом, часто рисовали предметы, не пользуясь их числовым обозначением. Однако ни в одном случае не было зафиксировано грубых нарушений мышления.

5. Личностные особенности подростков с диссоциальным расстройством отличались выраженностью эгоистического, гедонистического радикалов, внешнеобвиняющей позицией, они были склонны 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, бравировали 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 диссоциальным расстройством она была свойственна в меньшей степени, носила 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 огр

6. При оценке по нормированной шкале форм и проявлений агрессии Басса-Дарки в группе подростков с диссоциальным расстройством 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 группе сравнения и контрольной группе показатели были близки к нормативным, либо отмечались нарушения параметров преодоления конфликта, функции выбора.

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

1. Большинство подростков в исследуемой группе употребляют систематически токсические вещества, чаще всего — клей, растворители, ацетон, бензин. В то же время 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 группе сравнения и контрольной группе, где выявлены единичные случаи токсикомании и эпизодическое употребление спиртных напитков. Диссоциальные подростки предпочитают крепкие напитки, подростки в группе сравнения — пиво и коктейли. У нескольких подростков с диссоциальным расстройством личности в анамнезе имеются перенесенные алкогольные делирии.

2. У 15% подростков с диссоциальным расстройством личности выявлены признаки органического поражения головного мозга, соответствующие критериям психоорганического синдрома. 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) упот-

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

- часто выпаливает ответы до того, как завершены вопросы;
- часто неспособен ждать в очередях, дожидаться своей очереди в играх или групповых ситуациях;
- часто прерывает других или вмешивается (например, в разговоры или игры других людей);
- часто слишком много разговаривает без адекватной реакции на социальные ограничения.

Многие состояния в детской психиатрии могут сопровождаться симптомами, напоминающими СДВГ. Однако эти состояния часто имеют принципиально иную природу, течение, клиническую картину, прогноз и исход, требуют иных подходов к диагностике, лечению, коррекции. Дифференциальную диагностику необходимо проводить с индивидуальными психологическими особенностями личности, темперамента; тревожными расстройствами; последствиями травм, интоксикаций, нейроинфекций; астеническими состояниями, включая периоды реконвалесценции, эндокринными расстройствами, эпилепсией, рядом наследственных синдромов, например, Ж. де Туретта; расстройствами развития, умственной отсталостью, шизофренией и др. В связи с этим диагностика СДВГ может основываться исключительно на клиническом наблюдении, подтвержденном патопсихологическими данными, анамнестическими сведениями и результатами опроса родителей и педагогов о поведении ребенка. В ходе массовой диагностики (например, диспансеризации) целесообразно привлекать специально подготовленные бригады специалистов (Пережогин Л. О., 2006).

По наблюдениям зарубежных психиатров, СДВГ редко встречается изолированно. СДВГ объективно часто сочетается с оппозиционно-вызывающим расстройством, асоциальными расстройствами поведения, депрессивными состояниями и тревожными расстройствами. Вероятно, около 25% детей с СДВГ (преимущественно мальчики) обнаруживают специфические расстройства школьных навыков. До настоящего времени не установлена строгая причинно-следственная связь между СДВГ и коморбидными ему расстройствами. Известно, что проявления СДВГ в большинстве случаев постепенно ослабевают и часто совсем исчезают в подростковом возрасте (Ковалев В. В., 1995), но к настоящему времени накоплено значительное количество наблюдений, позволяющих утверждать, что не так уж редко симптоматика СДВГ сохраняется у подростков и даже взрослых.

ности относят бензодиазепины, и в первую очередь — лоразепам. Есть данные об эффективности карбамазепина. Сторонники психотерапевтического подхода используют практически все виды групповой психотерапии. Преимущество групповой психотерапии считается доказанным, исходя из предположения, что само участие в работе группы подразумевает социализацию субъекта. По данным различных авторов успешность психотерапии оценивается независимо от применявшихся техник порядка 20-40%, при этом критерии успеха авторы выбирают произвольно. **Следует особо отметить: фармакологическое лечение осуществляется только врачом-психиатром!**

### Синдром дефицита внимания с гиперактивностью

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

Многие исследователи считают, что СДВГ — одно из самых частых психических расстройств у детей. В современных эпидемиологических исследованиях, проведенных за рубежом приводятся данные о распространенности СДВГ в детской популяции от 2% до 12%. Известны некоторые причины слишком высоких показателей диагностики СДВГ в США: это диагностика путем анкетирования учителей и родителей, диагностика производимая психологами и врачами общей практики без участия психиатров. Комплексные обследования детей с участием врачей-психиатров и патопсихологов выявляют самые низкие показатели распространенности СДВГ (около 2% детской популяции). Разными исследователями в России выявлены очень противоречивые показатели распространенности СДВГ — от 6% до 28%. Однако большинство исследователей сходятся на цифрах 6-8% (Заваденко Н. Н., 2005). СДВГ значительно чаще встречается в популяции мальчиков (в среднем в соотношении 3:1). Отмечено, что для девочек с СДВГ более типичны нарушения внимания, чем гиперактивность и импульсивность, более типичные для мальчиков, а среди мальчиков с СДВГ чаще, чем у девочек, встречаются коморбидные (сопутствующие) нарушения поведения и аффективные расстройства (Заваденко Н. Н., 2005).

СДВГ характеризуется триадой симптомов: нарушением внимания, гиперактивностью, импульсивностью (Попов Ю. В., Вид В. Д., 2000; Заваденко Н. Н., 2005 и др.). Нарушения внимания проявляются в том, что дети допускают ошибки в школьных (и других) заданиях из-за невнимательности к деталям, нюансам, не доводят до конца начатую работу или игру, не слушают, что им говорят и не могут следовать полученным разъяснениям (но не в силу того, что неспособны их понять), не могут организовать свою работу и избегают заданий, которые требуют внимания, усидчивости, легко забывчивы, рассеяны, теряют нужные им предметы (особенно школьные принадлежности, книги, игрушки), отвлекаются на посторонние стимулы. Гиперактивность проявляется в избыточной подвижности (не могут усидеть на месте, размахивают руками и ногами, вертятся, не сидят в классе и без разрешения ходят во время урока), предпочтении шумных, подвижных игр и неспособности к тихим занятиям, игнорировании ситуативных условий и социальных запретов. Импульсивность проявляется в неспособности дождаться своей очереди в игре или на уроке, многословности, склонности отвечать, не дослушав вопроса, торопливости, непоседливости, которые часто мешают другим.

И МКБ-10, и DSM-IV-TR (национальная классификация, используемая в США) практически одинаково подходят к критериям диагностики СДВГ. Следует отметить, что и МКБ и DSM являются не столько клиническими, сколько статистическими, исследовательскими классификациями, поэтому механическое применение их критериев неизбежно ведет к ошибкам в диагностике. Поэтому в России и ряде других стран (Франция, Германия), где клинические и научные психиатрические школы особенно сильны, МКБ используется в адаптированных (национальных) вариантах, приближенных к клиническим реалиям (в России МКБ-10 применяется с 1999 года, адаптированный вариант разработан под редакцией Голланда Б. В., Дмитриевой Т. Б., Казаковцева Б. А.). МКБ-10 выделяет форм и подтипов СДВГ (гиперкинетического расстройства, F90), DSM-IV-TR выделяет три подтипа СДВГ: с преобладанием дефицита внимания (314.00), с преобладанием гиперактивности и импульсивности (314.01) и смешанный тип. Исходя из критериев МКБ-10 можно сделать вывод, что гиперкинетическое расстройство по МКБ соответствует смешанному типу СДВГ по DSM-IV-TR (критерии МКБ более строги).

Согласно исследовательским диагностическим критериям МКБ-10 (ВОЗ, 1994-1996), гиперкинетическое расстройство (F90) диагностируется, если:

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

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

- часто проявляющаяся неспособность внимательно следить за деталями или совершение беспечных ошибок в школьной программе, работе или другой деятельности;
- часто не удается поддерживать внимание на заданиях или игровой деятельности;
- часто заметно, что ребенок не слушает того, что ему говорится;
- ребенок часто неспособен следовать инструкциям или завершать школьную работу, повседневные дела и обязанности на рабочем месте (не из-за оппозиционного поведения или неспособности понять инструкции);
- часто нарушена организация заданий и деятельности;
- часто избегает или очень не любит заданий, таких как домашняя работа, требующая постоянных умственных усилий;
- часто теряет вещи, необходимые для выполнения определенных заданий или деятельности, таких как школьные вещи, карандаши, книги, игрушки или инструменты;
- часто легко отвлекается на внешние стимулы;
- часто забывчив в ходе повседневной деятельности.

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

- часто беспокойно двигает руками или ногами или ерзает на месте;
- покидает свое место в классной комнате или в другой ситуации, когда требуется оставаться сидеть;
- часто начинает бегать или куда-то карабкаться, когда это является неуместным (в подростковом или зрелом возрасте может присутствовать лишь чувство беспокойства);
- часто неадекватно шумен в играх или испытывает затруднения при тихом проведении досуга;
- обнаруживается стойкий характер чрезмерной моторной активности, на которую существенно не влияют социальные ситуация и требования.

необходимо — назначение психофармакологического лечения, предварительное отнесение несовершеннолетнего к одной из групп риска. В случае диагностики хронического психического расстройства или иного требующего немедленной помощи психического расстройства, или психического расстройства, исключающего участие несовершеннолетнего в профилактических программах, несовершеннолетний поступает под наблюдение ПНД по месту жительства. Продолжительность диагностического клинического интервью занимает около 1-2 часов.

4. Несовершеннолетние, отнесенные к группам риска, совместным решением комиссии специалистов (врач-психиатр, патопсихолог, социальный педагог) распределяются по группам, с которыми будут осуществляться комплексные профилактические программы. Специалисты составляют программу профилактической работы сроком на 1 год, где планируют занятия психотерапевтических групп, проведение тренингов с детьми, родителями, педагогическим коллективом.

Приведем пример заключения специалистов и выделим факторы риска, выявленные в ходе обследования.

*Несовершеннолетний Ф. Осмотрен в ЦВИНП ГУВД г. Москвы (собственное наблюдение). Со слов несовершеннолетнего, по данным представленной документации, родился в социально благополучной семье. 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 хорошие.*

*Сведений о раннем периоде развития нет. Со слов несовершеннолетнего (согласующихся с данными настоящего освидетельствования) перенес в детском возрасте операцию на головном мозге в связи с опухолевым ростом (**фактор риска — органическое повреждение ЦНС**). Неоднократно госпитализировался в неврологические клиники, находится на диспансерном учете. После хирургического вмешательства признавался инвалидом, в настоящий момент инвалидность, якобы, снята.*

*В школе начал обучаться своевременно, успевал средне. Некоторое время (в том числе — последний год) находился на домашнем обучении (**фактор риска — исключение из образовательной среды**). С 9-10 лет начал курить, эпизодически употреблял алкоголь (толерантность со слов — 300 мл. водки) (**фактор риска — раннее приобщение к ПАВ**). Несмотря на медицинские противопоказания и запрет родителей пошел заниматься в секцию бокса.*

Лечение СДВГ носит комплексный характер и включает помощь семье ребенка, в том числе — путем обучения родителей специальным методам взаимодействия с детьми, помощь ребенку в освоении социальных и коммуникативных навыков, помощь ребенку в обучении (специальное дидактическое сопровождение, обучение навыкам, способствующим лучшему усвоению материала на уроках и при самостоятельных занятиях), лечение методом биологической обратной связи, фармакотерапию. В России традиционно для лечения СДВГ используются препараты ноотропного ряда, реже — трициклические антидепрессанты, совсем редко (для купирования состояний возбуждения) — самые мягкие нейрорептики. В США для лечения СДВГ традиционно применяются препараты группы амфетаминов, в России они запрещены и отнесены к наркотическим. Среди последних препаратов, зарегистрированных в России, следует назвать блокатор захвата норадреналина атомоксетин (коммерческое название «Страттера»). **Следует особо отметить: фармакологическое лечение СДВГ осуществляется только врачом-психиатром!**

### Аффективные расстройства

Встречаются практически при всех психических расстройствах детского и подросткового возраста. В изолированном виде в группах риска по формированию зависимости встречается циклотимия и дистимия.

Под циклотимией понимают состояние, характеризующееся выраженной эмоциональной лабильностью с многочисленными сменами эпизодов легкой депрессии и гипомании. Дистимия — хроническое депрессивное настроение, устойчивое аффективное снижение на протяжении длительных периодов времени — до нескольких месяцев. Эти состояния сопровождаются снижением настроения, работоспособности, общим дискомфортом и нарушениями сна (многие исследователи называют дистимию невротической депрессией, что вносит терминологическую путаницу, но верно характеризует суть явления).

### Органические когнитивные и личностные расстройства

Это очень большая группа психических расстройств, которые объединяются благодаря наличию в патогенезе фактора повреждающего воздействия на головной мозг (механического, гипоксического, токсического и т.д.). В связи с этим В. В. Ковалев (1995) предлагал выделять дизонтогенетические формы (задержки развития отдельных систем мозга — речи, моторики, школьных навы-

ков, инфантилизм, минимальный когнитивный дефицит), энцефалопатические формы (церебрастенические синдромы, неврозоподобные состояния, сопровождающиеся колебаниями настроения, страхами, ипохондрией, тиками, энурезом; эндокринопатии, эпилептиформные синдромы), смешанные формы (детский церебральный паралич, СДВГ). В связи с подобной широкой представленностью органических расстройств следует воспринимать их симптомы в первую очередь как неблагоприятную почву, существенно повышающую риск аддиктивного поведения.

### **Патологический пубертатный криз**

Как мы уже отмечали выше, В. А. Гурьева, Т. Б. Дмитриева, Е. В. Макушкин и др. (2007) определяют это состояние как совокупность патологических личностных, непсихотических аффективных, утрированных психологических переживаний, являющих собой, как правило, подростковый этап динамики целого ряда психических расстройств. В клинике принято выделять т.н. «психологический криз созревания», сопровождающийся усилением присущих подросткам психологических особенностей (карикатурное стремление к самоутверждению, странное сочетание чувствительности и черствости, брутальности, крайняя оппозиционность, максимализм в суждениях и поступках, сверщенный характер увлечений, склонность к индуцированию), дисгармонический пубертатный криз (преобладание аномальных личностных реакций, аномального поведения, включая противоправное, аддиктивное, суицидальное, социальной дезадаптации — на уровне школы, семьи, микроокружения), патологический пубертатный криз — патологическое фантазирование, расстройства влечений, гебоидные состояния. Именно последняя форма определяет, как правило, «подростковый этап динамики целого ряда психических расстройств», в частности, шизофрении. Однако, именно «психологический криз созревания» и дисгармонический пубертатный криз, являясь прогностически благоприятно протекающими состояниями, определяют риск по формированию зависимости, и должны непременно учитываться при организации профилактических мероприятий в подростковых коллективах.

### **Выявление несовершеннолетних группы риска по формированию зависимости**

Широкий спектр факторов риска по формированию наркозависимости предполагает, в идеале, их выявление у несовершенно-

летнего компетентными специалистами. Прежде всего, для диагностики необходимо участие врача-психиатра (врача психиатра-нарколога) и патопсихолога, хорошо знакомого с адаптированными для работы с детьми и подростками психодиагностическими методиками.

При наличии специалистов, средств и времени, последовательность их работы такова:

1. Врач проводит диагностическую беседу с родителями, изучает анамнез, особое внимание уделяет диагностике перинатальных вредностей, последовательному прохождению основных этапов психического развития, возрастных кризисов созревания, выясняет у родителей особенности поведения ребенка, его настроение, увлечения, формы реагирования в различных ситуациях, интересуется творчеством, отношением к учебе, спорту, сверстникам. Если в ходе беседы выявляются симптомы психических расстройств — отмечает это, выясняет детали. Врач изучает предоставленную родителями и поликлиникой медицинскую документацию на подростка. В среднем продолжительность работы на данном этапе составляет 2-3 часа на каждого ребенка.

2. Патопсихолог проводит с ребенком экспериментально-психологическое исследование, направленное на выявление основных особенностей его высшей психической сферы — внимания, памяти, эмоций, интеллекта, личности, мышления. Многие методики могут быть проведены в группе, что существенным образом сокращает время работы. Достаточно просто выполняются в группе методики, в основе которых лежит опросник («ПДО» А. Е. Личко, «Самооценка психических состояний» Г. Айзенка), допустимо (но не желательно) проведение в группе методик, направленных на изучение мышления, интеллекта (исключение лишнего, простые аналогии, пиктограммы, тест Векслера). Как правило, патопсихолог использует приблизительно следующую батарею тестов: метод цветочных выборов (Л. Н. Собчик), пиктограммы, таблицы Шульте, исключение лишнего, существенные признаки, простые аналогии, самооценка (С. Я. Рубинштейн), самооценка психических состояний (Г. Айзенк), 10 слов, ПДО (А. Е. Личко). Результаты диагностики патопсихолог оформляет в виде заключения. На каждого ребенка требуется не менее 2-3 часов работы патопсихолога (время интерпретации результатов и подготовки заключения в эти 2-3 часа не входит).

3. Врач, ознакомившись с заключением патопсихолога, проводит с ребенком диагностическое клиническое интервью. Итогом диагностического интервью является постановка диагноза, если

Складывается впечатление, что несколько преувеличивает имеющиеся у него патологические проявления соматического характера. 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 (**очень значительный фактор риска, располагающий к поиску компенсации в форме приема ПАВ**), подчеркивает, 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 подельников, уверяет, что они оговорили его.

Планов на будущее не строит (**фактор риска — отсутствие планов на будущее и социальных перспектив**). 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 болела голова. Надеется, что все-таки вернется домой. Высказывает решительное несогласие с решением направить его в спецшколу, уверяет, что с ним поступили несправедливо.

Сообщает, что в ЦВИНП 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 (фамилия созвучна английскому бранному слову, имеющему широкое хождение среди подростков), 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.

**Предварительный диагноз и рекомендации:** несовершеннолетний обнаруживает признаки органического поражения головного мозга сложного генеза (преимущественно — травматического характера) (F 07), с преобладанием эмоционально-волевых нарушений. На первый план выступают аффективные расстройства.

Начал конфликтовать со сверстниками, ссорился с родителями, дважды совершал попытки убежать из дома, однако вскоре возвращался (**фактор риска — дисфункциональные отношения в семье, обусловленные декомпенсацией органических изменений личности в период пубертата у Ф.**). В один из побегов в поисках места для ночлега познакомился с группой асоциальных подростков, которые привлекли его к совершению кражи.

За последний год Ф. совершил несколько краж (**фактор риска — асоциальное микроокружение, криминальная активность в качестве гиперкомпенсаторной реакции**), 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 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 (**забегая вперед, отметим, что по психическому состоянию Ф. не мог находиться в спецшколе**).

**Соматическое состояние:** состояние удовлетворительное. Нормостенического телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, нормальной окраски. На волосистой части головы — послеоперационный шрам. Шрамы со следами хирургических швов (по видимому, последствия травм головы) в лобных отделах головы (**фактор риска — дополнительные органические предикторы**). 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 в совокупности с психическим инфантилизмом может быть расценено как тотальная задержка развития и свидетельствовать о задержанном пубертате (**фактор риска — выраженные признаки общей дизонтогенетической асинхронии развития**).

**Неврологическое состояние:** жалобы на головные боли, эпилепсии, 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, разнеликие (П<Л) глазные щели, тремор при выполнении пальценосовой пробы, дрожание кончика языка. Сухожильные рефлексы оживлены, с некоторым расширением рефлексогенных зон, равномерны. В позе Ромберга пошатывается.

Совокупность указанных изменений можно расценить как остаточные явления перенесенной операции на головном мозге и черепно-мозговых травм (?). Рекомендуется: рентгенограмма черепа, ЭЭГ с использованием данных спектрального анализа, картирования, ЭХО-ЭГ, наблюдение невропатологом по месту жительства. В условиях режимного учреждения следует ожидать ухудшения состояния здоровья освидетельствуемого, рекомендуется пересмотреть решение о направлении в специализированную школу.

**Психологическое состояние:** при осмотре отмечается 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 (**фактор риска — почва для нарушения самооценки, социального отрыва от сверстников**). 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 (**фактор риска**), возможно, ситуативно отмечаются протестные реакции. Указанная совокупность индивидуальных особенностей находится в прямой связи с ведущим психическим расстройством. Коррекция возможна параллельно с лечением основного заболевания. Обнаруживается высокий уровень агрессивности в целом (**фактор риска**), в частности — высокие показатели физической и вербальной агрессии, высокий уровень подозрительности, чувство вины. Подобный про-

филь шкал может свидетельствовать об острой реакции, в том числе — защитного плана, на совокупность внешних обстоятельств у личности, склонной к импульсивным, brutальным действиям. Обнаруживается 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 (**фактор риска**). Прогностические функции сохранены.

Рекомендуется: психологическая реабилитационная работа по месту жительства, активное привлечение несовершеннолетнего к труду и творчеству, использование положительного ресурса семьи.

**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 аккуратно, застенчив, но постепенно адаптируется в процессе беседы. Сведения о себе сообщает кратко, скупно, 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 авторским методикам приходится давать дополнительные разъяснения. Интеллект сохранен, круг интересов сужен, не имеет постоянных увлечений, не интересуется чтением, учебой. Память сохранена, однако сам отмечает ее некоторое снижение.

Настроение снижено. Сообщает, что большую часть времени проводит праздну, 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. Сообщает, что после помещения в ЦВИНП нарушился сон, то и дело просыпается, иногда подолгу не может заснуть. Испытывает тоску по дому, стыд перед родителями и угрызения совести. Сожалеет, что из-за него родители вынуждены страдать. Признается, что больше всего желает вернуться домой, обещает исправиться.



7. Низкая толерантность по отношению к употребляемому веществу.	По 10 баллов за каждое употребляемое вещество.
8. Повторный прием после первой пробы.	Повторный прием в течение месяца после первой пробы добавляет еще 10 баллов за наркотики 5 баллов за алкоголь.
9. Прием веществ, быстро вызывающих зависимость.	По 10 баллов за каждый прием в течение месяца после первой пробы.
10. Органическое поражение головного мозга с психическими расстройствами не психотического характера.	В случае раннего генеза — 10 баллов, дополнительные повреждающие факторы — 5 баллов за каждый, минимальный когнитивный дефицит — 10 баллов, СДВГ — 10 баллов.
11. Задержки и асинхронии психического развития.	До 3 лет — 5 баллов, до 7 лет — 10 баллов, старше 7 лет — 15 баллов, выраженный инфантилизм — 10 баллов, поздний пубертатный криз — 10 баллов.
12. Формирующаяся личностная патология. Расстройства поведения.	15 баллов. Акцентуации характера — 10 баллов.
13. Доступность ПАВ по объективным причинам (например, район проживания)	15 баллов.
14. Аномальные стили воспитания в семье	Гипоопека — 10 баллов, гиперопека — 15 баллов, отвержение — 20 баллов. Насилие в семье, жестокие наказания — 20 баллов.
15. Воспитание в семье с низким доходом (намного ниже среднего)	10 баллов. Многодетная семья с низким доходом — 15 баллов.
16. Воспитание в семье с высоким доходом (намного выше среднего)	15 баллов.
17. Дисфункциональная семья.	10 баллов.
18. Среди друзей, одноклассников — дети с систематическим асоциальным поведением	10 баллов. За каждого следующего друга — 3 балла. За каждого друга-наркомана — 20 баллов.

*Происходит формирование психоорганического синдрома (?). Нельзя исключить формирования на органически неполноценной почве диссоциального расстройства личности.*

*Настоящее состояние несовершеннолетнего необходимо квалифицировать как депрессивный эпизод (ввиду отсутствия более подробных сведений точная квалификация не представляется возможной) реактивного характера, возникший в условиях отторжения от семьи.*

*Рекомендуется осуществить следующие диагностические мероприятия: ЭЭГ с картированием, на предмет исключения/выявления источника очаговой активности, ЭХО-ЭГ, рентгенологическое исследование черепа. Необходимо динамическое наблюдение невропатолога и психиатра. Желательна консультация нейропсихолога.*

*Лечебная тактика представляется следующей: на первое место выходит ноотропная терапия (пирацетам, винпоцетин), параллельно необходима дегидратационная (диакарб, глицерин) терапия. В случае выраженных поведенческих расстройств психопатического (психопатоподобного ?) характера следует с осторожностью использовать нейролептики — корректоры поведения (неулептил — малые дозы) и карбамазепин.*

*Рекомендуется лечебные мероприятия, направленные на устранение фобий, идеально — психотерапевтическая коррекция в рамках НЛП, эриксоновского гипноза. Рекомендуется курс реабилитационной (групповой) психотерапии.*

*Необходим контроль за употреблением подростком алкоголя.*

*Прогноз социальной адаптации: В настоящее время прогноз социальной адаптации представляется сложным. Учитывая медицинские противопоказания говорить о направлении в учебное заведение специального типа не представляется возможным. Против направления в школу закрытого типа говорит также и выраженная антисоциальная направленность несовершеннолетнего. Контакт с другими антисоциальными подростками усугубит антисоциальные тенденции, будет способствовать дальнейшей криминализации поведения подростка.*

*Идеальным местом реадaptации для несовершеннолетнего является его семья. Семья социально благополучна, родители уделяют воспитанию несовершеннолетнего должное внимание. Представляется возможным утверждать, что противоправные действия несовершеннолетнего обусловлены преимущественно прогрессированием психического расстройства, полноценную же медицин-*

скую помощь и уход ему можно осуществить только в условиях семьи.

Среди первоочередных мероприятий по ресоциализации несовершеннолетнего можно рекомендовать: помощь родителям в воспитании несовершеннолетнего со стороны органов ПДН и школы, материальную помощь семье, помощь несовершеннолетнему в организации досуга (творческие, клубы по интересам), медицинскую, в том числе — психолого-психиатрическую помощь несовершеннолетнему.

**Вместо послесловия — находясь в условиях специализированной школы, Ф. начал ежедневно дышать парами бензина, клеем. Несколько раз случались эпилептические припадки, которые скрывал от воспитателей. На втором году нахождения в спецшколе совершил тяжкое преступление против личности. Осужден на длительный срок лишения свободы.**

Таким образом, пренебрежение комплексом факторов риска, наличием патологической органической почвы и формированием диссоциального личностного расстройства (четвертая группа риска), отсутствие профилактических мер привело сначала к формированию зависимости от токсических веществ, затем — прогрессированию основного психического расстройства и крайним формам противоправного поведения, фактической потери подростка для общества.

Из изложенного ясно, что тактика использования тандема специалистов «психиатр-патопсихолог», являясь диагностически оптимальной применительно к одному ребенку, оказывается трудноосуществимой применительно к детским и подростковым коллективам. Реализация подобной тактики возможна или в специализированных учебно-воспитательных учреждениях, или на базе специализированных центров помощи подросткам группы риска (Центры психолого-педагогической реабилитации и коррекции, наркологические центры, ориентированные на целевую профилактическую работу). Однако на практике вопрос выявления подростков группы риска стоит, как правило, в общеобразовательных учреждениях — прежде всего, в средних школах. Это обуславливает поиск способов выявления подростков групп риска скрининговым методом. Недостатком скрининговых методов является их относительно невысокая точность, но это их естественная оборотная сторона.

**Следует отдавать себе отчет: скрининговые методы — это скрининговые методы, их данные требуют перепровер-**

**ки. Их цель — сократить объем предварительной диагностической работы, а не заменить ее!**

Рассмотрим совокупность факторов риска и прошкалируем их удельный вес в общем уровне риска формирования зависимости.

**Таблица 1**

**Удельный вес факторов риска в оценке степени риска формирования зависимости у несовершеннолетних**

<b>Фактор</b>	<b>Оценка в баллах. Комментарий</b>
1. Алкоголизм у ближайших родственников (родители, сибсы, бабушки-дедушки, дяди-тети)	Один родственник со стороны отца или матери — 7 баллов, проживающий с ребенком — 10 баллов. За каждого следующего родственника со стороны отца или матери, не проживающего с ребенком добавляется 3 балла, проживающего — 5 баллов
2. Наркомания у ближайших родственников (родители, сибсы, бабушки-дедушки, дяди-тети)	Один родственник со стороны отца или матери — 10 баллов, проживающий с ребенком — 15 баллов. За каждого следующего родственника со стороны отца или матери, не проживающего с ребенком добавляется 5 баллов, проживающего — 7 баллов
3. Хронические психические расстройства у ближайших родственников (родители, сибсы, бабушки-дедушки, дяди-тети)	Учитываются шизофрения и др. эндогенные психозы, генуинная эпилепсия, другие психические расстройства, наследование которых отличается высокой вероятностью. Один родственник со стороны отца или матери — 5 баллов, проживающий с ребенком — 7 баллов. За каждого следующего родственника со стороны отца или матери, не проживающего с ребенком добавляется 2 балла, проживающего — 3 балла.
4. Хронические соматические расстройства у ближайших родственников (родители, сибсы, бабушки-дедушки, дяди-тети)	Один родственник со стороны отца или матери — 3 балла, проживающий с ребенком — 5 баллов. За каждого следующего родственника со стороны отца или матери, не проживающего с ребенком добавляется 1 балл, проживающего — 3 балла.
5. Ранняя (до 15 лет) сексуальная активность.	10 баллов. Перенесенное сексуальное насилие добавляет 10 баллов. Ранняя беременность у девушек добавляет 5 баллов.
6. Раннее (до 14 лет) начало приема алкоголя, ранее (до 12 лет) курение.	10 баллов за алкоголь, 5 баллов за табак, по 15 баллов — за пробу наркотиков каждого вида, включая токсические вещества.

ных знаний мал. Читает по слогам, считает без ошибок в пределах 100, с трудом — в пределах 1000. Пишет практически печатными буквами, некоторые буквы, например «а» и «о» почти неотличимы. Почерк крупный. Левша (!). Мышление последовательное, с достаточным развитием аналитического и синтетического компонентов, нарушений мышления не выявляется. Память и интеллект сохранены. Эмоциональные реакции адекватны, на момент осмотра фон настроения несколько приподнят, возможно — ситуативно (ждет отправки домой), а возможно имеются циклические колебания настроения (судя по дневниковым записям в карте воспитанника, поведение его существенно и резко изменилось спустя две недели пребывания в ЦВИНП).

Сообщает, что в ЦВИНП ему понравилось, здесь ему интересно учиться и много хороших книг, некоторые он прочитал. Сетует, что читает медленно, по слогам, уверяет, что читать ему нравится. Охотно делится содержанием прочитанного. Сообщает, что легко запоминает содержание книг, ему просто выучить стихи. Поет песню «Офицеры», разученную к концерту воспитанников, комментирует текст.

Сообщает, что ему было нетрудно найти контакт с воспитателями, но нелегко с другими воспитанниками, которые несколько раз пытались его избить. Предполагает, что его невзлюбили из-за того, что он, в свою очередь, отказался принять участие в избивании другого воспитанника. Утверждает, что не любит драться, дерется редко, хотя трусом себя не считает.

Охотно рассказывает о своих увлечениях: любит читать, петь, посещал кружок танцев, занимается спортом. С любовью отзывается о старшем брате, который учил его гимнастическим упражнениям и приемам бокса, говорит, что хотел бы заниматься в хоккейном клубе, и ждет наступления зимы, когда в их городе откроется хоккейная секция.

Считает себя здоровым. При расспросе сообщает о перенесенных травмах головы с потерей сознания. Сообщает, что дважды терял сознание «от страха», когда входил в темную комнату, где в это время находилась бабушка, и внезапно слышал, как она звала его по имени. Отмечает у себя также страх высоты, когда «немеют руки и ноги, словно становятся ватными», испытывает очень неприятное чувство озноба, дрожит всем телом.

Отмечает у себя странное влечение к киоскам, когда хочется разбить стекло, стащить какую-нибудь мелочь. Поясняет, что порой его «будто кто-то тянет за руку», главное — ударить тогда по стеклу, приятно слышать его звон, приятно, превозмогая страх,

19. Низкая успеваемость в школе

20. Систематические конфликты с педагогами и учениками.

21. Индивидуальные особенности, не достигающие уровня психических расстройств.

22. Пассивная социальная позиция.

23. Низкий уровень социальных навыков

24. Отсутствие реальных взглядов на будущее

25. Отсутствие жизненных перспектив в ближайший год (по объективным причинам)

С младших классов — 15 баллов, со средних классов — 10 баллов.

15 баллов. Переход в другую школу (в связи с конфликтами) — 10 баллов. Частые конфликты со сверстниками — 10 баллов.

Низкая самооценка — 10 баллов, эмоциональная лабильность — 10 баллов, низкий (в пределах нормы) интеллект — 10 баллов, отсутствие хобби, интересов — 10 баллов.

Подчиняемость обстоятельствам — 10 баллов, гедонистические установки — 10 баллов, пассивность, отсутствие инициативы, собственного мнения — 10 баллов, потребность в частом отдыхе, релаксации — 10 баллов, потребность в сильной стимуляции — 10 баллов.

Неумение выполнять элементарную работу по дому — 15 баллов, делать покупки — 10 баллов, добираться в нужные места — 10 баллов.

Отсутствие представлений о своей будущей профессии — 10 баллов, семье — 15 баллов, отсутствие мечтаний духовного (знать, уметь, любить) характера — 15 баллов и связанного с ним материального характера (хочу пианино, чтобы научиться играть) — 10 баллов.

15 баллов

Накопление у подростка 50 и более баллов при обязательном наличии хотя бы двух классов факторов риска может быть расценено как повод отнести подростка к группе риска. Наличие 75 и более баллов свидетельствует о высоком, 100 и более баллов — о крайне высоком риске формирования зависимости.

Рассмотрим в качестве примера следующее клиническое наблюдение.

Со слов несовершеннолетнего, по данным представленной документации, родился в социально неблагополучной семье. Отец злоупотреблял алкоголем, в семье не проживает (**7 баллов**). Старший брат социально адаптирован, проживает отдельно, в детстве уделял ему много времени, привлекал к спортивным занятиям,

помогал в учебе, отношения с братом хорошие по сей день. Мать, со слов несовершеннолетнего, добрая, отзывчивая, однако в последнее время мало уделяет ему времени, поскольку работает в другом городе (**гипоопека со стороны матери — 10 баллов**). Видится с матерью не чаще раза в неделю, когда она приезжает его проведать и привозит бабушке деньги на содержание сына. Воспитывается престарелой бабушкой и отчимом. Бабушку характеризует доброй, мягкой, склонна его баловать. Отчим злой, в состоянии алкогольного опьянения избивает несовершеннолетнего, отношения с ним конфликтные (**насилие в семье — 20 баллов**).

Сведений о раннем периоде развития нет. Со слов несовершеннолетнего перенес две черепно-мозговые травмы с потерей сознания (однажды упал с дерева, в другой раз его ударили по голове) (**10 баллов за дополнительные повреждающие факторы**). После одной из травм якобы находился в больнице. Отмечает после травм эпизоды головокружения. В школе обучаться начал своевременно, переведен в 5 класс, успевает плохо, оставался в 4 классе на второй год (**низкая успеваемость с младших классов — 15 баллов**). Часто пропускает школу без уважительной причины, убегает из дома, проводит время праздну. Нередко приезжает в Москву, где занимается попрошайничеством, работает на приеме стеклотары, иногда совершает мелкие кражи. Курит 1-2 сигареты в день, алкоголь не употребляет (**5 баллов — курение**).

В ЦВИНП помещен в связи с правонарушением: вместе со старшим подростком разбил (вероятно, с целью ограбления) стекла в двух киосках на ул. Тверская, был задержан милицией (**10 баллов за товарища с асоциальным поведением**).

Соматическое состояние: состояние удовлетворительное. Нормостенического телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, нормальной окраски, со стороны опорно-двигательного аппарата без патологии, мышечная система развита хорошо, со стороны органов и систем без патологии. Данных за хронические соматические расстройства нет.

Неврологическое состояние: ослаблена конвергенция, разновеликие (П<Л) глазные щели, легкие нистагмические подергивания при крайних отведениях глазных яблок, несколько сглажена левая носогубная складка, дрожание кончика языка. Сухожильные рефлексы оживлены, с некоторым расширением рефлексогенных зон, равномерны. В позе Ромберга устойчив. Совокупность указанных изменений можно расценить как остаточные явления перенесенных черепно-мозговых травм. Рекомендуется: ЭЭГ с исполь-

зованием данных спектрального анализа, картирования, наблюдение невропатологом по месту жительства.

Психологическое состояние: при осмотре отмечается повышенный фон настроения, некоторая эмоциональная лабильность. В контакт вступает охотно, инструкции усваивает и удерживает, поддается коррекции, в целом выполняет задания в быстром темпе, справляется с заданиями достаточно высокой сложности, обнаруживает высокий уровень притязаний. Мнестические процессы сохранены. Интеллект в норме, однако запас школьных знаний снижен. Читает и пишет с трудом. Мышление с некоторыми признаками конкретности, последовательное, характеризуется достаточным уровнем обобщения, способен оперировать отвлеченными понятиями, уровень абстрагирования достаточный. Внимание не нарушено, повышенной истощаемости не выявляется.

Личностные особенности — личность характеризуется совокупностью истеричеких и эксплозивных черт, склонен к лидерству, любит быть в центре внимания, может быть вспыльчивым, обнаруживает склонность к защитным реакциям и реакциям утраты. Указанные личностные особенности могут явиться достаточным базисом для социализации. По шкале агрессии Басса-Дарки: обнаруживается высокий уровень негативизма, склонность к реакциям избегания, высокий уровень подозрительности, чувство вины. Собственно агрессивность в пределах нормы. По шкале волевых расстройств: высокий уровень альтруизма, склонность удовлетворять требованиям социума и социального окружения, трудолюбие, трудности в преодолении социально заданных препятствий (в частности, формального характера), трудности сознательного выбора при легком выборе эмоционального характера, высокий уровень нарушений преднамеренной регуляции своих действий (**10 баллов**)(!) и достаточно высокий уровень эгидистонических навязчивостей (!) чем могут определяться и противоправные действия (см. психический статус), прогностические функции сохранены. Рекомендуется: психологическая реабилитационная работа по месту жительства, активное привлечение несовершеннолетнего к творчеству и спорту, работа в семье, с использованием авторитета старшего брата и бабушки, налаживание контакта с матерью.

Психический статус: в контакт вступает охотно, разговорчив, настроение приподнятое. Вежлив, одет аккуратно, застенчив, но быстро адаптируется в процессе беседы. Сведения о себе сообщает охотно, последовательно, достаточно подробно и откровенно. Речь правильная, обнаруживает достаточный словарный запас, оперирует конкретными и отвлеченными понятиями. Запас школь-

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 именно тренинговые занятия.

Предлагаемый **тренинг** рассчитан на 8 часов работы, большую группу — до 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 (профилактическая концепция «Просто скажи — Нет!»).

Задачи тренинга:

- повышение уровня информированности детей о проблеме наркомании;
- изменение отношения детей к наркомании;
- умение сказать «Нет наркотикам»;
- формирование мотивации к сохранению здоровья.

Тренинг включает:

- введение, в состав которого входят игра-разминка, подвижные упражнения, знакомство в группе, сообщение тренером условий тренинга, правил работы,
- оценку уровня информированности участников, их личного опыта,
- игру «Спорные утверждения» в ходе которой участникам предоставляется возможность высказать свое мнение по самым острым вопросам,
- показ фильма о зависимостях,
- игру «Ассоциации», в ходе которой оценивается характер эмоционального восприятия зависимости подростками,
- игру «Словесный портрет», где на основе выработанных ассоциаций участники описывают образ человека, злоупотребляющего психоактивными веществами,
- ролевую игру «Семья», где участники, разбившись на команды, представляют сценки из семейной жизни наркоманов, лиц с зависимостью от алкоголя, токсических веществ,
- ролевую игру «Марионетки», в которой участникам предоставляется возможность почувствовать себя в роли «ведомого», человека, лишенного права самостоятельного волеизъявления,

*просовывать внутрь руку. Понимает наказуемость содеянного, уверяет, что иногда просто не может остановиться.*

*Строит планы на будущее. Хотел бы приобрести какую-нибудь профессию, признается, однако, что всерьез над выбором профессии не думал, нравится то одна, то другая. Мечтает заниматься спортом, хотел бы научиться играть на гитаре и петь. Формально осознает необходимость учиться в школе, однако подчеркивает, что будет учиться, «если не будет скучно». Тоскует по дому, с горечью отмечает, что мама работает, а бабушка больна, поэтому они не смогли навещать его, пока он находился в ЦВИНП.*

*Покидает кабинет с неохотой, поясняет, что ему понравилось работать с компьютером.*

***Предварительный диагноз и рекомендации:** несовершеннолетний обнаруживает признаки органического поражения головного мозга сложного генеза (преимущественно — травматического характера) (F 07), с преобладанием эмоционально-волевых нарушений. На первый план выступают аффективные расстройства, не исключено, биполярного характера и пароксизмальные расстройства органического характера (эпизоды потери сознания, компульсивные (?) действия).*

*Рекомендуется осуществить следующие диагностические мероприятия: ЭЭГ, с картированием, на предмет исключения/выявления источника очаговой активности, ЭХО-ЭГ. Лечебная тактика представляется следующей: в случае выявления очаговой патологической активности — специфическая фармакотерапия. Независимо от того — курс ноотропной терапии (винпоцетин, глицин — по схемам). Рекомендуются лечебные мероприятия, направленные на устранение фобий, идеально — психотерапевтическая коррекция в рамках НЛП, эриксоновского гипноза. Рекомендуются курсы реабилитационной (групповой) психотерапии. Динамическое наблюдение психиатра и психолога. Желательна консультация нейропсихолога (левшество).*

***Прогноз социальной адаптации:** В настоящее время прогноз социальной адаптации представляется сложным. В рамках семьи говорить об успешной социальной реабилитации несовершеннолетнего представляется на данный момент затруднительным, что связано в первую очередь с характером работы матери. В то же время изъятие ребенка из семьи способно спровоцировать выраженные патологические реакции, что, бесспорно, приведет к большей дезадаптации, нежели отмечается в настоящий момент. Среди первоочередных мероприятий по ресоциализации несовершеннолетнего можно рекомендовать: помощь матери в трудоустрой-*

*стве по месту постоянного проживания, материальную помощь семье, помощь несовершеннолетнему в организации досуга (творческие, спортивные клубы по интересам), медицинскую, в том числе — психолого-психиатрическую помощь несовершеннолетнему.*

В нашем наблюдении несовершеннолетний обнаруживает 87 баллов, что позволяет отнести его к группе высокого риска по формированию зависимости. В то же время у несовершеннолетнего сохранены важнейшие адаптивные ресурсы (личностные, интеллектуальные), минимальная социальная помощь семье несовершеннолетнего (устранение насилия со стороны отчима — правовой аспект (реализуют сотрудники УВД); помощь матери с трудоустройством — социальный аспект (реализует служба занятости населения) приведут к устранению факторов побегов из дома и асоциальных поступков в асоциальном микроокружении) — в результате чего риск будет существенно сокращен (до 47 баллов). Своевременная психолого-психиатрическая помощь нивелирует органическую почву, купирует эмоционально-волевые расстройства, скорее всего, ликвидирует курение (реализуют психиатр и психологи центра психолого-педагогической реабилитации и коррекции) (остается 22 балла). На этом этапе станет возможна коррекция успеваемости педагогическими способами (реализуют педагоги средней школы) — остается 7 баллов, минимальный риск.

Таким образом, скриннинговые методы позволяют не только выявить подростков группы риска, но и разработать тактику и стратегию их реабилитации, выбрать основные мишени для профилактического воздействия, тип воздействия, круг специалистов и учреждений, оказывающих помощь.

### **Тренинговые методы первичной профилактики зависимости в группах риска**

Первичная профилактика наркозависимости должна, по идее, охватывать все общество. В реальности главной мишенью первичной профилактики становятся именно подростки группы риска. В этом случае цель первичной профилактики — максимально нивелировать воздействие всего комплекса или отдельных факторов риска формирования наркозависимости. В свою очередь наиболее доступными для профилактического воздействия являются микросоциальные факторы риска, в частности — факторы семейного, школьного, ближайшего микросоциального окружения.

В современной литературе описаны несколько профилактических моделей. Какая из них лучше, перспективнее — вопрос ри-

торический. Но все модели имеют как сильные, так и слабые стороны, поэтому на практике в ходе профилактической работы приходится использовать «kozyри разных мастей».

**Социокультуральная модель** подразумевает, что социальные нормы прямо влияют на употребление или злоупотребление психоактивными веществами. Это во многом справедливо, когда речь идет, например, о злоупотреблении алкоголем. Акцент социокультуральной модели делается на соблюдении культуральных нормативов, например — должна быть четко определена та грань, между нормальным употреблением алкогольных напитков и пьянством. Задача заключается в том, чтобы четко определить, что является приемлемым употреблением спиртных напитков, а что — пьянством. По сути, социокультуральная модель обращается к религиозным традициям, народным обычаям, где употребление алкоголя — не самоцель, а строго регламентированная часть жизни. В плане реализации социокультуральной модели реализована профилактическая кампания против наркотиков «Просто скажи — Нет!», нашедшая немало последователей во всем мире и показавшая неплохие результаты. Главной проблемой реализации модели является не наличие различных взглядов и моделей поведения в обществе, в форма ведения самой профилактической работы. Форма информирования о вреде табака, алкоголя, наркотиков, как признано специалистами всего мира, не оправдала себя, поскольку у подростков группы риска приобщение к ПАВ происходит не от недостатка знаний, а вопреки их наличию. В качестве альтернативной формы в последнее время все чаще рассматривается тренинг.

В качестве примера рассмотрим модель профилактического тренингового занятия, разработанную и апробированную нами (Пережогин Л. О. с соавт., 2002, 2003) для профилактической работы в группе риска.

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

том, что процент сильно пьющих людей от данного населения прямо зависит от среднего уровня потребления алкоголя в данном обществе. Поэтому число алкоголиков растет в обществе, где растет употребление алкоголя. В связи с этой особенностью можно предсказать, что снижение потребления алкоголя в данной культуре будет сопровождаться снижением числа алкоголиков. Второе положение заключается в том, что увеличение сильного потребления алкоголя повышает вероятность возникновения связанных с ним негативных последствий в духовной, физической и социальной сферах. Следовательно, как только среднее потребление алкоголя в обществе возрастает, возрастает количество алкоголиков, и, соответственно, можно ожидать рост таких неблагоприятных последствий. Суть третьего утверждения в том, что общество должно пытаться уменьшить негативные последствия употребления алкоголя ограничением его доступности. Утверждается, что ограничение доступности алкоголя, особенно путем поднятия стоимости спиртных напитков, снизит потребление алкоголя, и, соответственно, связанные с ним последствия. Другие пути — сокращение рабочего дня баров с алкогольными напитками, контроль над розничной продажей алкоголя, поднятие возрастного ценза для приобретающих спиртные напитки. Модель критикуется в основном продавцами алкоголя (легальными) и криминологами, знакомыми с динамикой нелегального оборота алкоголя. Применительно к наркотикам запретительный компонент модели задействован практически во всех странах.

**Запрещающая модель** профилактики самая простая. Самый классический пример запрещающей модели — Сухой закон в США в 1921-1933 гг. Эта модель реализуется в основном применительно к наркотикам.

**Модель нулевой толерантности.** Широко используется в США. Ее суть заключается в выработке нулевой терпимости к любому наркотику в любом количестве, в любом месте, в любое время. Цель этой политики — в атаке на спрос на наркотики, чтобы таким образом сделать наркоманов ответственными за их роль в распространении наркотиков. При Рональде Рейгане (1980-1988) в США предлагалось подвергнуть тесту на наркотики всех рабочих и служащих в стране, при этом положительные тесты означали бы немедленное увольнение.

В рамках концепции первичной профилактики наркозависимости особую актуальность приобретают методы работы с семьями несовершеннолетних группы риска. В качестве примера приведем тренинг, разработанный Н. В. Вострокнутовым, Н. К. Харито-

- игру «Отказ», в рамках которой участники отрабатывают тактику вежливого, мотивированного отказа от предложений сверстников и старших «попробовать» ПАВ,
- 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. Выборочный контроль осуществлялся спустя 6-12 месяцев

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. Остановимся подробнее на некоторых деталях тренинга.

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

за нарушения — штрафные баллы, приседания, прочитанные стихотворения; система поощрений — на основании общего решения). Все участники тренинга по его окончании премируются организаторами (как правило, красивыми и интересными книгами).

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

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

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

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

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

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

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

**Потребительская модель** профилактики родилась во Франции в 50-е годы XX века. Эта модель основана на статистическом изучении употребления алкоголя в различных культурах. Выделяют три основные положения этой модели. Первое заключается в



как-то изменить эмоциональное состояние участников. Разминочные упражнения выбираются с учетом актуального состояния группы и задач предстоящей деятельности.

**Основное содержание занятия** — представляет собой совокупность психотехнических упражнений и приемов, направленных на развитие познавательных процессов, формирование социальных навыков, установление взаимоотношений между родителем и ребенком, динамическое развитие группы.

**Рефлексия занятия** — предполагает обмен мнениями и чувствами о проведенном занятии (понравилось — не понравилось, что показалось самым важным, полезным, что чувствовали, какие мысли приходили в голову и т.д.).

**Ритуал прощания** — способствует завершению занятия и укреплению чувства единства в группе.

### Занятие 1. «Знакомство»

Ведущий знакомит участников с целями и задачами тренинга.

Прежде чем вводить основные правила и принципы групповой работы, необходимо «подготовить» участников к групповой работе. Это можно сделать с помощью следующей фразы:

*«Этот круг, в котором мы сидим, является пространством нашей группы. В этом пространстве нет ничего и никого кроме нас самих, кроме того, что мы принесли сюда в себе. Это и есть самое главное. Что-то делать с собой мы можем здесь только с помощью друг друга, только через друг друга. Наше общение, то, что мы внесем в групповое пространство, только это и будет помогать понимать себя. Мы будем узнавать себя через те чувства, которые мы вызываем друг у друга, через те отношения, которые будут здесь складываться. Чтобы наше общение было эффективным, чтобы оно помогло каждому решить те задачи, которые он перед собой поставил, есть несколько принципов групповой работы».*

- **правило «здесь и теперь»:** главным сейчас является то, что происходит сейчас, какие чувства каждый из участников испытывает в данный момент, т.к. только через актуальные переживания, через групповой опыт человек может познать себя. На занятиях можно пользоваться только той информацией, которую участник предоставляет о себе сам за время групповой работы. Прошлый опыт общения не обсуждается и не может предъявляться на занятиях в качестве аргумента. Ничего записывать, ничего зачитывать во время занятий нельзя. Кроме того, во время занятий выйти за дверь нельзя, что бы ни случилось.

новой, Л. О. Пережогиним и А. Ю. Лесогоровой с соавт. (2003) для работы с семьями подростков группы риска. Этот тренинг подразумевает по крайней мере, не менее 10 (в идеале — до 15) встреч, и может рассматриваться в контексте осуществления семейной терапии несовершеннолетних группы риска. Основной мишенью в рамках коррекции детско-родительских отношений становятся микросоциальные факторы риска.

### Тренинговая программа коррекции детско-родительских отношений

Нормализация детско-родительских отношений имеет для профилактики детской наркомании первостепенное значение. Многие родители не знают эмоциональных потребностей своих детей и не обладают необходимыми навыками для эффективного взаимодействия с детьми. В психологической коррекции нуждаются не только дети, но и их родители: им нужно помочь овладеть навыками, которые способствовали бы развитию позитивных детско-родительских отношений.

Детско-родительская терапия выстроена таким образом, чтобы укрепить отношения между родителями и ребенком. В процессе занятий родители становятся более сенситивными к своим детям и учатся относиться к ним с пониманием, создавая атмосферу принятия, в которой ребенок может чувствовать себя в достаточной безопасности. Родители, принимая участие в совместных групповых занятиях, проводят время вместе с ребенком, играют с ним, тем самым находясь на территории его интересов.

В процессе работы ребенок начинает воспринимать родителей по-новому, как союзников. Ребенок получает у родителя поддержку, учится правильно оценивать свои возможности, что способствует формированию адекватной самооценки. Работая в группе и участвуя в играх, родители наблюдают за ребенком, видят те особенности, которые в обыденной жизни часто ускользают от их внимания. В процессе общения они помогают друг другу взять на себя ответственность за построение межличностных отношений. Важно то, что все приобретенные родителями и детьми навыки, умения, способы взаимодействия спонтанно, естественным образом переносятся за пределы группы, в реальную жизнь.

Одним из главных преимуществ тренинговой работы в группе является то, что групповой опыт противодействует отчуждению,

которое может возникнуть при индивидуальной работе с психологом. Пациент, взаимодействуя только с психотерапевтом, часто не может избавиться от ощущения, что его проблема — единственная в своем роде. Оказавшись в тренинговой группе, человек обнаруживает, что его проблемы не уникальны, что и другие переживают сходные трудности. Для многих подобное открытие само по себе оказывается мощным психотерапевтическим фактором. Группа способна отразить общество в миниатюре. В группе моделируется система взаимоотношений и взаимосвязей, характерная для реальной жизни, а это дает участникам возможность увидеть и проанализировать в безопасных условиях психологические закономерности общения и поведения. Группа дает возможность воссоздать конкретные жизненные ситуации, например, разыграть сцену привычного семейного конфликта и представить различные варианты разрешения этого конфликта, проиграть различные стратегии поведения. В группе участники тренинга имеют возможность получения обратной связи и поддержки от людей со сходными проблемами. Работая в группе, каждый член семьи овладевает новыми поведенческими навыками, получает возможность экспериментировать с различными стилями отношений среди равных партнеров. Если в реальной жизни подобное экспериментирование всегда связано с риском непонимания, неприятия и даже наказания, то тренинговые группы выступают в качестве своеобразного «психологического полигона», где можно попробовать вести себя иначе, чем обычно, «примерить» новые модели поведения, научиться по-новому относиться к себе и к людям — и все это в атмосфере благожелательности, принятия и поддержки. Группа дает возможность «репетиции поведения» в тех или иных ситуациях, с тем чтобы в дальнейшем перенести лучшие из найденных вариантов в свою реальную жизнь. В группе участники могут идентифицировать себя с другими, «сыграть» роль другого для лучшего понимания его и себя и для знакомства с новыми эффективными способами поведения. В результате идентификации, то есть отождествления себя с другим человеком, сознательного уподобления себя ему, возникают эмоциональная связь, сопереживание, эмпатия. Не вызывает сомнения важность этих переживаний в плане содействия личностному росту и развитию самосознания. Группа помогает процессам самораскрытия, самоисследования и самопознания. Для того, чтобы человек оказался способен раскрыть себя другим, сначала он должен открыть себя себе — таким, каким он является в своей экзистенциальной сущности. Взаимодействие с другими позволяет прояснить образ своего «Я».

**Количественный состав группы** 5—6 пар (10—12 человек) родителей. В ряде занятий присоединяются дети. Продолжительность каждой встречи 2 часа. Занятия проводятся один-два раза в неделю.

### **Цели и задачи тренинга**

1. Коррекция отношений родителей и детей:

- установление и развитие отношений партнерства и сотрудничества родителей с ребенком;
- улучшение понимания родителями собственного ребенка, особенностей и закономерностей его развития;
- достижение способности к эмпатии, к пониманию переживаний, состояний и интересов друг друга;
- выработка навыков адекватного и равноправного общения, способности к предотвращению и разрешению межличностных конфликтов;
- устранение дезадаптивных форм поведения и обучение адекватным способам реагирования в проблемных и стрессовых ситуациях.

2. Коррекция отношения к «я» (к себе):

- формирование адекватной самооценки; приобретение уверенности в себе, создание и принятие внутреннего «я»;
- укрепление уверенности родителей в собственных воспитательных возможностях;
- обучение приемам саморегуляции психического состояния.

3. Коррекция отношения к реальности (к жизни)

- приобретение навыков выбора и принятия решений, укрепление волевых качеств;
- формирование позитивной установки на отношение к окружающему миру.

### **Структура занятий**

Общая структура занятия включает в себя следующие разделы: ритуал приветствия, разминку, основное содержание занятия, рефлексию прошедшего занятия, ритуал прощания. Остановимся подробнее на каждом из этих элементов.

**Ритуал приветствия** — позволяет спланировать участников группы, создавать атмосферу группового доверия и принятия.

**Разминка** — настраивает участников на продуктивную групповую деятельность, позволяет установить контакт, активизировать членов группы, поднять настроение, снять эмоциональное возбуждение.

Разминка проводится не только в начале занятия, но и между отдельными упражнениями в случае, если возникает необходимость

влажная, холодная, приятная, неприятная и т.д.). Каждый проговаривает, что он чувствует и ощущает.

### 8. «Игра без правил»

**Цель.** Создание атмосферы принятия и понимания, развитие навыков общения, активного слушания, эмпатии, умения безоценочно относиться друг к другу.

Родитель и ребенок садятся рядом и разговаривают, постоянно проговаривая начало предложенной фразы «Мне нравится, что ты...» и добавляя к ней свое содержание. Тем самым возникает позитивный диалог, родитель дает ребенку, а ребенок — родителю «обратную связь».

### 9. «Я — Ты»

**Цель.** Формирование чувства близости между родителями и детьми.

Родители и дети садятся на ковер спиной друг к другу (парно). Звучит спокойная музыка. Они должны почувствовать друг друга. Затем родитель говорит «я», ребенок — «ты». Родитель говорит «ты», ребенок — «я». И так по очереди. Упражнение заканчивается тогда, когда захотят сами участники.

### 10. Рефлексия

Участники по кругу: характеризуют настроение, обмениваются мнениями и чувствами о проведенном занятии (понравилось — не понравилось, что показалось самым важным, полезным, что чувствовали, какие мысли приходили в голову и т.д.).

### Домашнее задание

Выбрать любимый и нелюбимый цвет, обосновать выбор. Вспомнить самую любимую и самую нелюбимую сказку, обосновать выбор. Выбрать самые любимые и нелюбимые черты человеческого характера. О чем я бы попросил доброго и злого волшебников? Если бы я мог стать на час кем угодно, то кем бы я стал и чтобы я сделал?

### «Колокол»

**Цель.** Сплочение группы, эмоциональное и мышечное расслабление, создание атмосферы единства.

Дети и взрослые становятся в круг, поднимают поочередно правую и левую руки вверх, соединяя руки в центре круга в виде «колокола». Произносят «Бом!» и синхронно, с силой бросают руки вниз. На вдохе поднимают руки, на выдохе произносят «Бом!» и бросают руки. Ведущий задает ритм. Повторить несколько раз. Может быть вариант двух «колоколов»: большого — из родителей и маленького — из детей. Маленький располагается внутри большого.

- **принцип эмоциональной открытости:** если участник что-то думает или чувствует «здесь и сейчас», то ему надо сказать об этом, выразить свои чувства, чтобы они стали достоянием группового опыта.
- **правило «СТОП»:** каждый имеет право сказать: «У меня есть чувство, но я не хочу о нем говорить, мне больно». Это переживание также становится частью группового опыта, что вызывает новые чувства и новые перспективы групповой работы.
- **правило искренности:** говорить следует только о реальных чувствах, а не о тех, которые его бы успокоили, оправдали или, наоборот, обидели. Если давать партнеру по общению искаженную обратную связь, то это может повлечь за собой формирование ошибочного мнения, как о себе, так и о других.
- **правило не давать советы:** совет, пусть даже необходимый и правильный, трудно выполним, но не потому, что он плохой или нереальный, а потому, что совет — это, во-первых, индивидуальный способ действия, не подходящий для другого человека, а во-вторых, совет — это ограничение свободы личности, что может вызвать неосознаваемую агрессию на советчика.
- **правило «Я- высказывания»:** в группе важным является то, что каждый участник говорит любую фразу только от своего имени, т.к. только говоря что-либо от своего имени, можно говорить искренно о своих мыслях и чувствах
- **правило запрета на оценку:** оценка поступка есть ограничение личностной свободы, порождающее тревогу по поводу возможной оценки, которую данный участник может получить от других участников, что таким образом может привести к «закрытости» членов группы или стремлению поступать исходя из принципов социального стандарта.
- **принцип личной ответственности:** всё, что происходит или произойдет с данным человеком в процессе групповой работы — это следствие его личной активности, поэтому находится полностью под его ответственностью. Говорить на занятиях можно все, но за свои слова нужно отвечать лично. Что бы ни сделал участник группы, — это его выбор, за который он несет ответственность.
- **принцип личного вклада:** чем больше участник проявляет собственную активность, чем больше он участвует в групповой работе, тем больше обратных связей он получит, следо-

вательно, тем больше у него будет возможностей для личного роста. Все действия, происходящие во время групповой работы, предполагают участие в них каждого участника на равных условиях со всеми.

- **правило конфиденциальности:** рассказывать о том, что было на тренинге, как вел себя тот или иной член группы, какие проблемы решал, — неприемлемо с точки зрения этики. Кроме того, групповые процессы должны обсуждаться в группе, а не за ее пределами, т.к. разговоры о групповых процессах вне работы ведут к снятию напряжения, необходимого при групповой работе.
- **«презумпция здоровья»:** участники берут на себя ответственность признать себя здоровыми людьми.
- **принцип «круга»:** во время работы каждый участник должен видеть каждого. Говорить на занятии можно только так, чтобы говорящего видел каждый из участников. Кроме того, каждый участник должен находиться в относительно равном положении относительно каждого участника.
- **принцип инициативы участников:** на занятиях обсуждается любая тема, исходя из внутреннего запроса присутствующих. Первоочередной является тема, наиболее актуальная. Актуальность тем, высказанных на занятиях, соответствуют неосознанной личностной иерархии ценностей участников.
- **принцип включенности:** на занятиях нет супервизоров, наблюдателей, «оценщиков».
- **принцип постоянства:** занятия пропускать нельзя.

Обговариваются условия и режим работы, вводятся правила групповой работы. Ведущий рассказывает, в какой форме будут проходить занятия, каким темам они будут посвящены; раскрывает философию, на которой строятся отношения и взаимодействие с детьми: признание и уважение личности ребенка и стремление к сотрудничеству.

Ниже приведем приблизительный набор упражнений, которые могут меняться. Главное — чтобы выполнялась цель, ради которой они проводятся.

### 1. «Знакомство»

**Цель.** Сближение участников группы.

Дети и родители садятся в круг. Каждый родитель представляет своего ребенка и говорит, что он любит, что не любит, какой у него характер. Дети подтверждают или опровергают слова родителей. То же самое делают дети, представляя своих родителей.

### 2. «Таблички с именами».

**Цель.** Знакомство, получение первичной информации друг о друге.

Каждый участник группы пишет на табличке свое имя и рисует свой символ, эмблему. По окончании работы, каждый называет свое имя и «расшифровывает» свою эмблему.

### 3. «Молекулы»

**Цель.** Повышение позитивного настроения и сплоченности группы, эмоциональное и мышечное расслабление.

Инструкция: «Представим себе, что все мы — атомы. Атомы выглядят так: согнуть руки в локтях и прижать кисти к плечам. Атомы постоянно двигаются и время от времени объединяются в молекулы. Число атомов в молекуле может быть разнообразное, оно будет определяться тем числом, которое я назову. Мы все сейчас начнем быстро двигаться по этой комнате, и время от времени я буду называть какое-нибудь число, например три. И тогда атомы должны объединяться в молекулы — по три атома в каждой. Молекулы выглядят так: лицом друг к другу, касаясь друг друга предплечьями».

### 4. «Три мушкетера»

**Цель.** Знакомство, получение первичной информации друг о друге, формирование коммуникативных навыков.

Группа делится на подгруппы по 3 человека в каждой. На каждую группу раздается анкета: вот три вещи, которые мы все любим; вот три вещи, которые мы все не любим; я (имя) отличаюсь от других тем, что я (вставить).

### 5. «Гордиев узел»

**Цель.** Снятие напряженности.

Инструкция: «Встаньте, закройте глаза. Руки вытянуты вперед на уровне груди, идите вперед и попытайтесь взять в каждую руку руки других участников».

### 6. «Газета»

**Цель.** Повышение позитивного настроения и сплоченности группы, эмоциональное и мышечное расслабление.

Инструкция: Дети делятся на команды по 4 человека. Ваша задача встать командой на газету. Газету по ходу выполнения упражнения можно складывать. Детям задают вопросы об их переживаниях.

### 7. «Какая рука у соседа»

**Цель.** Установление контакта между участниками группы, развитие тактильных ощущений.

Дети и родители берутся за руки. Правая рука сверху, левая снизу. В полной тишине почувствовать, какая рука (мягкая, теплая,

## **5. «Ты любишь...»**

**Цель.** Создание атмосферы принятия и понимания, развитие навыков общения, активного слушания, эмпатии, умения безоценочно относиться друг к другу.

Дети и родители говорят друг другу о том, что они любят: «Я думаю, что ты любишь...» Важно, чтобы желания относились не только к сфере еды или одежды. Ребенку необходимо показать, что можно любить запахи, звуки...

### **6. Упражнение на принятие себя «Да — нет»**

**Цель.** Формирование чувства близости между родителями и детьми, принятие друг друга, развитие навыков общения.

Родители и дети сидят на ковре, опираясь на спину друг друга. При этом доверительно произносится: «Да — нет», «Нет — да».

После упражнения — обсуждение: что проще говорить «да» или «нет»?

### **7. «Великий мастер».**

**Цель:** снятие внутреннего напряжения. Поиск своих ресурсов. Каждый по очереди заканчивает предложение «Я великий мастер...».

### **8. «Мир детский и мир взрослый».**

**Цель.** Самовыражение, самоосознание. Создание атмосферы принятия и понимания, развитие эмпатии, умения безоценочно относиться друг к другу.

Рисунок. Нарисовать мир детский и мир взрослый. Рассказать о своем рисунке. Нравится ли твой рисунок. Что из нарисованного наиболее важно, а что наименее. Чем похожи и чем отличаются друг от друга два мира. В каком мире хотелось бы оказаться сейчас.

### **Домашнее задание**

Заполнить анкету. Что меня радует и что огорчает в моем ребенке.

### **Рефлексия.**

Участники по кругу: характеризуют настроение, обмениваются мнениями и чувствами о проведенном занятии (понравилось — не понравилось, что показалось самым важным, полезным, что чувствовали, какие мысли приходили в голову и т.д.).

## **Занятие 4. «Прошлое — настоящее — будущее».**

**1. «Приветствие»** — проходит по стандартной схеме.

**2. «Распределение времени».**

**Цель.** Развитие представления о времени, развитие способности структурировать свое время.

## **Занятие 2. «Социальная самоидентификация».**

**1. «Приветствие»**

Все участники группы берутся за руки и здороваются друг с другом, называя по имени.

**2. «Кулак, палец, ладонь».**

**Цель.** Сплочение группы, эмоциональное и мышечное расслабление, создание атмосферы единства.

Не договариваясь на счет три «выкинуть» кулак, ладонь или большой палец вверх всей группе одновременно. Выкинуть определенное количество пальцев на одной руке (от 1 до 5).

**3. «Счет».**

**Цель.** Сплочение группы, эмоциональное и мышечное расслабление, создание атмосферы единства.

Ведущий называет числа. Сразу после того, как число будет названо, должно встать столько человек, какое число прозвучало.

**4. «Переключатели».**

**Цель.** Создание позитивного настроения на работу, создание атмосферы единства.

На счет «три» нужно повернуться на 90 градусов не договариваясь в какую сторону.

**5. «Я и мой мир вокруг меня».**

**Цель.** Самовыражение, самоосознание. Создание атмосферы принятия и понимания, развитие навыков общения, активного слушания, эмпатии, умения безоценочно относиться друг к другу.

Рисунок. Рисовать, оставляя середину листа пустой. Нарисовать все, что вас окружает в жизни, с кем и с чем вам приходится общаться, взаимодействовать. Теперь в центре нарисуйте себя. Рассказать о своем рисунке. Нравится ли твой рисунок. Что из нарисованного наиболее важно, а что наименее. Отметить знаком плюс то, что нравится, с чем приятно взаимодействовать, а знаком минус — то, с чем неприятно взаимодействовать.

**6. «Маски».**

**Цель.** Самовыражение, самоосознание. Работа с различными чувствами и состояниями. Развитие навыков, активного слушания, эмпатии, умения безоценочно относиться друг к другу.

На заранее заготовленных трафаретах масок нарисовать те лица, какими вы бываете и те лица, какими хотели бы быть. Рассказать историю от лица каждой маски. По окончании работы устроить выставку масок. Найти среди всех масок похожие друг на друга маски.

## **7. «Генеалогическое древо».**

**Цель.** Усиление сплоченности между родителями и детьми. Развитие взаимопонимания. Установление связи между поколениями, расширение представлений детей о жизни их предков и семьи.

На одном большом листе бумаги нарисовать свое генеалогическое древо. Дети и родители работают совместно. Задача родителей — в процессе рисования познакомить детей с жизнью их бабушек, дедушек, прабабушек и т.д. Рассказать о традициях, присущих семье. По окончании работы устраивается выставка и каждый ребенок рассказывает о своем генеалогическом древе и о традициях, существующих в его семье.

## **8. «Старые фотографии».**

**Цель.** Усиление сплоченности между родителями и детьми. Развитие взаимопонимания. Установление связи между поколениями.

Родители и дети дома подбирают фотографии, на которых запечатлены счастливые события из жизни их семьи. Дети, по очереди, рассказывают о людях изображенных на фотографиях, о их судьбах, чертах характера, о случаях из жизни этих людей.

## **9. «Что такое мальчик? Что такое девочка?».**

**Цель.** Расширение представления о людях, социальном поведении людей.

Группа делится на подгруппы: взрослые и дети. Каждой группе дается задание — сделать совместный коллаж на тему: «Что такое мальчик? Что такое девочка?». По окончании работы проводится совместное обсуждение. По окончании обсуждения обе группы объединяются и создают единый коллаж на эту же тему. Особое внимание уделяется тому, чтобы мнение каждой группы учитывалось при создании единой работы.

## **10. «Наши вопросы».**

**Цель.** Снятие напряженности, создание групповой сплоченности.

На листочках каждый участник группы пишет вопрос, который его очень интересует, но задать его вслух он не решается. Все листочки собираются в коробку в центре комнаты. Ведущий, по очереди, вытаскивает и зачитывает вопросы, а кто-то из группы дает ответ.

## **11. «Ищу друга».**

**Цель.** Сплочение группы, создание атмосферы единства, снятие напряженности.

Каждый участник группы составляет объявление, о том, что он ищет друзей и дает небольшую информацию о себе и о своих пожеланиях, касающихся личных качеств людей, с которыми он бы хотел познакомиться. Все объявления вывешиваются на стенде с названием «Знакомства». Если кого-то привлекло чье-то объявление, то на нем ставится галочка. В результате какие-то объявления будут лидерами, а какие-то никем не будут выбраны. По окончании работы проводится групповое обсуждение.

## **12. Рефлексия**

Участники по кругу: характеризуют настроение, обмениваются мнениями и чувствами о проведенном занятии (понравилось — не понравилось, что показалось самым важным, полезным, что чувствовали, какие мысли приходили в голову и т.д.).

### **Занятие 3. «Мир детский и мир взрослый»**

#### **1. «Приветствие»**

Все участники группы берутся за руки и здороваются друг с другом, называя по имени.

#### **2. «Подари улыбку»**

**Цель.** Создание атмосферы единства, повышение позитивного настроения, развитие умения выражать свое эмоциональное состояние.

Участники становятся в круг, берутся за руки. Каждый по очереди дарит улыбку своим соседям слева и справа, важно при этом смотреть друг другу в глаза. Рефлексия: Что чувствовали? Какое сейчас настроение?

#### **3. «Зеркало»**

**Цель.** Эмоциональное осознание своего поведения, снижение напряжения, формирование умения подчиняться требованиям другого, произвольный контроль, преодоление неуверенности.

Участники группы становятся в две шеренги лицом друг к другу, разбиваясь на пары. Один человек в паре — водящий, другой — «зеркало». Водящий смотрится в «зеркало», а оно отражает все его движения. По сигналу ведущего участники меняются ролями, затем напарниками.

#### **4. «Клеевой дождик»**

**Цель.** Развитие сплоченности группы, снятие напряжения.

Дети встают друг за другом и держатся за плечи впереди стоящего. В таком положении они преодолевают препятствия: перешагивают через стул, проходят под столом, обходят вокруг ковра, пробираются через «дремучий лес», прячутся от «хищных зверей».

На бумажках пишутся задания. Участники тренинга, по очереди, вытягивают бумажки и выполняют то задание, которое там написано. Задания могут быть как шуточными, так и серьезными.

#### **4. «Пересядьте все те, кто...».**

**Цель.** Повышение позитивного настроения и сплоченности группы, эмоциональное и мышечное расслабление.

Из круга убирается один стул. Ведущий говорит: «Пересядьте все те, кто в красном (в джинсах, любит собак и пр.). Кто замешкался и ему не хватило стула — становится водящим.

#### **5. «Найди себя».**

**Цель.** Самораскрытие, работа с образом «Я».

Предлагается набор разнообразных предметов: ракушка, игрушка, кубик и т.д. Предлагается посмотреть на них и выбрать один предмет, который чем-то похож на меня, чем-то мне близок, который нравится. Придумать и рассказать историю, сказку, притчу об этом персонаже.

Вариант 2. В матерчатый мешок положить разнообразные предметы. Нащупать предмет, затем от имени предмета придумать и рассказать историю. «Я — игрушечный котенок. Я мягкий, немного потрепанный ...».

#### **6. «Какой он».**

**Цель.** Развитие сензитивности, эмпатии, взаимопонимания.

Водящий выходит за дверь, а остальные загадывают кого-то из группы. Водящий, задавая вопрос «какой он?», должен отгадать, кого загадали.

#### **7. «Хорошо или плохо».**

**Цель.** Посмотреть на одно и то же явление с разных точек зрения. Развитие умения слушать другого.

Выбирается какое-либо качество (доброта). По кругу один человек говорит: «Хорошо быть добрым, потому что...», а следующий за ним говорит: «Плохо быть добрым, потому что...». Делятся на команды. Нужно записать как можно больше «+» и «—» одного и того же качества.

#### **8. «Комплименты».**

**Цель.** Усиление сплоченности. Развитие умения сказать другому что-то приятное, доставить радость.

2 группы образуют внешний и внутренний круг. Человек из внешнего круга говорит: «Мне нравится, что ты добрый», а из внутреннего повторяет: «Да, я добрый, а еще я умный» и т.д.

#### **9. «Только вместе».**

**Цель.** Развитие сензитивности, эмпатии, взаимопонимания.

Чтобы определить, на что Вы ежедневно тратите свое время, распределите свои занятия по следующим группам:

- Занятия, которые вы не любите, но обязаны делать
- Дела, которыми вы занимаетесь, потому что они вам нравятся
- Праздное времяпровождение
- Ежедневные ритуалы
- Встречи
- Другое

Нарисуйте окружность, разделите ее на сегменты, отражающие долю каждой группы Ваших занятий в свой обычный день. Нарисуйте, как бы Вам хотелось распределять свое время (свой идеальный день).

#### **3. «Прошлое — настоящее — будущее».**

**Цель.** Осознание своей жизни, работа над актуальными на данный момент проблемами и трудностями.

Нарисовать отрезок и разделить его на 3 части, которые соответствуют прошлому, настоящему и будущему. Поставить значок в том месте рисунка, где Вы находитесь сейчас. Обсуждение. Что было в прошлом, что происходит и волнует сейчас, о чем мечтаете в будущем?

#### **4. «Твоя жизнь».**

**Цель.** Осознание своей жизни, работа над актуальными на данный момент проблемами и трудностями.

Нарисовать что-то, что символизировало бы Вас маленького и Вас взрослого. Похожи ли эти два символа? Что себе сегодняшнему можешь дать ты маленький и ты взрослый?

#### **5. «Кино».**

**Цель.** Самовыражение, самоосознание. Создание атмосферы принятия и понимания, развитие эмпатии, умения безоценочно относиться друг к другу.

**Упражнение выполняют дети, взрослые только слушают и могут задавать вопросы.**

Представьте, что о тебе, когда тебе 30 лет, сняли фильм и сейчас ты его смотришь. Расскажи, как ты — главный герой фильма — выглядишь, чем занимаешься и т.п. Нарисуй кадры из фильма. Доволен ли ты этим фильмом? Что понравилось больше всего? Каков жанр этого фильма? Если ты не совсем доволен, что бы тебе хотелось изменить в этом фильме? Что тебе нужно для этого сделать?

#### **6. «Закончи предложения».**

**Цель.** Самовыражение, самоосознание.

Каждый участник группы на листе бумаги заканчивает следующие предложения:

1. Я очень хочу, чтобы в моей жизни было...
2. Я пойму, что счастлив, когда...
3. Чтобы быть счастливым сегодня, я делаю ...

#### **7. «Волшебный стул».**

**Цель:** Снятие внутреннего напряжения. Поиск своих ресурсов.

Каждый по очереди может сесть на стул и рассказать о своем самом заветном желании.

**8. Рефлексия** — проходит по стандартной схеме.

### **Занятие 5. «Умение слушать».**

**1. «Приветствие»** — проходит по стандартной схеме.

#### **2. «Испорченный телефон».**

Участвуют 5 человек. Четырех человек просят выйти из комнаты. Их просят по одному заходить в комнату. Задача — передать максимально точно полученную информацию. Зачитывается текст. Каждый участник передает его следующему. Результат последнего участника сравнивается с оригиналом. Все участники группы обсуждают, что мешало точно передавать информацию, что искажает информацию, обсуждаются стратегии наиболее точной передачи информации.

#### **3. «Разные ответы».**

**Цель.** Упражнение помогает членам группы научиться лучше отличать уверенные ответы от неуверенных и агрессивных.

Перед выполнением упражнения с участниками обсуждается, как они понимают отличие уверенных ответов от неуверенных и агрессивных. Приводятся примеры. Группе предлагаются разные ситуации (мама не пускает гулять, поставили низкую оценку и т.д.), выбираются добровольцы и разыгрывается сценка. После показа сценки группа обсуждает, какие ответы получились у участников. Обращается внимание не только на вербальное выражение эмоций, но и на невербальное.

#### **4. «Ты мне нравишься, потому что...»**

**Цель.** Создание атмосферы принятия и понимания, развитие эмпатии, умения безоценочно относиться друг к другу.

Все участники тренинга, по очереди, садятся на стул, находящийся в центре круга («горячий стул»). Остальные члены группы говорят ему: «Ты мне нравишься, потому что ты...» (веселый, добрый, отзывчивый и т.д.).

#### **5. «Акустики»**

**Цель.** Развитие концентрации внимания.

Закрыв глаза, все участники слушают шум за окном и говорят о том, что услышали. Затем, слушают шум в комнате и говорят, что услышали.

#### **6. «Никто не знает».**

**Цель.** Создание атмосферы принятия и понимания, развитие эмпатии, умения безоценочно относиться друг к другу.

Перебрасывая мяч по кругу, участник, в руках которого оказывается мяч, говорит: «Никто не знает, что я... (умею вязать, петь и т.д.).»

#### **7. «Шурум-бурум».**

**Цель.** Развитие концентрации внимания, умения передавать различные настроения, умение понимать эмоциональное состояние другого человека.

Ведущий загадывает настроение и произносит слово «шурум-бурум» так, чтобы другие по интонации догадались о задуманном чувстве. Кто отгадает — становится ведущим.

#### **8 «Вижу разницу».**

**Цель.** Развитие концентрации внимания.

Доброволец выходит за дверь. Группа делится на две группы по какому-либо признаку (кто в джинсах, блондины и т.д.). Доброволец должен угадать, по какому признаку разделилась группа.

#### **9. «Картина двух художников»**

**Цель.** Умение работать в парах, развитие навыка совместной деятельности, развитие эмпатии.

Проведение: парами, не договариваясь, держась вдвоем за один карандаш нарисовать любую картину: кошку, домик, елку и т.д.

**10. Рефлексия** — проходит по стандартной схеме.

### **Занятие 6. «Усиление сплоченности».**

**1. «Приветствие»** — проходит по стандартной схеме.

#### **2. «Браво».**

**Цель.** Усиление сплоченности. Снятие внутренней тревоги.

«Кто из Вас бывал в театре или цирке и видел, как публика восторженно рукоплещет артистам в конце представления? Кто из Вас когда-нибудь мечтал об этом? Каждый из нас время от времени заслуживает таких аплодисментов. Теперь каждый, по очереди, будет вставать на стул, а другие будут громко аплодировать ему».

Обсуждение, как себя чувствовали. Понравилось или нет?

#### **3. «Фанты».**

**Цель.** Повышение позитивного настроения и сплоченности группы, эмоциональное и мышечное расслабление.



После игры проводится ее обсуждение, подчеркиваются положительные стороны общения, удачные способы принятия коллективного решения, умение учитывать мнение остальных и отвечать за себя, проходит обсуждение, что было самым трудным.

**Домашнее задание.** Проанализировать любую конфликтную ситуацию и подумать, можно ли было ее избежать при помощи компромисса.

### **5. «Тень»**

**Цель.** Развитие наблюдательности, памяти, внутренней свободы и раскованности, умения подстраиваться под другого.

Все участники разбиваются на пары (родитель с ребенком). Звучит фонограмма спокойной музыки. Один человек (родитель) — «путник», другой (ребенок) — его «тень». «Путник» идет через поле, а за ним, на два-три шага сзади, идет его «тень». «Тень» старается точь-в-точь скопировать движения «путника». Через некоторое время участники меняются ролями. Желательно стимулировать «путников» к выполнению разных движений: «сорвать цветок», «присесть», «проскакать на одной ноге», «остановиться и посмотреть из-под руки» и т.д. После игры — обсуждение.

**6. Рефлексия** — проходит по стандартной схеме.

### **Занятие 9. «Почувствуй себя любимым»**

**1. «Приветствие»** — проходит по стандартной схеме.

#### **2. «Щепки плывут по реке»**

**Цель.** Налаживание физического контакта между родителями и детьми, развитие тактильных ощущений.

Участники встают в две шеренги на расстоянии вытянутой руки друг от друга — они берега. Один участник группы — щепка. Он медленно «проплывает» между «берегами». «Берега» мягкими прикосновениями помогают «щепке». Говорят ей ласковые слова, называют по имени. «Щепка» сама выбирает, с какой скоростью ей двигаться. Упражнение можно проводить с открытыми или закрытыми глазами.

#### **3. «Ласковое имя»**

**Цель.** Создание позитивного настроения, развитие чувства доверия участников друг к другу, формирование в группе атмосферы взаимной поддержки.

Каждый из участников по очереди становится в круг и протягивает руки ладонями вверх тому, с кого бы он хотел начать движение по кругу. Все по одному называют варианты ласкательного имени участника, стоящего в центре круга, и как бы «дарят» его. Важно

Группа делится на пары — ребенок и родитель. Задача — сесть спиной к спине и попробовать встать не отрывая спин друг от друга. По окончании задания поделится ощущениями: тяжело далось упражнение или легко, много ли времени понадобилось на его выполнение.

**10. Рефлексия** — проходит по стандартной схеме.

### **Занятие 7. «Работа с «Я-образом».**

**1. «Приветствие»** — проходит по стандартной схеме.

#### **2. «Узкий мост».**

**Цель.** Повышение позитивного настроения и сплоченности группы, эмоциональное и мышечное расслабление.

На полу мелом чертится тонкая линия. Необходимо вдвоем пройти по этому мосту.

#### **3. «Рисование себя».**

**Цель.** Самораскрытие, работа с образом «Я».

Нарисовать себя в виде растения, животного, схематично. Работы не подписываются. По окончании выполнения задания все работы вывешиваются на стенд и участники работ пытаются угадать, какая работа кому принадлежит. Делятся своими ощущениями и впечатлениями о работах.

#### **4. «20 Я».**

**Цель.** Самораскрытие, работа с образом «Я».

20 раз ответить на вопрос кто я, какой я. Листы, на которых выполнялись задания, не подписываются. Ведущий собирает листы, перемешивает их и зачитывает. Участники группы пытаются догадаться и назвать автора.

#### **5. «Пообщаться руками».**

**Цель.** Повышение сплоченности группы, эмоциональное и мышечное расслабление.

Закрывать глаза, протянуть руки вперед и найти на ощупь кого-то. Попробовать пообщаться руками (поздороваться, потолкаться). Какими были руки на ощупь, с кем было комфортно?

#### **6. «Волшебная рука».**

**Цель.** Самораскрытие, получение обратной связи. Повышение сплоченности группы.

Обвести ладонь и на каждом пальце написать свое качество. Листы передаются по кругу. Каждый может дописать качество, которое присуще обладателю ладони.

#### **7. «Качества».**

**Цель.** Самораскрытие, получение обратной связи. Повышение сплоченности группы.

По кругу, каждому участнику тренинга, на отдельном листочке пишутся 2 качества, которые Вы цените в этом человеке и 2 качества, которые Вы хотели бы видеть более развитыми. Листочки, пройдя полный круг, возвращаются к автору. Проводится обсуждение.

#### **8. «Место, где я себя прекрасно чувствую».**

**Цель.** Работа с «внутренним ресурсом». Самораскрытие. Повышение ценности внутреннего мира каждого человека.

Нарисовать картину, изображающую то место, где Вы себя хорошо чувствуете. Это может быть своя комната, сад и пр. Каждый комментирует свой рисунок: что это за место, где оно находится, что там интересного, почему это место так нравится и т.д.

#### **9. Рефлексия** — проходит по стандартной схеме.

##### **Домашнее задание.**

Взрослым. Перечислите десять поступков ребенка, которые удивили вас или были для вас неожиданными. Попробуйте теперь найти в каждом поступке такие стороны поведения ребенка, которые вызывают у вас радость, удовольствие, воодушевление. Определите, что в каждом случае кажется вам в поведении ребенка наивным, что напоминает ваши собственные поступки в прошлом или же насколько тот или иной поступок характерен только для вашего ребенка, выявляет его индивидуальность. Найдите такие стороны каждого поступка, которые позволили бы вам сказать: «Я понимаю, почему он так сделал!»

Детям. То же самое — о родителях.

#### **Занятие 8. «Принимаем решение».**

##### **1. «Приветствие»** — проходит по стандартной схеме.

##### **2. «Передай мячик»**

**Цель.** Повышение позитивного настроения и сплоченности группы, эмоциональное и мышечное расслабление.

Сидя или стоя стараться как можно быстрее передать друг другу мячик, не уронив его. Можно в максимально быстром темпе бросать мяч друг другу.

##### **3. «Воздушный шар»**

**Цель.** Формирование навыка принятия решений как коллективных, так и персональных. Формирование представлений о конфликтах, умения распознавать и прогнозировать конфликтную ситуацию, развитие способности идти на компромисс.

Предлагается ситуация: после проведения успешной научной экспедиции ее участники летят домой на воздушном шаре. Лететь еще далеко, но в шаре образовалось отверстие, и он начинает медленно падать. Падение замедлилось после освобождения от бал-

ласта, однако возникает необходимость еще облегчить шар, выбросив другие предметы. Среди этих предметов: аптечка — 5 кг, компас — 2 кг, консервы — 25 кг, подзорная труба — 1 кг, ружье и патроны — 25 кг, конфеты — 20 кг, спальные мешки — 30 кг, ракетница и сигнальные ракеты — 10 кг, палатка — 20 кг, баллон с кислородом — 50 кг, географические карты — 5 кг, баллон с питьевой водой — 20 кг, надувная лодка — 25 кг, видеокассеты — 3 кг, видеокамера — 5 кг, магнитофон — 3 кг. Участникам нужно решить, что и в какой последовательности выбросить. Сначала каждый думает самостоятельно, затем происходит совместное обсуждение и принимается единое решение. Оно записывается. Время падения шара неизвестно, но скорость падения возрастает. Условия выполнения задания: высказаться должен каждый, решение принимается при единогласном голосовании. При одном воздержавшемся предложение отменяется. Решение должно быть принято по каждому предмету из перечня. После завершения игры нужно обсудить с участниками, что им понравилось, какие у них возникали ощущения, какое решение принимать легче — персональное или коллективное. Каждому предлагается вспомнить ситуацию, когда ему удалось принять оптимальное решение. Обсудить с родителями и детьми, как принимаются важные решения в семье, что при этом учитывается прежде всего; какие решения целесообразно принимать совместно с детьми.

#### **4. «Необитаемый остров»**

**Цель.** Формирование навыка принятия решений как коллективных, так и персональных. Формирование представлений о конфликтах, умения распознавать и прогнозировать конфликтную ситуацию, развитие способности идти на компромисс.

Участникам предлагается ситуация: в результате кораблекрушения вы оказались на необитаемом острове с богатой растительностью и животным миром. Есть на острове и ядовитые растения, и хищные животные. Помощи ждать не приходится. Игра начинается с распределения ролей: кто и что будет делать, за что отвечать, как будут приниматься решения, кто будет руководить жителями острова? Обращается внимание на распределение пищи: поровну или по трудовому вкладу. Отдавать ли большую часть пищи сильным, чтобы лучше работали, или слабым, чтобы выжили? Что делать с человеком, который решил жить сам по себе и вдруг тяжело заболел? Будут ли праздники, выходные? Разрабатывается нравственный кодекс из десяти правил: четких, обеспечивающих выживание, сотрудничество и предотвращение конфликтов. Предусматриваются санкции за нарушение правил.

## **2. «Превращение злости».**

**Цель.** Создание позитивного настроения, сплочение группы, развитие наблюдательности, внутренней свободы и раскованности, способности к самовыражению, возможность посмотреть на себя со стороны.

На доске 2 человека разноцветными мелками в быстром темпе пытаются закрасить все поле доски. Полученное изображение дорисовать вдвоем до образа.

## **3. «Кулаки, ладони, руки, скрещенные на груди».**

**Цель.** Создание позитивного настроения, сплочение группы. Все по команде, не договариваясь, выбрасывают руки определенным образом: кулаки, ладони, руки, скрещенные на груди. Задача — всей команде выбросить руки определенным образом.

## **4. «Портрет агрессивного человека».**

**Цель.** Сплочение группы, развитие наблюдательности, способности к самовыражению.

Все участники группы обсуждают, как выглядит агрессивный человек: черты его лица, походка, жесты, мимика. Нарисовать всей группой собирательный портрет агрессивного человека.

## **5. «Хорошо или плохо быть агрессивным».**

**Цель.** Развитие наблюдательности, способности посмотреть на явление с разных точек зрения.

Все участники тренинга, по очереди, говорят, почему быть агрессивным плохо и почему быть агрессивным хорошо. Например: хорошо быть агрессивным потому, что все тебя боятся. Плохо быть агрессивным, потому что никто не хочет с тобой дружить.

## **6. «Толкалки»**

**Цель.** Развитие умения анализировать свою агрессию через игру, соизмерять свои силы, отработка навыков самоконтроля и игры по правилам, снятие напряженности, расширение контакта в группе.

Упражнение выполняется в парах (родитель с родителем, ребенок с ребенком). По знаку ведущего участники попарно упираются друг в друга ладонями, стараясь сдвинуть партнера с места. Ведущий следит за тем, чтобы никто никому не причинил боли, не делал резких толчков. Постепенно можно ввести новые варианты игры. Например, участники, взявшись за руки, тянут напарника на себя.

## **7. «Дракон кусает свой хвост»**

**Цель.** Снятие напряженности, страхов.

Звучит веселая музыка. Дети встают друг за другом вместе со взрослыми и крепко держат друг друга за плечи. Первый чело-

при этом прикоснуться к ладоням и посмотреть в глаза, поблагодарить за «подарок».

## **4. «Мои достижения».**

**Цель.** Поиск внутреннего ресурса, повышение самооценки.

Каждый участник тренинга, по очереди, выходит в центр круга и рассказывают о том, чего он достиг в этом году. Например: «Я научилась играть в волейбол», «Я бросил курить» и т.д.

## **5. «Ресурсы».**

**Цель.** Поиск внутреннего ресурса, повышение самооценки.

Поразмышлять над вопросом: что тебе может помочь достичь твоих целей? Чем ты уже обладаешь, чтобы достичь этих целей: черты характера, друзья, поддержка родных и т.д. На листе бумаги написать 4 своих сильных качества. Изобразить их в виде символа. Обсуждение.

## **6. «Аплодисменты по кругу»**

**Цель.** Переживание чувства радости, волнения, ожидания, сплочение группы, создание атмосферы принятия.

Все становятся в круг. Ведущий подходит к кому-то из участников, смотрит ему в глаза и дарит свои аплодисменты, изо всех сил хлопая в ладоши. Затем они оба выбирают следующего участника, который также получает свою порцию аплодисментов — они оба подходят к нему, встают перед ним и аплодируют. Затем уже вся тройка выбирает следующего партнера. Каждый раз тот, кому аплодировали, имеет право выбирать следующего. Таким образом, игра продолжается, а овации становятся все громче и громче. Важно услышать овации не только ушами, но и почувствовать их всей душой.

## **7. «Паровозик»**

**Цель.** Развитие произвольности, умения принимать на себя ответственность, заботу о других.

Звучит веселая музыка. Участники встают друг за другом и крепко держатся. Первый человек — «паровозик», все остальные — «вагоны». У «вагонов» глаза при движении закрыты. «Паровоз» отвечает за движение состава, чтобы он ни во что не врезался и чтобы вагончикам было комфортно путешествовать. Каждому участнику важно побывать и в роли «паровоза», и в роли «вагона». После игры обязательно обсуждение по вопросам: Какая роль понравилась больше и почему? Какой «паровоз» был более заботливым и осторожным?

## **8. «Мы тебя любим»**

**Цель.** Эмоциональная поддержка, установление доверительных отношений.

Все участники становятся в круг. Каждый ребенок по очереди выходит в центр, его хором называют по имени три раза. Затем хором проговаривают фразу: «Мы тебя любим». Можно назвать ребенка каким-либо ласковым прозвищем («Зайчик», «Солнышко» и т.д.).

### **9. «Налаживание взаимоотношений»**

**Цель.** Возможность выразить свою любовь, поддержку, принять ребенка, ощутить тактильный контакт.

Упражнение выполняется в парах. Звучит спокойная музыка. Все садятся на ковер (ребенок и его родитель сидят спиной друг к другу), закрывают глаза и чувствуют друг друга. Мама (папа) — большая, надежная, теплая, сильная. Дети — беззащитные, хрупкие, ранимые. Потом родители тихо говорят детям: «Я тебя люблю!» Ребенок отвечает: «Я тебя люблю!» — и так по очереди сколько захочется. В конце упражнения дать возможность родителям и детям выразить свои чувства (обнять, поцеловать, погладить).

**10. Рефлексия** — проходит по стандартной схеме.

## **Занятие 10. «Путь доверия»**

**1. «Приветствие»** — проходит по стандартной схеме.

### **2. «Надписи на футболке».**

**Цель.** Создание позитивного настроения на работу, развитие взаимопонимания, доверия.

Придумать и написать соседу справа надпись на футболке так, чтобы она подходила ему, отражала его внутреннее содержание, передавала его настроение. Обсуждение.

### **3. «Передай сигнал»**

**Цель.** Сплочение группы, развитие способности к сосредоточению и чувства ответственности.

Участники становятся в круг, держась за руки. Ведущий просит всех закрыть глаза и передает какой-нибудь сигнал (два раза пожать руку, поднять руку вверх и т.д.). Получивший справа или слева сигнал должен передать его следующему по цепочке. Игра окончена, когда ведущий получает переданный им сигнал. В игре используется принцип «испорченного телефона».

Повторяется несколько раз.

### **4. «Слепой и поводырь»**

**Цель.** Формирование чувства близости между родителями и детьми, развитие чувства безопасности, умения сопереживать, понять чувства другого человека (эмпатия).

Упражнение проводится в парах (родитель и ребенок). Один из участников — «слепой», второй — его «поводырь», который должен провести «слепого» через различные препятствия, созданные

заранее (мебель, столы, стулья, препятствием могут быть другие люди), познакомить с внешним миром. У «слепого» завязаны глаза. Цель «поводыря» — провести его так, чтобы тот не споткнулся, не упал, не ушибся. После прохождения маршрута участники меняются ролями. Далее желательно обсудить с участниками ход игры, спросить, что они чувствовали, будучи «слепыми» и «поводырями», было ли уютно в этих ролях, что хотелось сделать во время игры, как изменить ситуацию.

### **5. «Разведчики»**

**Цель.** Развитие наблюдательности, памяти, коммуникативных и организаторских способностей, формирование чувства доверия и ответственности.

Из группы выбираются «разведчик» и «командир». Остальные — «отряд». В зале стулья расставлены хаотично. «Разведчик» проходит между стульями с разных сторон. «Командир» наблюдает за действиями «разведчика». Затем он проводит «отряд» по тому пути, который был ему показан «разведчиком». Потом уже второй «разведчик» прокладывает новый путь и другой «командир» повторяет его и т.д.

### **6. «Кошки-мышки»**

**Цели.** Снятие эмоционального и мышечного напряжения, преодоление страхов.

Выбираются «кошка» и «мышка». Все остальные образуют круг, взявшись за руки, — это «домик мышки». Задача «кошки» — поймать «мышку». Стоящие в кругу защищают, прячут «мышку» от «кошки».

### **7. «Ежик»**

**Цели.** Эмоциональная поддержка, установление доверительных отношений между родителями и детьми, принятие друг друга, тактильный контакт.

Упражнение проводится в парах (родитель и ребенок). Один из пары «сворачивается» в клубочек и сохраняет положение. Задача второго — развернуть его, найти подход, создать условия, при которых «ежик» захочет сам раскрутиться, установить взаимопонимание. Запрещаются силовые приемы, щекотка, уговаривание словами. После чего участники меняются ролями. Упражнение заканчивается обсуждением.

**8. «Колокол»** — описание дано выше.

**9. Рефлексия** — проходит по стандартной схеме.

## **Занятие 11. «Агрессия и гнев»**

**1. «Приветствие»** — проходит по стандартной схеме.

воображения, способности к самовыражению, созданию позитивного настроения, сплочение группы.

Группа образует круг. Участники по очереди изображают передачу какого-либо «загадочного» предмета по кругу, при этом необходимо каким-то образом повзаимодействовать с ним. После того как предмет побывает у всех, игроки отгадывают, что это было. Передавать можно все что угодно: мяч, мороженое, ежа, котенка, гирю, печеную картошку.

### **3. «Слепой танец»**

**Цели.** Снятие страхов, развитие навыков самоконтроля, укрепление доверия к другим людям.

Танец парный. Один из партнеров будет «слепым», ему завязывают глаза. Другой остается «зрячим» и сможет водить «слепого». Партнеры берутся за руки и танцуют друг с другом под легкую музыку (2—3 минуты). После чего меняются ролями. После выполнения упражнения обязательно обсуждение: Чувствовали ли вы себя уверенно со своим партнером, когда у вас были завязаны глаза? Как больше понравилось танцевать — с открытыми глазами или с закрытыми? Почему?

### **4. «Пятнашки»**

**Цели.** Снятие избытка скованности, страхов, преодоление неуверенности в себе, застенчивости, смещение ролей в семье.

Заранее ограничивается игровая площадка (чаще это ковер), на которой в беспорядке расставлены стулья и кубики так, чтобы между ними остались проходы. Нельзя «пятнать» через стулья: они как бы «деревья». В игре есть водящий (Баба-Яга), задача которого запятнать кого-либо при помощи «ремня», хлопнув по ягодичам. Причем нужно не прикасаться, а именно хлопнуть как следует, с чувством, эмоционально; тот, кто получает такой хлопок, громко кричит: «Ой! Ай! А-а-а» — и становится водящим. Игрок, который, увлекшись, выбежит за пределы площадки, становится водящим, то есть начинает сам «пятнать». Эмоциональный накал игры создают угрозы: «Только попадись!», «Ну погоди!», «Лови его!», «Поймаю и съем!», «А, попались!» Убегающие в ответ выкрикивают: «Не поймает!» «Не догонишь!», дразнят: «Баба-Яга — костяная нога». Угрозы и возражения обеспечивают двусторонний уровень отношений в системе «взрослый — ребенок».

### **5. «Кораблик»**

**Цель.** Снятие страхов, повышение уверенности в себе.

Необходимо небольшое одеяло — это корабль, красивый парусник. Участники — матросы. Один ребенок — капитан. Капитан любит свой корабль и верит в матросов. Задача капитана — быть в

век — «голова дракона», последний — «хвост дракона». «Голова дракона» пытается поймать «хвост», а тот уворачивается от нее. Ведущий должен следить за тем, чтобы участники не отпускали друг друга. В роли «головой дракона» и его «хвоста» должны побывать все участники, причем дети обязательно должны побывать в роли «головой», а их родители — в роли «хвоста».

### **8. «Ворвись в круг»**

**Цель.** Снятие эмоционального напряжения, возможность исполнить роль тирана, пережить чувство отверженности, приобрести навыки конструктивного поведения в подобных ситуациях, развитие групповой сплоченности.

Участники встают в один большой круг и крепко держатся за руки. Один из участников должен остаться за кругом и попытаться прорваться в круг. Как только ему это удастся, следующий должен выйти за круг и попытаться ворваться в него и остаться в нем. Ведущий следит за тем, чтобы никому не причинить боли, чтобы всем была предоставлена возможность собственными силами проникнуть в круг. Ребенок, который не в состоянии сделать это, должен находиться вне круга не более одной минуты, его необходимо пустить в круг. После выполнения упражнения обязательно обсуждение. Что вы чувствовали, когда были частью круга? Что вы чувствовали, когда пытались проникнуть в круг? Что почувствовали, когда получилось проникнуть в круг?

### **9. «Только вместе!»**

**Цель.** Физический контакт, возможность почувствовать друга, настроиться на сотрудничество и взаимопонимание.

Участникам необходимо разбиться на пары (родитель и ребенок), встать спина к спине и попробовать медленно, не отрывая своей спины от спины партнера, сесть на пол. И точно так же встать. Пары желательны менять: ребенок — ребенок, родитель — родитель. После игры обсуждение. С кем вставать и садиться было легче всего? Что было самым трудным в этом упражнении?

### **10. Рефлексия** — проходит по стандартной схеме.

## **Занятие 12. «Просьба и отказ»**

**1. «Приветствие»** — проходит по стандартной схеме.

### **2. «Просьба»**

**Цель.** Развить умения, необходимые для успешного общения в ситуациях просьбы и отказа.

Каждый по очереди обратится к группе (например, с просьбой дать цветные карандаши или ластик). Говорящий придумает, как он будет просить: приказывать, умолять, выпрашивать или вежливо

просить. После этого каждый обратится с просьбой к группе, используя интонацию, мимику, жесты, позу. Группе надо догадаться, что это за обращение.

### **3. «Что помогает общению в ситуации просьбы?»**

**Цель.** Научить осознавать мотивы поведения. Научить анализировать различные ситуации, а также свое поведение, чувства, вербальные и невербальные действия участников общения. Развить самостоятельность суждений, умение высказывать свое мнение.

Участники высказывают свои варианты ответов на вопрос: «Что помогает общению в ситуации просьбы?». Ответы фиксируются на доске.

Может получиться примерно такой список: спокойный, доброжелательный голос; вежливые слова; внимательное отношение к собеседнику; плавные жесты; четкое изложение просьбы. Проиграйте разные ситуации обращения с просьбой (это задание выполняется в парах): попросите пассажира передать деньги на билет; попросите прохожего объяснить, как пройти в зоопарк; попросите кассира в билетной кассе два билета в кино; спросите у прохожего, который час; вежливо попросите оставить Вас в покое. Ваша задача заключается в том, чтобы вежливо обратиться с просьбой, используя знания о том, что помогает общению. *Если вы сомневаетесь, захочет ли человек выполнить вашу просьбу, надо объяснить ему, почему для вас это важно.*

### **4. «Просьба с объяснением, почему это так важно».**

**Цель.** Научить осознавать мотивы поведения. Научить анализировать различные ситуации, а также свое поведение, чувства, вербальные и невербальные действия участников общения.

Это задание выполняется в парах. Обратитесь по очереди друг к другу с просьбой и объясните, почему для вас это важно. Примеры ситуаций: попросите книгу, попросите линейку, попросите объяснить, как решается задача. Это могут быть любые ситуации, придуманные вами. Постарайтесь обратиться с просьбой так, чтобы она звучала убедительно. Обращаясь с просьбой к другому человеку, важно помнить, что он имеет право на отказ. Постарайтесь понять, почему выполнение вашей просьбы невозможно. Если же просьбу трудно выполнить по каким-то причинам, то, может быть, вы все-таки сумеете договориться, обсудить условия, уступив друг другу в чем-то. Если вы обращались с просьбой к кому-либо, то в конце разговора обязательно поблагодарите своего собеседника. Если вы получили согласие, поблагодарите за то, что вашу просьбу услышали и согласились помочь. Если человек, к которому вы об-

ратились, не может выполнить вашу просьбу, поблагодарите его за то, что он выслушал вас.

### **5. «Отказ».**

**Цель.** Развитие умения сказать «нет». Оказывается, далеко не всегда легко отказывать. Сказать «нет», когда о чем-то просят друзья, родственники или целая компания, бывает сложно по многим причинам.

Продолжите фразу: «Сложно отказать, потому что...» У каждого могут быть свои причины. Если участники затрудняются с ответом, то можно раздать им таблички, с указанием причин, по которым трудно отказаться: Про меня могут подумать, что я плохой друг; Обо мне могут подумать, что я трус; Обо мне могут подумать, что я невоспитанный человек; На меня могут рассердиться; Отказом я могу обидеть другого человека; На меня могут накричать, меня могут ударить и т.д. Обсудить: «Как вы думаете, бывают ли уважительные причины, по которым вы можете отказать, даже если с просьбой обращаются друзья или родители?».

### **6. «Нет наркотикам»**

**Цель.** Развитие умения сказать «нет».

Представить ситуацию, что тебе предложили наркотики, как сказать «нет». Раздаются листы с указанием различных уважительных причин для отказа: *Спасибо, нет. Я хочу отдавать себе отчет в том, что я делаю. Спасибо, нет. Я собираюсь покататься на велосипеде. Спасибо, нет. Я не хочу конфликтов с родителями, учителями. Спасибо, нет. Если выпью (приму наркотик), то потеряю власть над собой. Спасибо, нет. Мне не нравится вкус алкоголя (наркотика). Спасибо, нет. Это не в моем стиле. Спасибо, нет. Мне еще предстоит делать уроки (мне рано вставать и т.п.). Спасибо, нет. После выпивки я быстро устаю. Спасибо, нет. Мне надо на тренировку.*

*Спасибо, нет. У тебя нет ничего другого?*

На листах указаны некоторые из возможных уважительных причин для отказа. Отметьте, какие причины являются уважительными с вашей точки зрения. Отказывать бывает сложно, но иногда это очень важно сделать, чтобы отстоять свои интересы и желания.

**10. Рефлексия** — проходит по стандартной схеме.

## **Занятие 13. «Настроение»**

**1. «Приветствие»** — проходит по стандартной схеме.

### **2. «Передай по кругу»**

**Цель.** «Оживление» ощущений, эмоций, воспроизведение ситуаций во всех сенсорных модальностях, развитие творческого

*Общий вопрос:* Что бы вы пожелали друг другу и себе?

Тренинги, подобные описанному, можно проводить и в условиях выезда на отдых (санаторий, профилакторий), и в детских клиниках (стационары мать-дитя), и в организованных коллективах (школьные классы), и набирая группы спонтанно — в рамках реабилитационных центров, групп взаимопомощи.

Большая продолжительность тренинга, различный характер упражнений, использование нескольких терапевтических техник позволяет достичь устойчивого профилактического эффекта у людей различных психологических типов.

Противопоказания для участия в группе — те же, что и для проведения психокоррекционной и психотерапевтической работы.

## **Психокоррекционные методы первичной профилактики зависимости в группах риска**

Первичная профилактика зависимости основана на преодолении предпосылок к началу злоупотребления ПАВ, т.е. собственно — всей совокупности факторов риска, о которых шла речь в начале методических рекомендаций. В связи с такой глобальностью задачи нельзя, как отмечают Пятницкая И. Н. и Найденова Н. Г. (2002) расчленить по очередности и значимости ее задачи, области приложения, медицинские, педагогические и социальные методы. В этой главе мы сделаем упор именно на характеристике психокоррекционных методик.

Как отмечает А. В. Худяков (1994) группа подростков с аддиктивным поведением не является промежуточным звеном между здоровыми и больными зависимостями, а сложным конгломератом разных типов, часть из которых в дальнейшем будет страдать наркологическими заболеваниями, другие уменьшат потребление алкоголя и откажутся от нелегальных ПАВ, войдя в группу здоровья, а третьи будут оставаться в группе аддиктивного поведения (группе риска), и их дальнейшая судьба окажется зависимой от степени его выраженности, особенностей взросления и соматического состояния.

Таким образом, можно предложить следующие блоки мишеней для психотерапии и психокоррекции у подростков группы риска.

### **1. Личностно-характерологический блок.**

Нарушенная самооценка.

Затруднения в проявлении эмоций, подавление чувства вины и стыда.

Ригидное следование к цели без учета обстоятельств.

центре корабля; в момент сильной качки он должен дать матросам команду: «Бросить якорь!», или «Стоп, машина!», или «Все наверх!», чтобы спасти корабль и матросов. Затем матросы берутся за края одеяла и начинают медленно раскачивать корабль. По команде ведущего: «Буря!» — качка усиливается. Капитану напоминают о его задаче. Как только он громким голосом прокричит команды, корабль спокойно опускается на пол, капитану все жмут руки и хвалят его.

### **6. «Живые руки»**

**Цели.** Развитие эмоционального и физического контакта между родителями и детьми, принятие друг друга, формирование тактильного восприятия.

Упражнение проводится в парах (родитель и ребенок). Участникам завязывают глаза, взаимодействуют только руки. Они «знакомятся», «дерутся», «мирятся» и «прощаются». После игры желательно обсудить с участниками ее ход, спросить, что они чувствовали, что хотелось сделать на различных этапах, и т.п.

### **7. «Доброе животное»**

**Цель.** Создание позитивного настроения, сплочение группы, укрепление чувства принадлежности к группе, умения подчиняться единому ритму, действовать сообща.

Все участники становятся друг за другом, они «большое доброе животное». Ведущий просит совместно полетать, походить, попрыгать, подышать и т.д. После выполнения упражнения игроки проговаривают свои чувства.

### **8. «Зоопарк»**

**Цель.** Снятие эмоционального напряжения, развитие выразительного поведения (мимика, пантомимика), внимания.

Ведущий раздает карточки, на которых написаны названия животных (эти названия повторяются на двух карточках). Надпись должен видеть только тот, кто получил данную карточку. Задача каждого — найти свою пару. При этом можно пользоваться любыми выразительными средствами, но нельзя говорить и издавать характерные для этого животного звуки. После того как участники найдут свои пары, необходимо оставаться рядом и не переговариваться. Только когда все пары будут образованы, проверяется, совпали ли «животные».

### **9. «Сиамские близнецы»**

**Цели.** Развитие навыка действовать сообща, умения понимать намерения другого, физический контакт.

Упражнение выполняется в парах (родитель и ребенок). Каждой паре нужна упаковка перевязочного бинта или тонкий платок, бумага, мелки. Участники обматывают бинтом предплечья и локти

так, чтобы правая рука игрока, сидящего слева, оказалась забинтованной вместе с левой рукой игрока, сидящего справа. Затем им даются в руки два мелка так, чтобы они держали их связанными руками, и просят что-то нарисовать. Условие: рисовать только привязанной рукой. Участникам разрешается разговаривать между собой, чтобы решить, какую картину рисовать. Усложнить задание можно, завязав одному из игроков глаза. После игры следует обсуждение: Что было труднее всего? Понравился ли нарисованный вами рисунок? Что необходимо для сотрудничества?

**10. Рефлексия** — проходит по стандартной схеме.

#### Занятие 14. «Сделай себя счастливей!»

**1. «Приветствие»** — проходит по стандартной схеме.

**2. «Комплимент»**

**Цель.** Создание позитивного настроения, умения замечать положительные качества в людях и говорить им об этом, развитие эмпатии.

Предварительная беседа с помощью вопроса: Что такое комплимент?

Участники образуют круг, берутся за руки. Каждый участник говорит комплимент по кругу.

**3. Танец «Распускающийся бутон»**

**Цель.** Активизация совместной деятельности, создание позитивного настроения, развитие умения синхронизировать свои действия с действиями других.

Группа садится на пол и берется за руки. Необходимо встать, плавно, одновременно, не опуская рук. После чего «цветок» начинает распускаться (отклоняться назад, крепко держа друг друга за руки) и качаться на ветру.

**4. «Планирование будущего».**

**Цель.** Умение планировать свое будущее, развитие самоконтроля.

Разделить лист на три части. Обсудить и заполнить графы: «Что делать (цель)». «Когда делать (сроки)». «Что нужно сделать (средства, действия)». Например, запланировать летний отдых, будущую работу, учебу и т.д.

**5. «Театр»**

**Цель.** Развитие выразительности движений, коммуникативных возможностей, снятие страхов.

Участники делятся на две группы, которые получают задания при помощи мимики и жестов изобразить ситуацию из жизни («У зубного врача», «Контрольная работа в школе»). «Зрители» (неза-

действованные члены группы) должны угадать, что пытаются показать их товарищи.

**6. «Путаница»**

**Цель.** Создание позитивного настроения, развитие организаторских способностей, повышение самооценки.

Выбирается водящий. Остальные участники становятся в круг, протягивают друг другу руки, делая при этом несколько шагов вперед, и захватывают случайно попавшиеся руки. Водящий «распутывает путаницу».

**7. «Цвет-предмет»**

**Цели.** Развитие внимания, ассоциативных связей, активизация мышления. Преодоление неуверенности в себе.

Участники становятся в круг. С помощью мяча ход переходит от одного игрока к другому. Ведущий называет цвет и передает ход, бросая мяч; тот, у кого оказывается мяч, называет любой предмет того цвета и передает ход другому, задавая цвет.

**8. «Скульптор и глина»**

**Цели.** Тактильный контакт, взаимопонимание, способность к самовыражению, творчеству.

Упражнение выполняется в парах (родитель и ребенок). Ребенок — «глина», родитель — «скульптор». Задача «скульптора» — сделать из «глины» прекрасную статую, «скульптор» сам решает, как будет выглядеть эта «статуя», как она будет держать голову, в какой позе она будет стоять. После того как работа закончится, все рассматривают «статуи», пытаются угадать, что слепил «скульптор». После упражнения следует обсуждение: Что чувствовали? Понравилась ли форма, которую тебе придали?

**9. «Рисунок-подарок»**

Каждый участник рисует какой-нибудь «подарок». После чего эти «подарки» дарятся друг другу так, чтобы никто не остался с пустыми руками.

**10. «Общий рисунок»**

Вся группа совместно на большом листе бумаги рисует один рисунок. Например: «Несуществующее животное».

**11. Подведение итогов**

*Вопросы родителям:* Изменились ли ваши взаимоотношения? Что нового в поведении ребенка вы заметили? Что показалось вам самым важным и полезным в такой работе? Что вы сами приобрели в процессе тренинга?

*Вопросы детям:* Попробуйте выразить несколькими словами впечатления от занятий. Что вам больше всего понравилось на занятиях? Что нового в поведении ваших родителей вы заметили за это время?



тренингом в рамках бихевиористического подхода обычно называют тренинг уверенности в себе. С. Kelley (1979) сформулировал его основные задачи, как усвоение того факта, что уверенное поведение — норма для современного общества.

В качестве навыков уверенного поведения им выделены:

- право на одиночество,
- право на независимость,
- право на успех,
- право быть выслушанным и принятым всерьез,
- право получить то, за что заплатил,
- право действовать уверенно, в рамках своих прав,
- право отвечать отказом на просьбу, не чувствуя вины,
- право обращаться с просьбами любого содержания,
- право делать ошибки и отвечать за них,
- право не самоутверждаться, а просто жить.

Поведенческие навыки, приобретаемые в группе, достигаются путем репетиций по заранее оговоренному сценарию (т.е. участники должны обязательно добиться запланированного исхода). Работа с участниками идет по сценарию: разыграли сценку (ситуацию) — проанализировали — выявили ошибки — повторили. В ряде случаев это имеет хороший эффект, но часто вызывает у подростков естественный протест. К тому же всегда остается риск, что тренер, предлагая к усвоению те или иные поведенческие схемы, не в состоянии учесть все нюансы реальных жизненных ситуаций.

## Гештальт-группы

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

Психологические формы защиты, связанные с употреблением ПАВ.

### 2. Коммуникативный блок.

Нетерпимость к чужому мнению, отказ признать свои ошибки.

Недоверие к окружающим, отказ от помощи.

Ранняя половая жизнь.

Неспособность сопротивляться постороннему давлению.

Дефицит безусловной любви в семье.

### 3. Познавательные.

Социально-педагогическая запущенность.

### 4. Психопатологические.

Невротические и невротоподобные расстройства.

Аффективные реакции.

Патохарактерологические расстройства.

Легкие когнитивные расстройства.

Значимость этих мишеней будет отличаться в различных группах. Так, при профилактической работе с несовершеннолетними, не вовлеченными в злоупотребление ПАВ, лидирующую роль займет коррекция личностно-характерологического и коммуникативного блоков (в первую очередь нарушенная самооценка, нетерпимость к чужому мнению, дефицит безусловной любви в семье). При аддиктивном поведении будут присутствовать все симптомы-мишени обоих блоков, а также познавательный блок. При работе с зависимыми на первый план выйдет работа с психопатологической симптоматикой, хотя при этом не утрачивается значимость коррекции мишеней первых трех блоков.

Спектр психокоррекционных и психотерапевтических методов первичной профилактики достаточно широк. Для подростков в ходе профилактической и 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 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): 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, растет уверенность в себе, что в целом отражается на качестве работы группы.

Среди форм групповой работы, которые могут быть применены в отношении подростков группы риска, 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 уча-

стников) 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, как правило, достигать поставленных перед группой целей. Ряд авторов (Петрушин С. В., 2000) успешно работают с группами до 100 человек.

Тренинговая группа функционирует в качестве группы обучения, группы самопрезентации (Luft J., 1970), позволяет осуществлять экспериментирование в области подачи информации, приобретения коммуникационных навыков, поведенческих навыков и разработку поведенческих стратегий. В последнем случае особенно важна возможность моделирования ситуаций и выработки поведенческих стереотипов. Многие зарубежные исследователи, изучавшие опыт тренинговых групп (преимущественно в США и Канаде) давно пришли к выводу, что особую пользу групповая терапия оказывает на лиц, чьи внутренние установки и личные навыки расходятся с традиционными, в том числе — с доминирующими в группе (Luke R. A., Seashore C., 1977). Этот факт, в частности, позволяет объединять в единую группу детей из популяции социального риска и их «благополучных» сверстников: то, что оказывается неосуществимым в рамках школьного класса (большинство социально неблагополучных подростков становятся изгоями в школьном коллективе), успешно реализуется в процессе тренинга. Итогом работы является таким образом, не только обучение, но и формирование коллективных отношений на качественно новом уровне (Майерс Д., 1996, Эллис А., 2002). Пример разработанного и апробированного нами тренинга, направленного на профилактику злоупотребления ПАВ подростками группы риска (Пережогин Л. О. с соавт., 2003) приведен ранее.

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 тренером 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 (Guerny V., 1977, Рудестам К., 1998). Классическим

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

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

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

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

осуществляет шесть основных подходов в отношении каждого участника.

К ним относятся:

- развитие навыков осознания (т.е. приобретение непосредственного опыта осознания и усвоения собственных переживаний здесь и сейчас),
- 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;
- 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;
- анализ фантазий и сновидений — включает перенос их в настоящее, переживание в условиях группы, отождествление с персонажами сновидений, в том числе — неодушевленными, проработка этих образов;
- 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»;
- преодоление сопротивления — особый шаг, характерный для многих направлений психотерапии; для Ф. Перлза (1973) сопротивление выражается в том, что участник группы отказывается выполнять упражнения, как бы «вовремя одергивает себя»; как правило, сопротивление — следствие внутреннего напряжения, защиты, и снимается путем установления доверительных отношений (прежде всего — с самим собой).

В нашей работе с подростками мы использовали упражнения на преувеличенное или противоположное поведение. Сначала подростков просили выбрать какое-либо поведение, которое каждому кажется наиболее нежелательным. В ряде случаев группа сама решала, какое поведение (которое сам участник за собой не замечает) следует проработать. Если участник не замечает за собой такой склонности, ему поручалось вести себя именно так, только максимально утрировать подобный тип поведения; если подросток признавал за собой ту или иную особенность, его просили вести

себя нарочито противоположным образом. После двух-трех повторений в группе и оценки группой работы участника удавалось в 30-40% случаев ликвидировать или трансформировать данный поведенческий паттерн (Вострокнутов Н. В. с соавт., 2002).

Следует отметить, что успешная реализация терапевтического приема становится возможной не сразу, а по прошествии нескольких занятий, когда основные этапы знакомства в группе пройдены и идет постепенное сплочение группы. Поэтому грубой ошибкой является извлечение отдельных упражнений из общего контекста групповой работы, например, в форме проведения «уроков», включающих в себя попытки воспроизвести 1-2 упражнения.

## Группы арт-терапии

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

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

- наладить отношения между пациентом (группой) и терапевтом. Идеальный вариант — когда терапевт ведет занятия по арт-терапии один, если же ему помогает котерапевт (художник) то их отношения должны быть гармоничными;
- сконцентрировать внимание на собственных чувствах, переживаниях, проработать как зрительные, так и кинестетические ощущения;
- повысить самооценку по мере достижения успехов в искусстве, приобретения технических навыков живописи, ваяния;
- получить материал для психологической и психотерапевтической оценки, интерпретации рисунков;
- проявить (пускай в символах) чувства и ощущения, которые пациент привык подавлять или не склонен делиться ими с терапевтом открыто.

Задания в ходе терапевтической работы носят характер спонтанного творчества или выполнения сформулированных терапевтом сюжетов. Следует учитывать, что арт-терапия является не столько самостоятельным направлением в терапии, сколько представляет собой реализацию основных идей психоанализа, гештальт-терапии, гуманистического направления психотерапии в це-

лом (Бетенски М., 2002). Этим определяется практически неограниченный набор упражнений и техник, которые могут быть использованы. В работе с подростковыми группами арт-терапия является одним из перспективных направлений.

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

## Группы психодрамы

Центральное место в психодраме занимает ролевая игра. В какой-то мере психодрама опирается на имеющиеся у каждого человека актерские способности, но между театром и ролью в психодраматической постановке существует принципиальное различие: в психодраме нет сценария, царит спонтанность, произвольный выбор ролей, достигающих гротескного воплощения. Итогом психодраматических упражнений должны являться катарсис и инсайт, т.е. внезапное обретение понимания сути проблемы, ключа к разгадке. В процессе классической психодрамы последовательно осуществляются три стадии: разминки (предшествующая действию стадия релаксации и вживания в роли), собственно действия и интеграции (анализ действия). Как правило, в подростковых группах реализовать все приемы психодрамы не представляется возможным, но часть техники и методов можно перенести в другие формы групповой и индивидуальной терапии.

- подростков, находящихся в условиях длящейся или недавно завершённой психотравмирующей ситуации, сопровождающейся реактивными психозами, реакциями утраты, нарушенными процессами адаптации, декомпенсацией личностной патологии.

## Группы транзактного анализа

Транзактный анализ создавался и получал распространения 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. Берн). Э. Берн предполагал, что жизнь — это реализуемый человеком сценарий, сформированный в детском возрасте. Поэтому, если основной сценарий жизни искажен, непродуктивен или приводит (почти неизбежно) к печальным последствиям, то работа в группе 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 несовершеннолетних. По предположению М. Groder, 1976, аддиктивное поведение является одной из форм «игр, в которые играют люди».

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) процессов групповой динамики. Часто сеансы транзактного 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 приме-

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 ещё?..» и т.д. Если ребенок ярко представляет себе сюжет, легко фантазирует, можно попробовать искупаться в чистой воде, попить её, 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 команду ему (воображаемому существу) поднять руку, опустить, попросить его пройтись влево, затем направо

и т.п. К концу занятия ребенок обычно легко воображает на данную тему, с интересом манипулируя фигуркой. Воображаемый образ в процессе занятий быстро приобретает те черты и качества, которые ребенок хотел бы видеть в себе. Дети легко «примеряют» к себе этот образ, активно вживаются в него, получая ощущение защищенности и уверенности.

Занятие четвертое и пятое посвящено 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 к этому периоду 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», устанавливая между ними возможность внутреннего диалога. 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:

- аспекты поведения прорабатываются в символической, близкой ребенку образно-сюжетной форме;
- учитываются основные направления мотивационного характера — стремление обрести силу, значимость и защищенность в мире;

- формируются чувственно-образные позитивные установки в силу интенсификации процессов активного и пассивного воображения;

- через игровую ситуацию создаются условия для раскрытия здоровых, естественных ресурсных возможностей организма.

Техника сравнительно легка для освоения и может широко использоваться как врачами, так и педагогами и психологами после их соответствующего обучения. В рамках профилактических программ использование подобных техник особенно удачно. Это объясняется т.н. «концепцией внутреннего саногенного ресурса», предложенной М. Эриксеном и доработанной его последователями. Суть концепции внутреннего саногенного ресурса в том, что человеческий организм, являясь сложнейшей биологической системой, обладает резервными ресурсами самовосстановления, оздоровления, однако не всегда способен самостоятельно вовремя их активировать. Целям активации саногенных ресурсов и служит психотерапия, причем именно те ее виды, которые направлены на преодоление рационального восприятия действительности, невротических факторов. В условиях работы с подростками группы риска по употреблению ПАВ саногенный ресурс становится существенным внутренним противовесом факторам риска.

Работая с несовершеннолетними группы риска по формированию наркозависимости, **следует исключить из группы подростков, имеющих противопоказания к групповой психокоррекционной и психотерапевтической работе.** К числу таких подростков следует относить:

- подростков, страдающих хроническими психическими расстройствами, прежде всего — шизофренией, бредовыми расстройствами, включая (до его излечения) индуцированный бред, острыми психозами, независимо от их природы, частыми эпилептическими пароксизмами;
- подростков с выраженными проявлениями умственной отсталости или глубокими изменениями психики по типу деменции (вследствие энцефалопатии, травм);
- подростков с грубыми нарушениями психического развития, включая ранний детский аутизм, органический аутизм, подростков с ограниченными возможностями, с тяжелой соматической патологией;
- подростков с грубыми нарушениями внимания, моторных функций, аффективными колебаниями, обусловливающими внезапные агрессивные, аутоагрессивные действия, суицидальные попытки;

## Первичная профилактика зависимости в образовательной среде

Среди указанных нами в начале методических рекомендаций факторов риска по формированию зависимости одно из важных мест занимает комплекс факторов, реализующихся в ходе посещения ребенком школы и других образовательных учреждений. Ребенок проводит в образовательном учреждении несколько часов ежедневно, там он становится членом микрогруппы сверстников, осваивает основы социального взаимодействия. Кроме того, образовательное учреждение — своего рода «первый рубеж антинаркотической обороны» — именно здесь ребенок вправе рассчитывать на помощь и защиту со стороны специалистов.

Нигде, кроме как в стенах школы не представляется возможным собрать как подростковую, так и родительскую аудиторию. Поэтому первичные профилактические мероприятия, направленные на семью ребенка группы риска, тоже должны осуществляться в образовательном учреждении. Это необходимый уровень первичной профилактической работы. Она проводится преимущественно через две формы: проведение бесед, чтение лекций специалистами в родительской аудитории (лекционно-информационная форма в родительской аудитории, в отличие от подростковой, является достаточно эффективной и востребованной), и семейное консультирование по воспитательным, психологическим проблемам развития и поведения ребенка. Последняя форма работы носит более индивидуальный, касающийся отдельных проблем семьи, характер (проблемно-ориентированная индивидуальная форма первичной профилактической помощи). Для проведения семейного консультирования в таком ключе педагог — классный руководитель или социальный педагог несомненно должны прослушать программу обучающего семинара и пройти тренинг по особенностям семейного консультирования в программе профилактической помощи. В соответствии с планом профилактической внутришкольной работы для проведения таких бесед и лекций могут приглашаться специалисты по проблемам профилактики из Центров социально-психологической поддержки и реабилитации, специалисты психиатрической и наркологической службы.

Важным звеном первичной профилактической работы на уровне школы является профилактика вовлечения несовершеннолетних в прием алкоголя. Это направление работы связано с оказанием первичной профилактической помощи детям группы «риска» по ранней алкоголизации и наркотизации. Данное направление

нчают упражнения в парах, иногда группа выполняет упражнение, предложенное одним из участников. В выборе упражнения отражается зачастую скрытый символизм, поэтому у многих членов группы упражнение может вызвать глубокие переживания (Pierrakos J. C., 1978). В ряде случаев для снятия мышечного напряжения в процессе работы приходится использовать массаж или подобное массажу воздействие.

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

Дается инструкция удобно устроиться в кресле и закрыть глаза: «Внимательно прислушайтесь ко всем своим ощущениям; описывайте все изменения в ощущениях, которые сейчас происходят у вас. 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» внутренние 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 происходящим при терапии изменениям. В ряде случаев возникает состояние возрастного регресса, что позволяет глубже войти в состояние измененного сознания.

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

Наблюдаются следующие формы реагирования:

1. Комплекс сенсорных ощущений. 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 так далее.

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 сценноподобный 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 так далее).

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

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

К сожалению, возможности психотерапевтической, психолого-педагогической профилактики и коррекции не безграничны, во многих случаях психотерапия должна проводиться параллельно с психофармакологическим лечением. Для обеспечения комплексного лечения и реабилитации несовершеннолетних группы риска в условиях спецшколы, спецПТУ, коррекционной школы или социального приюта необходимо взаимодействие нескольких специалистов, между которыми с одной стороны, происходит распределение функций, а с другой стороны — 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.



мы основной упор делается на вовлечение несовершеннолетних в социальные процессы, приобретение навыков обучения, социального взаимодействия, дружбы, взаимопомощи. Подростков ориентируют на помощь собственной семье.

На первом этапе программы используются тренинги с подключением элементов телесно-ориентированной терапии (особенно для детей-реконвалесцентов), тренинги социального взаимодействия, тренинги развития интеллекта и творческих способностей. В результате достигается адекватная самооценка, уверенность в себе, формируется просоциальная ориентация несовершеннолетних на учебу, здоровый образ жизни, контакты со сверстниками и взрослыми благополучного окружения.

На втором этапе программы добавляются тренинги личностного роста, семейные тренинги, методы арт-терапии и символдрамы.

Следует отметить, что все три модели должны действовать параллельно, создавая в стенах учебного учреждения единую профилактическую и сберегающую здоровье среду. Для реализации подобной стратегии требуется чуткое взаимодействие между детьми, родителями и педагогическим коллективом, привлечение специалистов, работающих в школе (школьные психологи, школьные социальные педагоги), привлечение волонтеров из числа родителей и студентов психологических, педагогических ВУЗов, привлечение специалистов из наркологического диспансера, милиции, реабилитационных центров, общественных и благотворительных организаций. Как правило, координация всей этой работы ложится на плечи т.н. «школьных советов», объединяющих родителей, педагогов, курирующих школу специалистов социальных практик.

Если ребенок уже начал принимать ПАВ, но его опыт приема минимальный, на первый план выходит формирование оптимальной позиции семьи и поддержка семьи. Данное направление работы включает сочетание первично-профилактического и социально-профилактического подходов. Первично-профилактический подход опирается на методы семейного консультирования, на оказание психологической и социальной поддержки семье для установления постоянных контактов родителей с районным психиатром-наркологом. Социально-профилактический метод опирается на взаимодействие школы с районными комиссиями по защите прав несовершеннолетних, с инспекторами отделений профилактики правонарушений несовершеннолетних, потому что наиболее значимым становится срочное разведение в районе школы группы наркотизирующихся подростков, которые могут вовлекать в наркотиза-

предусматривает работу с конфликтными (дисфункциональными) семьями. При этом эффективность таких форм первичной профилактической деятельности как лекции на родительских собраниях, на «родительском университете» несомненно снижается. Большее значение принимают такие формы работы как семейное консультирование, социальное вмешательство со стороны службы социальной помощи.

Организация такого направления работы с родителями несомненно относится в комплексной первичной профилактической помощи и может оказываться школьным психологом и социальным педагогом, специалистами муниципальной службы социальной помощи, районной комиссии по делам несовершеннолетних. Координация и направление такой работы обеспечивается заместителем директора по воспитательной работе.

Оптимальными формами для реализации такой работы являются:

- родительский семинар, тематика занятий которого ориентирована на овладение родителями знаний о путях преодоления внутрисемейных проблем;
- выявление родителей, готовых участвовать в оказании социальной поддержки другим семьям, создание из таких естественно настроенных родителей групп родительской поддержки для «трудных» семей данного класса, данной школы;
- налаживание через работу групп родительской поддержки постоянных контактов с взрослыми членами дисфункциональных семей, выявление родителей с риском алкоголизации и наркотизации, эмоционально пренебрежительного или жестокого отношения к детям. Для них через группы родительской поддержки может быть организована соответствующая социально-психологическая помощь или консультирование по специальным наркологическим проблемам у специалистов наркологической службы.

Практически это направление первичной профилактики связано с оказанием медико-консультативной и в некоторых случаях психокоррекционной помощи родителям, которые находятся в условиях внутрисемейного дистресса, переживают тяжелые психологические проблемы, что вторично оказывает деструктивное влияние на детей, воспитывающихся в этой семье.

Благодаря этому направлению профилактической помощи в семье обеспечивается реальная социальная и правовая защита детей, прежде всего в семьях, где родители пьют, а дети лишены

родительского надзора, усваивают асоциальные установки и ориентированы на антисоциальный образ жизни. Развитие этого направления профилактики связано также с формированием других подразделений социальной помощи детям (службы доверия, приюты, социально-реабилитационные центры).

Говоря о помощи детям группы риска в условиях образовательного учреждения, мы подразумеваем, что эта помощь не носит характера единовременных мероприятий или кампаний, но продолжается все время, пока ребенок обучается в данном учреждении. Поэтому следует говорить **о программах долгосрочной курации несовершеннолетних групп риска.**

В зависимости от состояния психического здоровья, состояния семьи (здоровая или дисфункциональная), особенностей личности несовершеннолетнего, наличия или отсутствия дополнительных факторов риска, в отношении несовершеннолетнего может использоваться одна из следующих долгосрочных программ.

**Программы творческой реализации.** Их задача — демонстрация подросткам их индивидуальности и ценности для общества через творческую реализацию. Эти программы хороши для детей с сохранным интеллектом и без грубых нарушений внутрисемейных отношений. В программах хорошо участвуют дети с аномалиями личности, расстройствами поведения, девиантным поведением. В основе работы программы — занятия в группе арт-терапии, обучение навыкам творческой работы (желательно избегать длительных монотонных манипуляций, таких как, например, вышивание), работы с техникой (например, очень перспективно обучение мультипликации на персональном компьютере). В рамках программ творческой реализации хорошо проходят совместные детско-родительские тренинги, тренинги личностного роста, самопознания, социального определения.

В ходе работы подростка в рамках программы творческой реализации последовательно решаются несколько групп задач, обеспечивающих, в совокупности, выраженный профилактический эффект.

В рамках арт-терапии происходит проективная диагностика личности, освоение новых навыков и способностей к самовыражению, развитие навыков группового взаимодействия, взаимопомощи.

Тренинг личностного роста способствует формированию адекватной самооценки, развитию волевых качеств, принятию ответственности за свое поведение, формированию ценностной ориентации на здоровый образ жизни. На достижение тех же целей на-

правлен (с позиций гештальт-терапии) тренинг самоопределения. В рамках совместных занятий с родителями особенно быстро достигается семейная сплоченность и взаимопонимание, гармония, реализуется внутреннее желание к единению, поиску защиты, покровительства.

Осуществление программ творческой реализации вполне доступно в условиях любого учебного учреждения — средней школы, училища или реабилитационного центра, социального приюта.

**Программы трудовой реализации.** В рамках этих программ основной упор делается на приобретение подростками трудовых и профессиональных навыков. Через освоение профессии, развитие своих способностей эти дети осознают свою ценность для общества, для своей семьи, друзей. Программы трудовой реализации более всего подходят для подростков со сниженным интеллектом и с выраженной органической церебральной патологией. При этом социальная и терапевтическая работа с подростками требует вмешательства со стороны психиатра, который должен вести параллельно лечебную работу. В рамках программ трудовой реализации хорошо проходят тренинги социального взаимодействия, тренинги самоопределения, тренинги развития внимания, воображения, мышления, речи.

В рамках тренинговых программ осуществляется приобретение навыков общения, доверия, трансформация стереотипов, приобретение навыков совместной деятельности. В ходе тренингов, направленных на коррекцию познавательной сферы происходит развитие внимания, памяти, мышления (тренинги направлены на обучение), что трансформируется в повышение самооценки, развитие волевых качеств, развитие навыков решения интеллектуальных задач.

Программы трудовой реализации неразрывно связаны с получением профессии, поэтому могут реализовываться в условиях профессионально-технических училищ, учебно-производственных комбинатов, в качестве альтернативы могут создаваться школьные кружки с отчетливым производственным компонентом (токарное дело, резьба по дереву).

**Программы социальной реализации.** Они ориентированы на подростков, которые в силу воспитания в дисфункциональной семье, либо соматической болезни и т.д. обнаруживают выраженную социальную и педагогическую запущенность, при сохранным интеллекте и отсутствии грубой органической церебральной патологии, возможно использование таких программ в качестве начального этапа в программах творческой реализации. В ходе програм-

ным для первичной профилактической работы вопросам наркологии, по оптимальной тактике поведения с детьми и подростками, имеющими склонность к зависимому поведению, по формам работы с семьей при оказании первичной профилактической помощи и некоторым другим аспектам. В контексте осуществления комплексной первичной профилактической работы в образовательной среде по мнению Н. В. Вострокнутова с соавт. (2002, 2004) существуют три круга проблем.

**Первый круг проблем** — как и с какого возраста формировать у детей активную психологическую защиту, противодействие к первой пробе и приему наркотиков, к стилю жизни, связанному с наркотизацией?

**Второй круг проблем** — как и каким образом педагогам, воспитателям, социальным работникам, родителям безошибочно и точно определять, что ребенок начал употреблять токсические или наркотические средства, и какую наиболее оптимальную тактику применять по отношению к такому ребенку?

**Третий круг проблем** — как и каким способом активно вмешиваться и корректировать систематическое употребление психоактивных (наркотических) веществ? Какими оптимальными средствами осуществлять комплексную реабилитацию детей и подростков, прекративших наркотизацию?

Данные скрининговых опросов, проводившихся в России, (Худяков А. В., 2005) показывают, что практически все школьники обладают информацией о наркотиках. Сегодняшние дети и подростки по сравнению со взрослыми значительно шире осведомлены о способах их применения, все хорошо знают, где их можно приобрести. Учащиеся в возрастной группе 11-14 лет при опросе, значительно чаще, чем взрослые указывают наименования разных психоактивных веществ, формирующих зависимость. Преимущественно фигурируют такие названия психоактивных веществ, как анаша или гашиш, маковая соломка, опий, героин, кокаин; из лекарственных средств — эфедрин, реланиум, димедрол, а также такие токсические средства как клей «Момент», бензин, нитрокраска. Более 95% среди учащихся г. Москвы знают о марихуане и гашише, кокаине и героине; около 70% — об ЛСД и «экстази»; около 50% — о «крэке», более 20% — об амфетаминах и метадоне. В то же время более 30% подростков в возрасте 14-15 лет пробовали хотя бы один раз в жизни те или иные наркотики или токсиканты. Чаще всего это были препараты конопли, затем — ингалянты (бензин, клеи, аэрозоли). Около 1% учащихся начинали знакомство с ПАВ с героина. В целом по крупным городам России пробовали наркотики 4,7% от

цию все новых детей и подростков. Такая ранняя превентивная работа, ориентированная на пресечение влияния подростковых наркотизирующихся групп несомненно увеличивает возможности семьи в контроле за поведением ребенка, который вступил на «путь первых проб».

Первичная профилактическая помощь семье, в которой ребенок вступил на путь первых проб, должна носить уже комплексный характер с привлечением специалистов различного профиля. Первичная профилактическая работа педагога — классного руководителя, школьного психолога, социального педагога в этих случаях обязательно дополняется первичной профилактической помощью со стороны медиков, а именно, медицинской сестры и школьного врача. Наиболее оптимальной их помощь становится тогда, когда она проводится через организованный при школьном медицинском кабинете внутришкольный наркопост. Именно при нем может быть организован первичный профилактический учет детей и подростков, замеченных в приеме токсических и наркотических средств; при нем может быть также организована доклиническая диагностика состояний токсико-наркотического опьянения у учащихся в школе (диагностические экспресс-тесты для выявления наркотиков). На наш взгляд, именно школьный врач должен выступать представителем со стороны школы, когда оказывается помощь родителям для установления контактов семьи с районным психиатром-наркологом для более квалифицированной оценки проблем ребенка, втягивающегося в алкоголизацию или наркотизацию. На наш взгляд, именно школьный врач может и должен через обучающие семинары для родителей, через индивидуальное семейное консультирование информировать родителей о возможности контролировать в семье с помощью тестов случаи с вероятным токсико-наркотическим опьянением у ребенка, который начал наркотизироваться и на стадии первых проб бывает убежден, что ему полностью удастся скрыть эти случаи от родителей.

Первичная профилактическая помощь семье со стороны специалистов школы также дополняется участием школы в привлечении к оказанию помощи семье и инспекторов отделений профилактики правонарушений несовершеннолетних. Это преимущественно социально-профилактический аспект помощи семье и связан он с необходимостью пресечения каналов, по которым циркулируют наркотические средства в детско-подростковой среде вокруг школы. Этот аспект помощи также необходим в целях разъединения групп подростков, наркотизирующихся в районе школы, в необходимости исключения негативного влияния взрослых, когда, напри-

мер, они являются активными участниками приобщения несовершеннолетних к приему наркотиков. Организуется взаимодействие различных специалистов при оказании первичной психопрофилактической и социально-профилактической помощи семье, в которой ребенок начал наркотизироваться, координатором выступает, как правило, заместитель директора школы по воспитательной работе.

Реализуется такое взаимодействие первичной профилактической и социально-профилактической помощи семье по следующим направлениям:

- организация и направление работы группы родительской поддержки для семей, в которых дети начали наркотизироваться;
- координация работы групп родительской поддержки с школьными медицинскими работниками в рамках школьного наркопоста при школьном медицинском кабинете, а также координация работы медицинских специалистов школы и школьного психолога, социального педагога с специалистами территориального центра социально-психологической поддержки и реабилитации, специалистами подразделений социальной профилактики (инспектора отделений профилактики правонарушений несовершеннолетних) для более действенной и эффективной помощи семье, в которой ребенок начал наркотизироваться;
- контроль соблюдения прав учащихся при осуществлении первичных профилактических мер в рамках помощи семье, включая выявление и внутришкольный учет учащихся, замеченных в употреблении психоактивных веществ; проведение в школьном медицинском кабинете доврачебной и врачебной (тестовой) диагностики случаев токсико-наркотического опьянения; ознакомление родителей с ее результатами и информирование их о значимости использования в домашних условиях тестового контроля случаев токсико-наркотического опьянения у ребенка.

В организационном плане необходимо в экстренном порядке отрабатывать реальные механизмы сотрудничества общества, различных общественных организаций и государственных структур с семьей. При этом крайне важно организовывать активность самих родителей на уровне двора, школы, микрорайона, муниципалитета в виде становления и поддержки таких движений как «Родители против наркотиков», «Школа без наркотиков», «Чистый рай-

он» и пр. В этом процессе несомненно велика информационная и организационная помощь постоянных телешкол, газетных рубрик, обучающих семинаров по типу «родительских университетов» местного, регионального характера. Не менее важным является параллельное создание широкой контактной сети консультативных пунктов. Именно они должны на профессиональном уровне обеспечить потребности семье в первичной помощи в проблемной сфере, именно они должны выступать первичными и эффективными посредниками между семьей и специалистами, работающими в наркологических учреждениях, учреждениях социальной помощи, правоохранительных органах.

### **Ключевые проблемы первичной профилактики употребления ПАВ детьми и подростками в образовательной среде.**

В настоящее время профилактика потребления психоактивных веществ во многих школьных коллективах представлена чаще всего тематическими лекциями школьных психологов, врачей психиатров-наркологов, либо работников органов внутренних дел, а также тематическими учебными занятиями, которые иногда проводятся по типу дискуссии на заданную тему. Подобный подход не отвечает основным требованиям к предупреждению употребления психоактивных веществ в связи с тем, что в нем отсутствует последовательность, непрерывность, учет реальной ситуации. Необходимо также учитывать, что первичная профилактика входит в сферу деятельности наркологической службы только в рамках профессиональной компетенции врачей психиатров-наркологов. Вопросы постоянного воспитательного развития у учащихся общеобразовательных учреждений ценностей здорового образа жизни, предубеждения к приему токсико-наркотических средств, знаний о вреде наркотиков и токсикантов являются прямой обязанностью педагогов и школьных психологов, т.е. тех специалистов, которые имеют постоянный и непосредственный контакт с детьми и подростками, занимаются их обучением и воспитанием. Реализация данной работы затруднена, вследствие недостаточного уровня знаний у специалистов образовательных учреждений по проблеме наркоманий и навыков первичной антинаркотической профилактической работы. Особенности обучения и переобучения педагогического персонала в целях эффективного обеспечения первичной профилактики в образовательной среде заключаются в предоставлении для специалистов школы комплексной информации по существу-

марихуаны, амфетамина, метадона, бензодиазефина, фенциклидина, барбитуратов прошли комплексные испытания в НИИ наркологии МЗ РФ и рекомендованы к применению как в домашних условиях, так и в общей медицинской практике. В рамках первичной профилактической работы, проводимой в образовательных учреждениях, как эксперимент, в некоторых регионах в условиях школьных медицинских кабинетов на добровольной основе проводится качественная доврачебная диагностика употребления наркотиков среди учащихся. Такая форма активной первичной антинаркотической профилактической работы несомненно является важным сдерживающим фактором употребления наркотиков детьми и подростками. Трудности широкого распространения этого профилактического подхода связаны, во первых, с некоторыми техническими особенностями стрип-теста на наркотик (необходимость сбора мочи в емкость, что у большинства подростков, как правило, вызывает негативную реакцию) и, во вторых, неразработанность нормативной базы для повсеместного и обязательного использования в условиях образовательных учреждений приемов тестовой, доврачебной диагностики употребления наркотика.

При оценке употребления психоактивных веществ всегда необходимо проявлять тактичность и осторожность. Особенно это относится к работе с несовершеннолетними, имеющими наркологические проблемы, так как необоснованные подозрения в употреблении наркотических веществ могут сами по себе оказаться психотравмирующим фактором и, в свою очередь, подтолкнуть к их реальному употреблению.

Нами сформулирована следующая последовательность действий педагога и администрации учебного заведения при подозрении на употребление несовершеннолетними наркотиков:

1. предоставить подростку достаточную информацию о негативных последствиях потребления одурманивающих веществ. Целесообразно, при первом контакте избегать репрессивной и осуждающей тактики, постараться убедить ребенка в целесообразности обращения за медицинской помощью. Указать на недопустимость появления в школе в состоянии одурманивания, вовлечения сверстников в потребление психоактивных веществ; сообщить, что в этом случае администрация учебного заведения будет действовать в установленном для такой ситуации порядке.

2. предлагать помощь подростку корректным и, если ситуация позволяет, то желательно ненавязчивым способом.

3. не разглашать информацию о наркологических проблемах подростка, поскольку это приводит к полному прекращению про-

общего числа учеников 5-8 классов и 16% старшеклассников. В подавляющем большинстве случаев пробам ПАВ предшествовало и сопутствовало табакокурение, употребление пива и крепких спиртных напитков. Почти треть опрошенных (23%) указывают, что среди их друзей есть употребляющие наркотики; 34% несовершеннолетних отмечают, что знают места, где их можно приобрести. Приобщение подростков к ПАВ почти всегда происходит с участием их близких друзей. При первом приеме подростки обычно употребляли ПАВ в компании своих приятелей, реже — сверстников или младших по возрасту. Доступность отдельных наркотиков была различной, но в целом ее можно оценить как высокую. По мнению опрошенных, они могли легко достать препараты конопли (25%), транквилизаторы (13%), ЛСД и «экстази» (10%), кокаин (10%). Наркотики приобретаются в барах, на дискотеках, в широко известных местах на улицах, в парках, а также на квартирах у наркоторговцев.

Ситуация усугубляется тем, что в недалеком прошлом ранняя алкоголизация и токсикомания преимущественно поражали детей из неблагополучных семей, где родители вели асоциальный образ жизни. Имелась возможность целенаправленно заниматься с ними в плане социально-профилактической помощи. Современные медико-социальные данные говорят о новом аспекте этой проблемы. В последние 2-3 года зараженность наркотиками среди учащихся элитных образовательных учреждений в 1,5 — 2 раза выше, чем в обычных общеобразовательных школах, и в старших классах она достигает 27% (в обычной общеобразовательной школе — 12%, в сельской школе — 2-3%). Опасно то, что в данной группе детей наркотизация длительное время носит скрытый для взрослых (учителей, медиков, родителей) характер. В профилактическом аспекте важно, что из числа опрошенных детей и подростков около 40% пробовали на первом этапе бросить прием наркотика, но потом снова продолжили употребление. При этом среди опрошенных около 60% детей и подростков не представляли, куда можно обратиться за помощью при наркологических проблемах. Из мест, куда может обратиться подросток с такими проблемами 19% назвали больницу, 8% — телефон доверия, 6% — врача-нарколога, 3% — других специалистов (педагог, воспитатель), 2% — психолога, менее 1% — друзей. Лишь от 14 до 18% родителей как-то пытались помочь детям отказаться от приема наркотиков на начальной стадии злоупотребления; свыше 90% из числа опрошенных детей и подростков никак не пытались помочь друзьям бросить прием наркотиков.

Таким образом, в российской подростковой среде использование ПАВ с целью одурманивания занимает существенное мес-

то в досуге, групповом общении. Непосредственно приобщаются к пробам наркотиков и других ПАВ от 20 до 30% школьников 12-17 лет. Наркотики сегодня достаточно доступны для приобретения. Можно говорить о реальной незащищенности подрастающего поколения от агрессивной экспансии наркокультуры. При этом у большинства детей и подростков отсутствует превентивная психологическая защита, ценностный барьер от вовлечения в прием наркотических веществ. Начиная принимать наркотики несовершеннолетний находится в своеобразной социально-психологической ситуации. Это мощный прессинг рекламных предложений нового стиля жизни и новых ощущений, связанных с наркотизацией. Он особенно угрожаем для детей и подростков, потому что в ситуации выбора у подростка ведущими часто оказываются мотивы любопытства и подражания. Одновременно налицо безучастное отношение к вовлечению в наркотизацию со стороны сверстников-соучеников, друзей, а также взрослых, отвечающих за воспитание, и малоинформированных родителей. Данная ситуация отягощается тем, что входящие в употребление «модные» в подростковой среде наркотические средства характеризуются при повторном приеме быстрым формированием зависимости.

В этой ситуации учреждения образования, школьная психологическая служба, центры социально-психологической реабилитации плохо справляются с задачей первичной профилактики ранней алкоголизации и наркотизации детей и подростков. Для активно направленной профилактической работы необходим переход от установок по информированию детей о негативных последствиях курения, алкоголизации, наркотизации к формированию у детей ценностного отношения к здоровью, активной психологической защиты от предложений «попробовать, принять наркотик»; к формированию не только индивидуальной жизнестойкости, но и групповых форм противодействия (на уровне детского коллектива) различным формам наркотизации и отклонений в поведении.

При создании образовательных программ, ориентированных на профилактические аспекты противодействия употреблению наркотиков, очень важным моментом является их адресность для отдельных возрастных периодов: 5-7 лет, 8-11 лет, 12-14 лет, 15-17 лет. Образовательные превентивные программы должны быть многоплановыми, включать «уроки жизненных навыков» противодействия первой пробе алкоголя и наркотика; формировать у детей установки на здоровый образ жизни, на неприятие асоциальных ценностей.

Решение этой проблемы возможно лишь в рамках комплексного подхода, включающую целенаправленную, систематическую, многопрофильную профилактическую работу, направленную на весь спектр факторов риска по формированию зависимости от ПАВ.

В настоящее время врачам достаточно ясна «траектория» пути начинающего токсикомана и наркомана. На первом этапе своего, как правило, спровоцированного старшими подростками или подражательного знакомства с токсическими или наркотическими веществами он стремится утвердиться через новое для него поведение среди друзей и соучеников в школьной среде; стремится получить определенную поддержку своему поведению, бравирует им. При втягивании подростка в наркотизацию в самом начале распространители используют прием первых «даровых угощений-проб». Именно на этом этапе происходит экспериментирование с различными наркотическими веществами и формируется зависимое поведение. В это период идет выбор и наиболее подходящей компании, круга «новых друзей», привычных мест и времени наркотизации. Одновременно подросток сам становится своеобразным агентом по распространению наркотика, начинает участвовать в развитии и поддержании определенной сети распространения. Вне компании ни алкоголь, ни другие психоактивные вещества не употребляются.

На этом этапе выявляются наиболее существенные пробелы в профилактической работе и помощи. В этой ситуации школьный коллектив достаточно часто занимает «позицию умалчивания», поддерживая видимость того, что никто не замечает перемен, происходящих с подростком. Как правило, такая практика наблюдается в тех случаях, когда при наркотизации нет грубых нарушений дисциплины в школе. В связи с этим мы считаем необходимым определить минимальный объем правил, необходимых не медицинскому специалисту для вмешательства в наркоситуации. Решающим признаком употребления подростком психоактивных средств является выявление состояния наркотического одурманивания.

В настоящее время ведущей является диагностика наркотического опьянения психиатром-наркологом. Естественно эта форма диагностики не может быть реализована в условиях образовательного учреждения.

Вторым и более перспективным направлением следует считать контроль вероятных случаев наркотического одурманивания через диагностические бесприборные экспресс-тесты (иммунохроматографию). Эти тесты для выявления наркотиков: морфина, кокаина,

сведения необходимы для мониторинга наркологической ситуации в детской популяции территории с прогнозированием результативности профилактической и медико-социальной реабилитационной помощи. При таких Центрах также могут проводиться разнообразные формы учебно-методической помощи специалистам общеобразовательных и специальных коррекционных учреждений в рамках региональной программы профилактики алкоголизма и наркоманий среди несовершеннолетних.

### **Принципы обеспечения активной первичной антинаркотической профилактической работы в образовательной среде.**

Реально действующая на территориальном уровне активная профилактика должна быть основана на взаимодействии педагогов, школьной психологической службы, психиатров-наркологов, работников социальных служб и правоохранительных органов. Их совместная деятельность должна опираться на следующие базовые положения:

- зависимость от наркотических, психоактивных веществ легче предупредить, чем лечить, поэтому профилактическая антинаркотическая работа в образовательной среде должна быть системной и концептуально обоснованной на основе модели активной антинаркотической профилактической помощи;
- целевое воздействие должно быть комплексным и осуществляться при личностном, семейном и социальном (школа, общество) взаимодействии (формирование и развитие социальной системы профилактики употребления психоактивных веществ и социальной поддержки на основе совместной работы специалистов, общественных объединений (группы родительской поддержки) и волонтеров, осуществляющих активную профилактику в регионе);
- в превентивных образовательных программах в условиях угрожающей наркологической ситуации основное внимание следует уделять формированию ценностей здорового образа жизни, развитию личностных ресурсов, препятствующих употреблению психоактивных веществ, а также развитию у несовершеннолетних жизненных навыков противостояния агрессивной среде, которая провоцирует потребление наркотиков (разработка комплекса дифференцированных обучающих программ профилактики употребления наркотиков среди детей и подростков);

дуктивного контакта и может иметь вредные последствия для несовершеннолетнего.

4. иметь информацию об учреждениях, оказывающих наркологическую помощь несовершеннолетним. Особо следует знать о возможности анонимного лечения. Целесообразна информация о реально работающих с этой проблемой общественных организациях.

5. точно знать при работе с несовершеннолетним потребителем психоактивных веществ: Какова ситуация в его семье? Могут ли родители реально влиять на поведение своего ребенка? Каково его микросоциальное окружение по месту жительства?

6. постоянно, проводить обязательные антинаркотические программы обучения, семинары и тренинги для педагогов, обучать их формам активной первичной профилактической работы среди родителей.

Если у специалиста общеобразовательного учреждения возникли подозрения, что подросток употребляет наркотики, то наиболее оправданы следующие действия:

1. Корректно сообщить о своих подозрениях родителям или законным представителям, опекунам учащегося ребенка.

2. При подозрении на групповое потребление наркотиков провести повторные беседы с родителями всех членов группы. В ряде случаев это целесообразно осуществить в виде собрания с приглашением врача психиатра-нарколога, работника правоохранительных органов.

3. Организовать индивидуальные встречи подростков и/или их родителей с врачом районного подросткового наркологического кабинета.

4. Предоставить подросткам и их родителям информацию о возможности анонимного обследования и лечения, указать адреса и телефоны организаций, работающих в таком режиме.

Если у специалиста общеобразовательного учреждения возникли подозрения, что подросток находится в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, необходимо:

1. Удалить учащегося из класса, отделить его от одноклассников.

2. Немедленно поставить в известность руководителей школы.

3. Срочно вызвать медицинского работника школы.

4. В случае, когда состояние подростка может быть расценено как алкогольное или наркотическое опьянение, необходимо известить о случившемся родителей или опекунов подростка.

5. Нецелесообразно проводить немедленно разбирательство о причинах и обстоятельствах употребления алкоголя или наркотиков. Собеседование с подростком по этому случаю следует провести после встречи с родителями и медицинским работником, т.е. после получения объективной информации о возможностях и путях коррекционного вмешательства.

6. При совершении подростком в наркотической интоксикации или алкогольном опьянении противоправных действий, целесообразно прибегнуть к помощи правоохранительных органов.

Учащиеся, которые замечены в случаях употребления психоактивных веществ, должны быть по согласованию со школьным врачом поставлены в школьном медицинском кабинете на внутришкольный учет. В тех случаях, когда, несмотря на проводимые профилактические меры, наркотизация продолжается, достаточно быстро начинающий наркоман начинает пропускать занятия, вымогать деньги у младших, группировать вокруг себя учеников из заведомо состоятельных семей, контролировать территорию вокруг школы. Столкнувшись с такими формами поведения, школа обычно переходит к тактике «активного выталкивания» трудного ученика с проблемами зависимости из школьной среды. Таким образом, школа проигрывает свою борьбу с начинающим наркотизироваться подростком за его судьбу и за судьбы других подопечных учеников.

В подобной ситуации необходимо учитывать следующие моменты.

1. Социально-профилактическая и медико-психологическая помощь, ориентированная на отдельные случаи вмешательства по отдельным детям и подросткам, без работы в микросреде, без разъединения группы наркотизирующихся несовершеннолетних практически малоэффективна, также как и временная изоляция ребенка в домашних условиях, или тоже временное помещение в наркологический стационар, или разовое приглашение инспектора отделения профилактики правонарушений несовершеннолетних, часто используемое «с целью устрашения».

2. Начинаящий наркоман, несмотря на его установку оставить школу, должен оставаться как можно дольше в школьной среде и продолжать учебу, так как это один из существенных социально-психологических факторов противодействия нарастающей социальной дезадаптации подростка.

3. Профилактическая работа должна быть не только предупреждающей, но и активно направленной, а на этапе формирующейся зависимости обязательно комплексной с привлечением всех

специалистов, работающих с детьми, злоупотребляющими алкоголем и наркотиками.

Целевыми задачами такой комплексной деятельности являются:

- разъединение асоциальных групп, в которых практикуется постоянный прием токсических и наркотических веществ;
- объединенная помощь детям социального педагога, школьного психолога, врача, специалистов комиссии по делам несовершеннолетних в преодолении формирующейся зависимости и отклонений поведения;
- восстановление школьного статуса ребенка, бросившего прием токсико-наркотических веществ с коррекцией возникших у него пробелов в обучении и воспитании.

Дети и подростки, систематически употребляющие психоактивные вещества, как правило, характеризуется уже выраженными формами социальной дезадаптации с «домашним воровством», постоянными уходами из семьи, самовольным оставлением школы, стойкими асоциальными установками и склонностью к правонарушениям. Одновременно у них могут наблюдаться выраженные формы зависимости.

В настоящее время наиболее социально оправданной для последующей жизни ребенка, который начал наркотизироваться, является коррекция проблем его зависимости и отклонений поведения не в наркологических учреждениях, работающих по схеме «диспансер-больница», а в Центрах для консультативно-диагностической, оздоровительной, психолого-педагогической, социально-реабилитационной помощи и правовой поддержки детям и подросткам с зависимостью от наркотических средств. Они могут организовываться как в сети учреждений здравоохранения, так и сети учреждений с реабилитационной направленностью Министерства образования. Независимо от ведомственной подчиненности такие Центры должны одновременно выполнять функции регионального методического и координирующего органа по проведению в территории профилактической, психолого-педагогической и социально-реабилитационной работы с детьми, имеющими проблемы с зависимостью. Такая работа может быть также организована и должна проводиться в региональных Центрах социально-психологической поддержки и реабилитации Министерства образования. Целесообразно создавать при них, возможно на межведомственной основе, совместно с местными органами УВД, региональный банк данных по несовершеннолетним с проблемами зависимости. Эти



вичной профилактической работы, которая включает в себя два ведущих метода. Один из них — лекционно-информационный — является привычным для педагогов; другой — психологический — направлен на развитие личностных ресурсов и стратегий позитивного поведения у школьных специалистов.

Наш опыт показывает, что директивное внедрение такого метода работы обычно вызывает на первом этапе критическое или нигилистическое отношение, которое, как правило, в последующем преодолевается. Развитие данного направления работы в школе обеспечивается в первую очередь усилиями руководства школы, которое ставит перед педагогическим коллективом такую задачу. Разрабатывают методические основы этого направления в школе такие специалисты как школьный психолог, социальный педагог, учителя, подготовленные для активного сотрудничества с психологами в проведении активной профилактической работы в школе. В ряде случаев такая работа на первом этапе может быть обеспечена специалистами наркологической службы, которые подготовлены по психотерапии и для активной профилактической работы в школе.

Следовательно, чтобы обеспечить развитие в образовательном учреждении всех направлений первичной профилактической работы, необходимо в каждой территории для методического обеспечения первичной профилактической помощи на постоянной основе организовать межшкольные обучающие семинары для учителей, школьных психологов, социальных педагогов образовательных учреждений, социальных работников детства по методам и формам активной профилактической работы в образовательной среде, а также путем обмена новым опытом в этой работе. Программы семинаров должны носить практическую направленность, обучать навыкам отношения к ребенку, который начал употреблять психоактивные вещества, навыкам противодействия агрессивному поведению детей, средствам восстановления школьного статуса ребенка, бросившего употреблять психоактивные вещества. Через такие семинары необходимо распространять новый опыт по инновационным психолого-педагогическим методам формирования у детей ценностного отношения к своему здоровью и здоровому образу жизни, а также активные психологические установки противодействия приему наркотиков.

В заключение следует указать, что в рамках территориальных программ необходимо организовывать и проводить на межведомственной основе (совместно с ГУВД, Комитетом по делам семьи и молодежи) регулярный мониторинг распространенности

- в превентивных образовательных программах отдельно должен быть представлен аспект подготовки специалистов в области профилактики употребления психоактивных веществ — из числа педагогов, школьных психологов, социальных педагогов, инспекторов отделений профилактики правонарушений несовершеннолетних (ОППН). Для этой цели для методического обеспечения первичной профилактической помощи целесообразно в каждом регионе на постоянной основе организовать обучающие семинары для учителей, школьных психологов, социальных педагогов образовательных учреждений, социальных работников по формам предупреждения злоупотребления наркотическими средствами в детско-подростковой среде.

В своих основах первичная профилактическая помощь при распространении наркоманий в детско-подростковой среде должна опираться на школьную психологическую службу, на подразделения центров психолого-педагогической реабилитации и коррекции, на формирование широкой сети консультативных пунктов для детей и подростков. Все вместе они должны обеспечивать тесное межведомственное взаимодействие при работе специалистов с детьми группы риска по месту их жительства, а также родительских объединений, подростковых групп само- и взаимопомощи в школах и микрорайонах.

Активная антинаркотическая профилактика в образовательной среде реализуется параллельно по нескольким основным направлениям.

**Первое направление** — разработка образовательных программ, ориентированных на формирование у учащихся ценностного отношения к здоровому образу жизни.

В настоящее время необходимо методами активного просвещения и направленного, действенного воспитания найти достойное место в общеобразовательных программах основам здорового образа жизни, формированию простых ценностей радости и счастья от здоровья. Формировать у ребенка потребность быть здоровым, научить его избегать нажитых болезней, знать грозящие опасности и пути их предупреждения. Речь идет не о минимуме информации, а именно о задаче школы в формировании новой системы ценностей, ведущее место среди которых занимает здоровье. Именно то определение здоровья, которое сформулировано Всемирной организацией здравоохранения — **ЗДОРОВЬЕ** — это состояние, характеризующееся не только отсутствием болезней

или физических, психических дефектов, но и полным физическим, духовным и социальным благополучием. Необходимо, на наш взгляд, специально фиксировать внимание на проблеме здоровья, потому что мотивация здоровья и здорового образа жизни несомненно является одним из ведущих превентивных факторов защиты от вовлечения в употребление наркотиков. Образовательные превентивные программы должны быть основаны на дифференцированном подходе к детям с точки зрения их возраста (младший и средний школьный возраст) и их включенности в наркотическую ситуацию. Наиболее эффективен такой подход к детям с интактным характером представлений о наркоситуации и о наркотиках, к детям, не имеющим опыта контакта с подростками, включенными в наркотическую среду).

К этому направлению следует отнести образовательные программы, ориентированные на формирование у детей, начиная с младшего школьного возраста, ценностей и навыков здорового образа жизни. Внутри этих программ в идеале присутствуют:

- образовательный компонент — углубление знаний о ценностях здорового образа жизни и поведенческих навыках, облегчающих следование здоровому образу жизни, формирующих умение делать собственный выбор в отношении здорового образа жизни;
- психологический компонент — углубление знаний о себе, своих чувствах, формах реагирования, особенностях принятия решений; формирование позитивной концепции самосознания у ребенка;
- социальный компонент — активное формирование навыков коммуникабельности и общения, социальных навыков, необходимых для социальной адаптации, здорового образа жизни.

Реализация подобных программ могла бы осуществляться в рамках курсов валеологии, основ безопасной жизнедеятельности.

**Второе направление** — разработка авторских превентивных образовательных программ, ориентированных на предупреждение употребления психоактивных веществ.

Это превентивные, т.е. несущие определенный потенциал предупреждения от употребления психоактивных веществ, образовательные программы относятся к уровню активной первичной профилактической работы. Превентивные образовательные программы выполняют свое назначение, если в них достаточно глубоко проработаны следующие компоненты действенной, антинаркотической профилактики:

- образовательный компонент — знания о наркотических веществах и особенностях развития зависимости; знания о социальных и медицинских последствиях, к которым приводит зависимость при употреблении психоактивных веществ;
- психологический компонент — знание о себе и путях коррекции психологических особенностей личности, способствующих развитию зависимости от употребления психоактивных веществ, формирование устойчивой самооценки, умения сказать «нет», нести ответственность за себя и свой выбор, умения при необходимости обратиться за психологической, социальной или наркологической помощью;
- социальный компонент — формирование навыков общения, преодоления чувств вины, неуверенности, психологической зависимости.

**Третье направление** — разработка и внедрение в практику работы образовательного учреждения превентивных обучающих программ для учащихся.

Данная форма первичной профилактической работы в школе может проводиться с подростками среднего и старшего школьного возраста.

В этом направлении первичный профилактический уровень обеспечивается не педагогическими и воспитательными, а психологическими методами, ориентированными на развитие личностных ресурсов учащихся и стратегий их позитивного поведения.

В связи с этим разработка данного направления первичной профилактики в школе может быть решена только на основе глубоко продуманной стратегии развития антинаркотической работы. Данное направление следует считать высокоэффективным, но достаточно трудоемким и требующим квалифицированной подготовки школьного психолога, социального педагога, а также помощи учителей, подготовленных для активного сотрудничества с психологами в проведении активной профилактической работы в школе.

**Четвертое направление** — разработка превентивных обучающих программ — тренингов для специалистов образовательного учреждения и родителей.

Это направление активной профилактической антинаркотической работы ориентировано прежде всего на обучение и переобучение методам первичной профилактики педагогического состава школы и учителей-лидеров, которые проявили интерес активно сотрудничать со школьным психологом, школьным врачом, социальными педагогами в проведении антинаркотических программ. Данное направление также следует отнести к уровню пер-

периодом дисгармоничного пубертатного криза, в рамках которого преобладали реакции оппозиции и эмансипации. В структуре аномальных свойств личности имеет большое значение нарушенная самооценка. В наибольшей степени подвергается деформации образ «Я»: нарушенная самооценка в группе риска встречалась намного чаще, чем в благополучной подростковой среде. В качестве компенсаторного фактора нарушенной самооценки можно рассматривать раннюю половую жизнь подростков.

В настоящее время профилактика наркозависимости должна определяться принципами междисциплинарного взаимодействия и активной комплексной помощи, поэтому в ней задействованы представители различных профессий: врачи-наркологи, педагоги, психологи и сотрудники правоохранительных органов, но их взаимодействие в настоящее время слабо координируется. При проведении профилактических мероприятий игнорируются различия контингентов, являющихся объектом воздействия. В целом преобладает «медико-центрический» подход. Определяя систему мероприятий по профилактике наркозависимости в группах риска, следует учитывать контингент, к которому они обращены, с точки зрения вовлеченности в употребление ПАВ (интактные подростки, группа риска, зависимые), а также с учетом его статуса в микросоциальном окружении (семья, педагоги, сверстники). Общий каркас профилактических мероприятий включает в себя два подхода: информационный (в меньшей степени) и психокоррекционный, ориентированный на изменение личностного отношения (в большей степени). Информационное направление должно быть представлено не лекциями, а воспитанием через учебный предмет (когда информация «разнесена» по разным учебным дисциплинам). Психокоррекционная работа с подростками риска проводится в виде консультирования, тренингов в малых группах и ролевых игр, психотерапии. В основе методов психологического воздействия лежат принципы гештальт-терапии, позитивной, бихевиорально-когнитивной и клиентцентрированной психотерапии.

Только реализация принципов комплексной, адресной, мультидисциплинарной профилактики и коррекции способна высокоэффективно противостоять угрозе тотальной вовлеченности молодежи в прием ПАВ.

## Литература

1. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства. Руководство для врачей. М.: Медицина, 1993.

употребления ПАВ для систематического анализа региональных особенностей наркоситуации в детско-подростковой популяции, для выявления негативных тенденций ее развития и принятия упреждающих мер, позволяющих контролировать и активно воздействовать на наркоситуацию в регионе.

Последовательное, этапное и комплексное выполнение мероприятий, направленных на разрешение выделенных ключевых проблем, сделает работу по профилактике наркоманий и алкоголизма среди детей и подростков системной, конструктивной и позволит преодолеть негативные тенденции в развитии наркоситуации в детско-подростковой популяции России.

## Заключение

В заключение работы кратко обобщим изложенное, остановимся на перспективах.

Последние два десятилетия обозначились резким ростом потребления ПАВ молодежью. Распространенность группы риска по употреблению ПАВ к 16 годам достигает почти половины учащихся средних учебных заведений. Именно из этого контингента в дальнейшем формируется когорта наркологических больных. Интенсивный рост группы риска начинается с 12 лет и к 16 годам достигает максимума. Возможен благоприятный исход аддиктивного поведения (умеренное употребление алкоголя при отказе от других ПАВ) и прогредиентный — с формированием признаков зависимости. Превышение пороговой частоты (по данным А. В. Худякова — 1 раз в месяц) на начальном этапе употребления алкоголя отражает переход от бытовых (социально нейтральных) форм употребления ПАВ, определяемых культурными традициями большей части популяции с нормативным поведением, к форме, определяемой актуализирующейся потребностью в достижении состояния комфорта, при этом употребление ПАВ становится привычным способом разрешения проблем социальной адаптации. Этот переход сопровождается следующими феноменами:

- На психологическом уровне злоупотребление ПАВ на начальном этапе является видом копинг-поведения, когда подросток осознанно употребляет алкоголь для преодоления своих личных психологических проблем (например, стеснительности), при этом употребление ПАВ не является для него самостоятельной целью.
- При прогредиентном течении аддиктивного поведения происходит ослабление мотивов, препятствующих приему ПАВ,

что проявляется в форме группового влечения, так как внешний соблазн не встречает внутреннего сопротивления. Загорающееся психическое влечение формирует психологические защиты преимущественно в виде отрицания, генерализации, проекции и рационализации. В отличие от копинг-поведения, которое помогает, хотя и неэффективно, отсрочить решение проблемы, задача психологической защиты — устранить когнитивный диссонанс между продолжающимся злоупотреблением ПАВ и явным вредом, наносимым самому субъекту и его окружению. Одновременно может применяться несколько психологических защит, которые принципиально отличаются от копинг-стратегий также тем, что носят неосознаваемый характер. Формирование конкретного вида психологической защиты зависит от ряда факторов: личностных особенностей подростка, его интеллектуального уровня и ситуации (в частности, степени откровенности с объектом отношений и осведомленности последнего о характере злоупотребления). Имеет значение также и возраст: если для младших подростков характерны более примитивные формы защит в виде отрицания, то по мере взросления возрастает роль рационализации. Они имеют тесную связь с актуализацией влечения, приобретая по мере его усиления мировоззренческий оттенок со стереотипизацией установок. Указанная тенденция просматривается не только во время злоупотребления ПАВ, но и в период ремиссий.

- Влечение к ПАВ также способствует заострению личностных реакций, приводящих к учащению конфликтов и нарушениям различных форм социальной адаптации. Типичной является следующая последовательность: в первую очередь нарушается семейная адаптация, в дальнейшем — школьная, в последнюю очередь адаптация со сверстниками и другим окружением, завершая формирование генерализованного типа социальной дезадаптации. Такая последовательность отсутствует при развитии несовершеннолетнего в условиях безнадзорности, особенно когда родители сами злоупотребляют алкоголем.
- К числу социально-психологических факторов, влияющих на формирование прогрессивного течения аддиктивного поведения, относится неполная семья. Негативный характер влияния этого фактора в наибольшей степени сказывается на мальчиках. Роль неполной семьи опосредована фактором наследственности (распад семей чаще всего происходил под

влиянием злоупотребления алкоголем), так и фактором неправильного воспитания. Кроме безнадзорности, патогенным являлся также тип воспитания с противоречивой направленностью родительских установок.

- Подростки с аддиктивным поведением изначально характеризовались нарушенными взаимоотношениями с окружающими, при этом в наибольшей степени страдала откровенность с родителями (особенно с отцом) и учителями. Откровенность с окружающими имела ряд препятствий, главным из которых являлась боязнь ухудшения отношений и дискредитации в глазах значимого микросоциума.
- Семья часто становилась источником стрессорных влияний на подростков: они подвергались унижению, эмоциональному отвержению, стыдились своих родителей и испытывали чувство утраты.
- Особенности семейных отношений препятствовали удовлетворению жизненно важных потребностей подростков, в том числе и познавательных, которые у них были недостаточно сформированы. Круг их интересов в основном носил потребительский характер, одновременно они не были способны самостоятельно организовать свой досуг, в связи с чем предпочитали пассивное времяпрепровождение или участие в азартных играх. В результате в системе значимых отношений у подростков с аддиктивным поведением ведущую роль начинают играть сверстники с негативными установками, в том числе — потребители ПАВ.
- Совокупность указанных обстоятельств способствовала формированию девиантного, в том числе криминального, поведения. Последнее в основном характеризовалось корыстным характером и отмечались у каждого четвертого подростка еще до начала злоупотребления ПАВ, а после формирования зависимости — у подавляющего большинства.

Клинические предикторы, определяющие прогрессивную динамику АП, представлены рядом факторов. К ним относится наследственность, отягощенная алкоголизмом родителей, особенно возникшим до рождения ребенка. Особое значение в формировании прогрессивного течения аддиктивного поведения имеет церебрально-органическая неполноценность резидуального характера. Прогрессивное течение аддиктивного поведения сопряжено с патохарактерологическим формированием личности. При этом начало злоупотребления ПАВ в большинстве случаев совпадало с

2. Бетенски М. Что ты видишь? Новые методы арт-терапии. М.: Эксмо-пресс, 2002.
3. Бронин С. Я. Малая психиатрия большого города. М.: За-кат, 1998.
4. Вострокнутов Н. В., Дозорцева Е. Г., Пережогин Л. О., Ру-сина В. В. Социальная и психиатрическая помощь детям с риском безнадзорности и криминальной активности. Методические реко-мендации. М.: РИО ГНЦ ССП им. В. П. Сербского. 2002.
5. Вострокнутов Н. В., Пережогин Л. О. Диссоциальное рас-стройство личности несовершеннолетних: диагностика, коррекция, профилактика, принципы правовой поддержки. Аналитический об-зор. М.: РИО ГНЦ ССП им. В. П. Сербского. 2003.
6. Вострокнутов Н. В., Харитоновна Н. К., Игонин А. Л., Пере-жогин Л. О. Организационно-методические основы психотерапев-тической и психокоррекционной работы с детьми группы риска употребления психоактивных веществ. Методические рекоменда-ции. М.: РИО ГНЦ ССП им. В. П. Сербского, 2004.
7. Вострокнутов Н. В., Харитоновна Н. К., Пережогин Л. О., Ко-лосов В. П. Психопрофилактическая работа с несовершеннолетни-ми, имеющими высокий риск наркотизации. Основы семейного консультирования. Методическое пособие. М.: РИО ГНЦ ССП им. В. П. Сербского. 2002.
8. Вострокнутов Н. В., Харитоновна Н. К., Пережогин Л. О., Ху-дяков А. С., Колосов В. П., Лесогорова А. Ю. Семья как объект анти-наркотической профилактической работы. Руководство для школь-ных и клинических психологов, специалистов образовательных уч-реждений, социальных работников. М.: Министерство образова-ния РФ, 2002.
9. Гурьева В. А., Дмитриева Т. Б., Макушкин Е. В. и др. Клини-ческая и судебная подростковая психиатрия. М.: Медицинское ин-формационное агентство, 2007.
10. Заваденко Н. Н. Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте. М.: Академия, 2005.
11. Карл Г., Бойз Д. Гипнотерапия. Практическое руководство. М.: Эксмо-пресс; СПб.: Сова, 2002.
12. Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста. Руководство для врачей. М.: Медицина, 1995.
13. Леонгард К. Акцентуированные личности. Киев, Вища школа, 1981.
14. Майерс Д. Социальная психология. СПб.: Питер, 1996.
15. Международная классификация болезней, травм и при-чин смерти 10 пересмотра. Класс V — психические расстройства и

расстройства поведения. Адаптированный для использования в РФ. Редакторы Голланд В. Б., Дмитриева Т. Б., Казаковцев Б. А. М.: Министерство Здравоохранения РФ, 1998.

16. Пережогин Л. О. Несовершеннолетние с беспризорностью и криминальной активностью как объект психиатрической помощи // Всероссийская научно-практическая конференция «Актуальные вопросы детской психиатрии» (Материалы конференции). Саратов. 25-28 сентября 2006 г.

17. Пережогин Л. О. Тренинговая профилактика синдрома зависимости у детей и подростков. // Материалы XI международного симпозиума «Эколого-физиологические проблемы адаптации». 27-28 января 2003 г., Москва. М.: РУДН, 2003

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

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

20. Пятницкая И. Н., Найденова Н. Г. Подростковая наркология. Руководство для врачей. М.: Медицина, 2002.

21. Рудестам К. Групповая психотерапия. СПб.: Питер Ком, 1998.

22. Худяков А. В. Распространенность аддиктивного поведения подростков и его социально-психологические основы // Актуальные проблемы реабилитации больных алкоголизмом и наркоманией. Сборник трудов. М., 1994

23. Шнайдер К. Клиническая психопатология. Киев, Сфера, 1999.

24. Эллис А. Гуманистическая психотерапия: рационально-эмоциональный подход. СПб.: Сова; М.: Эксмо-пресс, 2002.

25. Groder M. G. Asklepieion: effective treatment for felons. // Transactional analysis: principles and application. Boston, Allyn & Bacon, 1976.

26. Guerney B. Relationship enhancement: skill training programs for therapy, problem prevention and enrichment. San Francisco, Jossey Bass, 1977.

27. Kelley C. Assertion training: a facilitator's guide. La Jolla, California: University association, 1979.

28. Luft J. Group processes: an introduction to group dynamics. Palo Alto, California. National press, 1970.

29. 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.

30. Multiaxial classification of child and adolescent psychiatric disorders. WHO. 1996.

31. Naumburg M. Dynamically oriented art-therapy: its principles and practices. NY.: Grune & Stratton, 1966.

32. Perls F. S. The Gestalt approach and eye witness to therapy. Palo Alto, California. Science books, 1973.

33. Pierrakos J. C. Core-energetic processes in group therapy // Group therapy theory and practice. NY.: Free press, 1978

34. Yalom I. D. A study of group therapy dropouts. // Archive of general psychiatry, 1966, № 14 pp. 394-414

35. Yalom I. D. Theory and practice of group psychotherapy. NY.: Basic Books, 1975. — 366 p.

врачей-психиатров на оказание помощи при тяжелой патологии (психотических расстройствах, умственной отсталости, выраженных задержках психического развития и т.д.) в ущерб преобладающим в детской и подростковой популяции органическим и невротическим расстройствам и пограничной патологии развития; (5) игнорирование родителями болезненного характера имеющихся нарушений у детей и из-за страха перед обращением в психиатрический диспансер в связи с боязнью связанных с этим социальных ограничений.

Таким образом, налицо острое противоречие между необходимыми и реализуемыми мерами профилактической и реабилитационной направленности.

Говоря о психическом здоровье в целом, о психическом здоровье детей и подростков, в особенности, следует исходить из того, что концепция здоровья, развиваемая Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) предполагает достижение «состояния полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствия болезней и физических дефектов». В этом плане говорить о достижении здоровья можно лишь тогда, когда мы видим у индивида весь спектр возможностей по адаптации к окружающей среде и рост потенциала жизнедеятельности. По определению В. Я. Семке (1992, 1994) это «состояние динамического равновесия индивида с окружающей его средой, когда заложенные в его биологической и социальной сущности способности проявляются наиболее полно, а все жизненно важные системы функционируют с оптимальной интенсивностью». Таким образом, психическое здоровье должно определяться как минимум, по 5 направлениям: (1) физическому (т.е. трудно говорить о психическом здоровье при наличии телесного недуга; любое соматическое заболевание неизбежно ведет к сопутствующему психическому расстройству (хотя бы на синдромальном уровне), по крайней мере — в период своего существования); (2) собственно психическому, душевному (включает весь известный нам спектр психических расстройств); (3) социальному (социальное благополучие и достижение приемлемого уровня социального функционирования, обладание определенными социальными благами и достижение социальной справедливости, в том числе — общественного признания); (4) ролевой деятельности (на работе и в семье, соответствие этой деятельности параметрам аутоидентификации); (5) качества жизни (т.е. собственным субъективным восприятием благополучия/неблагополучия, с оценкой своего текущего состояния и перспектив развития).

## **Программа профилактики и коррекции психических расстройств, ассоциированных с асоциальным поведением у детей и подростков**

Реализация реабилитационных и профилактических мероприятий в отношении несовершеннолетних беспризорных и безнадзорных, а также несовершеннолетних правонарушителей, как правило, сталкивается с тем, что они лишены комплексности, целостности — как на этапе планирования, так и в ходе реализации. Работниками образовательных учреждений, на которых возложена реализация данных программ, не в полной мере учитываются стереотипы поведения беспризорных, наличие саногенных и присутствие вторичных патогенных факторов, сложность и мультимодальность самой клинической картины психических расстройств, обуславливающих антисоциальное поведение и в свою очередь — вытекающих из него. Этим фактом продиктована необходимость создания единой программы профилактики психических расстройств, ассоциированных с антисоциальным поведением.

## **Современная парадигма профилактики психических расстройств у детей и подростков**

Каждая эпоха в развитии цивилизации может быть охарактеризована через отношение общества к проблеме психического здоровья, в частности — психического здоровья детей. В начале второго тысячелетия в средневековой Европе от детей, страдавших психическими расстройствами, старались как можно быстрее избавиться. Самым гуманным способом была передача такого ребенка в подземелья ближайшего монастырского приюта, но в большинстве случаев ребенка, обнаруживавшего очевидные признаки психического расстройства, ждала голодная смерть в лесной чаще. По мере развития цивилизации все больше места находилось состраданию: после Великой Лондонской чумы и Великого Лондонс-

кого пожара (1666) горожане «лишь стоило появиться на улице безумному или калеке, или женщине с больным ребенком, выносили еду и протягивали медяки, ведь всем хотелось быть добрыми христианами, настолько напугал лондонцев Божий гнев». В начале XX века в отечественной и зарубежной психиатрии уже господствовали две основополагающие гуманистические тенденции: (1) психиатрия, продолжая оставаться самостоятельной клинической научной дисциплиной, стала все более глубоко внедряться в повседневную жизнь, вторглась в смежные с ней немедицинские отрасли — социологию, педагогику, психологию, право; (2) психиатрия заимствовала из смежных немедицинских отраслей, а также из других клинических наук, ряд концептуальных положений, в том числе — концепцию профилактики психических расстройств (по аналогии с профилактикой соматической патологии, травм, инфекционных заболеваний, преступности, бедности и т.д.). На протяжении всего последнего столетия профилактическая психиатрия поступательно развивалась, и сегодня, в начале третьего тысячелетия, стала, по сути, самостоятельным разделом психиатрической науки и практики.

Современная профилактическая психиатрия является интегративной наукой, объединяющей изучение конституционально-генетических, включая морфологические и иммунные, популяционно-эпидемиологических, социально-психологических и клинко-динамических аспектов психических расстройств в контексте достижения первичного профилактического и вторичного — реабилитационного — результата.

Достижение указанного результата представляется возможным при соблюдении по крайней мере трех условий.

(1) Должен быть осуществлен (на основании широкомасштабных исследований) выбор приоритетных направлений в области профилактики психических расстройств, определение целей и задач (уровень научного планирования)

(2) Должны быть спланированы и осуществлены (на региональном, государственном, международном уровне) меры по широкомасштабной скрининговой диагностике психических расстройств, что позволит прогнозировать развитие ситуации в сфере психического здоровья (включая наркологическую ситуацию), выявить факторы риска, определить комплекс саногенных и патогенных факторов при отдельных нозологических формах (уровень популяционного исследования)

(3) Должны быть разработаны и реализованы программы ранней диагностики и профилактики и реабилитации при широком

спектре психических расстройств (уровень клинической реализации) с последующим мониторингом динамики ситуации.

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

В. Ф. Шалимов (2007), анализируя сложившуюся ситуацию, пришел к выводу, что существует по крайней мере несколько причин, обусловивших негативную динамику в детской и подростковой психиатрии, в частности: (1) исключение врача-психиатра из участия в диспансеризации детей; (2) недостаточное развитие медико-социальных учреждений реабилитационного типа; (3) отсутствие у врачей в первичном звене здравоохранения знаний и навыков раннего выявления психических расстройств; (4) ориентация



сколько — субъектом взаимодействия с родителями, педагогами, врачами, другими детьми, обществом в целом; (5) ведущим фактором формирования социальных навыков является семья — как среда, оптимальная для развития ребенка; (6) нарушение процессов развития и социализации в силу внешних и внутренних причин позволяет выделять группы риска по формированию психических расстройств.

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

3. Концепции групп риска. Под «группами риска» принято понимать большие контингенты детей, в которых в силу дистрессового воздействия значительно (по сравнению с популяцией) возрастает частота определенных психических расстройств. Рядом авторов описаны специфические психические расстройства в группах риска — прежде всего, депрессии, острые аффективные реакции, психогенные развития (Дмитриева Т. Б., 1981; Гурьева В. А., 1996; Pound A., Puckering C., 1998; Солоед К. В., 1998; Kaplan, H. V. et al., 2000; Вострокнутов Н. В. с соавт., 2002; Шалимов В. Ф., 2007; Макушкин Е. В., 2009 и др.). Но в группах риска в большей степени встречаются неспецифические патологические состояния — задержки интеллектуального развития и парциальное снижение интеллекта, стойкие изменения эмоционально-личностного реагирования, нарушения коммуникации, волевые расстройства, сомато-вегетативные реакции, неспецифические органические симптомы (Алмазов Б. Н., 1986; Дмитриева Т. Н., 1998; Andrews J. A.; Capaldi, D., 2000; Шевченко Ю. С. с соавт., 2001; Гурьева В. А. с соавт., 2009 и др.). Эти состояния трудно сопоставимы с определенным нозологическим или синдромальным диагнозом, однако они создают

Отдельным параметром должно, вероятно, рассматриваться общественное психическое здоровье — не в контексте совокупности психического здоровья индивидов, а как качественно более высокий уровень, обеспечивающий совокупность условий для достижения психического здоровья индивидами. Если исходить из классической парадигмы клинической психиатрии, подразумевающей три уровня психических расстройств — психотический, сопровождающийся грубой дезорганизацией психической деятельности, имеющей преимущественно биологическую природу, невротический — социогенный, с преимущественным вовлечением эмоционального и сомато-вегетативного круга расстройств, психопатический — смешанный биологический и социогенный характер происхождения, преобладание личностной патологии, то профилактика психических расстройств возможна на всех трех уровнях: (1) на невротическом уровне она будет носить характер первичной профилактики (недопущение возникновения расстройства); (2) на психопатическом уровне — вторичной профилактики (недопущение обострений, развития, социальных последствий, профилактика коморбидных состояний); (3) на психотическом уровне — третичной профилактики (реабилитация, реинтеграция в общественную среду, повышение качества жизни).

Современная психиатрия детского возраста добавляет в данный континуум еще два основных направления: психическое здоровье ребенка не может рассматриваться вне контекста его развития; психическое расстройство может не достигать по степени своей выраженности нозологического уровня, а присутствовать лишь на уровне реакций, патологических состояний, затяжных состояний — развитий (в представлении К. Ясперса). Это существенным образом затрудняет диагностическую работу с использованием распространенных скрининговых методик. Их валидность в детском и подростковом возрасте значительно уступает показателям взрослых лиц. В то же время за рубежом в последние 20-30 лет по-прежнему широко распространена практика скрининговых исследований, охватывающих 100% детской популяции (например, шкалированными опросниками, направленными на выявление расстройств аутистического спектра).

Стандартные методики диагностики расстройств аутистического спектра представляют собой тематические опросники, применяющиеся для скрининга данной патологии в популяции или в группах риска (дети с нарушениями в развитии). Наиболее широко используются Опросник для диагностики аутизма (пересмотренная версия) (ADI-R), который представляет собой, по сути, план

беседы врача с родителями, а также Шкала наблюдения для диагностики аутизма (ADOS) и Оценочная шкала детского аутизма (CARS), представляющие собой не более чем структурированные и систематизированные перечни симптомов расстройств аутистического спектра, зафиксированных в МКБ -10 и DSM — IV (критерии двух ведущих классификационных систем в отношении расстройств аутистического спектра практически идентичны). Данные шкалы были разработаны с целью передачи первичной диагностики расстройств аутистического спектра от врачей-психиатров врачам общей практики и семейным врачам, однако, накопленный в США и странах Европы опыт показал, что они не способствуют выполнению поставленных задач: в частности, вопреки широкому использованию оценочных шкал (в 18 и 24 месяца), средний возраст диагностики аутизма в США составил 5,7 лет, а 30% верифицированных диагнозов ставится в возрасте 8 и более лет. Таким образом, несмотря на имеющиеся данные о клинической специфичности используемых шкал, многие специалисты и национальные регулирующие органы за рубежом склонны рассматривать их не более, чем инструмент на первичном (оценочном) этапе диагностики. Всеми признано, что клиническое наблюдение специалистом (врач-психиатр, специально обученный педиатр или врач общей практики) значительно превосходит по валидности любой из имеющихся тестов.

Таким образом, для решения задач скрининговой диагностики и мониторинга психических расстройств необходимо обеспечить проведение клинического исследования, что практически невозможно осуществить силами имеющихся в любой стране врачей-психиатров. Этим фактом обусловлена общемировая тенденция по распространению психиатрических знаний среди врачей общей практики и педиатров, перенесение всей массы первичной диагностики с собственно психиатрического на общемедицинское звено системы здравоохранения. В детской практике к диагностической работе все шире привлекаются специалисты, работающие в системе образования. Таким образом, одной из ключевых задач профилактической психиатрии становится задача просвещения, информирование специалистов смежных отраслей и самых широких слоев населения об основных проблемах психического здоровья. Общеизвестно, что исследования ученых могут контрастировать с отношением населения к ряду факторов, влияющих на психическое здоровье: например, социологические исследования показали, что среди факторов, ухудшающих самочувствие, менее 20% населения отметили курение, злоупотребление алкоголем, дисгар-

монию в сексуальных отношениях, неудачи в делах, употребление некачественной пищи.

В рамках профилактической психиатрии обязательно учитываются ряд сложных, комплексных аспектов, определяющих взаимодействие индивида (в особенности — ребенка) с его окружающей средой. К таким аспектам относятся (1) экологический — многие люди проживают в заведомо неблагоприятной окружающей среде, в силу чего их адаптационные возможности оказываются резко снижены, что в свою очередь, влияет на психическое здоровье (рост алкоголизма у народов крайнего Севера, рост суицидов у жителей мегаполисов, психические расстройства у работников, связанных с экстремальными условиями труда, нарушения развития и социальных навыков у воспитанников детских домов и т.д.); (2) культуральный и этнологический аспект, включая аспекты современных субкультур, столь характерных для подросткового возраста и функционирование внутри виртуальных кибернетических пространств (социальные сети, сетевые игры и т.д.); (3) роль патогенных и саногенных факторов в микроокружении, их патогенетическое и прогностическое значение. Некоторые из названных выше параметров поддаются изучению, могут быть «взвешены и измерены», но многие предполагают лишь качественную оценку.

Важным фактором, вошедшим из клинической медицины в профилактическую психиатрию, является фактор, оценивающий состояния компенсации и декомпенсации. В рамках оценки общего состояния индивида оценивается не столько формальное состояние его психического здоровья, сколько его способности к полноценному психическому функционированию. В контексте детской и подростковой модели профилактики и реабилитации это приобретает следующие концептуальные формы «мишеней» для профилактической работы:

1. Концепции развития-социализации. Это основополагающее положение социальной психиатрии детского возраста, предполагающее что: (1) дети и подростки, находящиеся в процессе психического и социального развития (усвоения социальных навыков) испытывают значительное, по последствиям сильно превышающее таковое у взрослых, влияние окружающей социальной среды; (2) многие социальные факторы, нейтральные для взрослых, являются патогенными для детей и подростков (разлука с близкими, нахождение в условиях клиники или приюта, влияние микроокружения); (3) социальные факторы, также, как и биологические, могут вызывать нарушения развития — дизонтогенез (Сухарева Г. Е., 1959); (4) ребенок является не столько объектом воздействия,

ностики и оценки психических расстройств детского возраста: онтогенетический (эволюционно-динамический) и биопсихосоциальный, что позволило рассматривать закономерности психического развития через призму медико-биологических и социально-психологических факторов. На современном этапе развития психиатрии детского возраста такой подход является доминирующим в работах отечественных клиницистов.

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

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

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

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

В силу специфики учреждений, на базе которых проводилась наша работа, в исследование не включались подростки, обнаруживающие при поступлении в учреждения признаки психотической психопатологической симптоматики, симптомы острых инфекционных заболеваний и иных urgentных соматических патологических состояний. Оценка клинического состояния и дифференциальная диагностика психических расстройств проводилась на основании диагностических критериев МКБ-10 (адаптированный вариант для использования в Российской Федерации, 1998); для система-

неблагополучную «психопатологическую почву» реализуясь (в свой час) уже в форме клинически очерченных патологических состояний. На определенном этапе их «альтерерирующее воздействие проявляется вовне, обуславливая возникновение симптомов и синдромов и знаменуя переход болезни на качественно новый — клинический уровень» (Давыдовский И. В., 1962).

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

Говоря о «мишенях» профилактической работы, многие исследователи приводят целый континуум патологических и пограничных состояний, которые, будучи ассоциированы с внешним (стрессовым любого генеза) или внутренним (эндогенным) патологическим радикалом, могут провоцировать широкий спектр психических расстройств и вторичных по отношению к ним расстройств социальной адаптации и поведения (школьная неуспешность, бродяжничество, криминальное поведение и т.д.). Основное место в данном континууме традиционно отводится следующим состояниям:

(1) Факторы риска и определяемые их воздействием группы риска (см. выше). Ю. П. Лисицын (1995) считал, что 50-55% риска возникновения патологии определяется стилем жизни индивида, 20-25% — это вклад неблагоприятных условий окружающей среды, 15-20% определяется конституцией, а 10-15% — успехами и неудачами оказания медицинской помощи.

(2) Аномальные личностные реакции — совокупность форм аномального реагирования, сопровождающихся утратой приспособительного характера, ломкой ранее сформированных механизмов психической защиты, фиксацией на узком, ограниченном кру-

ге аффективных переживаний, утрата в дальнейшем связи с психотравмирующим фактором, «питание» за счет внутреннего патологического ресурса, появление ригидных форм аномального реагирования, ассоциированных с тревогой, сопровождающихся функциональными соматическими и нейродинамическими сдвигами (Семке В. Я., 1988).

(3) Акцентуации характера (в понимании К. Леонгарда и шире) не достигающие психопатического уровня деформации личности «необычайные натуры» и «своеобразные личности» с преморбидной уязвимостью в плане переносимости ряда социально-психологических ситуаций.

(4) Тревожные, тревожно-ригидные типы, с элементами психастении (в понимании П. Б. Ганнушкина), испытывающие перманентное напряжение, чувство угрозы, трудно меняющие внутреннюю программу деятельности. По сути это личности, особенно склонные к формированию невротических реакций (снижение барьера адаптации в понимании Ю. А. Александровского).

(5) Лица, обнаруживающие склонность к аддиктивному поведению (в широком смысле) и формированию неэффективных копинг-стратегий.

При анализе описанных выше «мишеней» профилактики встает непростой вопрос: о какого рода профилактике должна идти речь? Данные состояния не могут быть однозначно отнесены ни к здоровью (когда речь шла бы о первичной профилактике, применении сберегающих здоровье технологий), ни к патологии (когда речь идет, применительно к пограничным состояниям, о вторичной профилактике). В условиях современной психиатрической помощи, в особенности — детям и подросткам — представляется единственно возможным говорить о едином профилактическом пространстве, обеспечивающем формирование устойчивой психической адаптации, обеспечивающей формирование предикторов здоровья.

### **Структура психических расстройств, ассоциированных с асоциальным поведением у детей и подростков**

Различными специалистами, работающими в области детской и подростковой психиатрии, приводятся существенно различающиеся данные относительно характера и частоты встречаемости различных форм психических расстройств среди несовершеннолетних, ведущих асоциальный образ жизни. Это обусловлено как неопределенностью термина «асоциального поведения», так и теми

фактами, что (1) исследователи имеют дело с ограниченными выборками подростков, (2) обследуемых локально в схожих условиях, причем выборки часто имеют (3) региональную и этническую специфику, охватывают (4) различные возрастные группы и различаются по половому составу, (5) многие патологические состояния, не достигшие собственно нозологического уровня и не подпадающие под формальные критерии МКБ-10, трактуются специалистами субъективно. В то же время при разработке комплексных моделей профилактики и реабилитации принцип нозологической профилактики играет сегодня относительно малую роль, уступив место, по большей части, идее достижения социальной адаптации и личностной гармонии, пришедшей из психологии психотерапевтического воздействия.

Долгое время в отечественной психиатрии доминировало представление о патологических и непатологических формах нарушений поведения. В. В. Ковалев (1979) предлагал считать патологическими такие формы девиантного поведения, которые реализуются не только в благоприятной микросоциальной среде, но и за ее пределами и характеризуются стереотипностью, полиморфизмом, сочетанием с неспецифическими и невротическими симптомами астенического, аффективного, сомато-вегетативного характера. В рамках современного представления о психических расстройствах у детей и подростков, объединяющего при диагностике как собственно, психопатологические феномены, так и показатели соматического здоровья, социального функционирования, включая школьную успешность, семейное благополучие, микросоциальное взаимодействие, в контексте текущих процессов психического развития разделение на патологические и непатологические формы нарушений поведения утратило свое значение, поскольку и сами границы патологического и непатологического оказались сильно размыты. Вследствие указанных причин социальный запрос на диагностику, профилактику и коррекцию (в широком смысле слова) психических расстройств у детей и подростков сместился из системы здравоохранения в систему образования и охраны правопорядка, а методы профилактики и коррекции существенным образом сместились в сферу психологии и психотерапии.

В нашем исследовании клинический материал набирался в Центре временной изоляции несовершеннолетних правонарушителей (ЦВИНП) ГУВД г. Москвы и созданном на его базе социальном приюте, специализированной школе закрытого типа для несовершеннолетних с девиантным поведением г. Анны Воронежской области, социальном приюте «Красносельский» УО ЦАО г. Москвы, Центре психолого-педагогической реабилитации и коррекции «Крестьянская застава» (ГОУ ЦППРК) ЮВАО г. Москвы. В ходе выполнения исследования мы опирались на два основных принципа диаг-

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

Это, вероятно, связано с необходимостью соблюдения целого перечня формальных процедур, необходимых для получения социальной помощи. Ряд социологических исследований за рубежом показывает, что многие социально благополучные, но бедные семьи также избегают обращаться за помощью, мотивируя это большим количеством бюрократической волокиты — см. например Майерс Д. Социальная психология. СПб.: Питер, 1996.

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

Поскольку пятая ось многоосевой классификации ВОЗ — сопутствующие аномальные психосоциальные ситуации — носит интегративный характер, и включает в себя большинство состояний, не кодируемых по МКБ-10, либо кодируемых в рубрике Z (Класс XXI — Факторы, влияющие на состояние здоровья и обращение в учреждения здравоохранения), т.е. сугубо статистическом разделе МКБ-10, она позволяет косвенно оценить социальную подоплеку психических расстройств и нарушений поведения несовершеннолетних, что особенно важно в контексте социальной психиатрии детства, на концепции которой опирается наше исследование. Обращает на себя внимание прежде всего значительно более выраженные негативные показатели, наблюдающиеся в группе ББ. Таким образом, можно предполагать, что уход из семьи вызван в этой группе собственно неблагоприятными семейными обстоятельствами и является вынужденным. Согласно современной парадигме профилактической помощи (см. предыдущий раздел), эта категория патологических состояний — **объекты первичной доклинической социальной профилактики**.

Бесспорно, одним из самых важных показателей социальной адаптации несовершеннолетнего и характера его референтной группы является **обучение в школе**. Так, среди несовершеннолетних правонарушителей 17 (11,3%) никогда не посещали школу, а на момент совершения противоправных действий 134 (89,3%) не учились. Большинство подростков группы НП (128 — 85,3%) соверши-

тики выявленных феноменов использовалась в соответствии со стандартами ВОЗ, многоосевая классификация психических расстройств у детей, базирующаяся на МКБ-10 в качестве клинической классификации психических расстройств (Multi-axial classification of child and adolescent psychiatric disorders. WHO. Cambridge university press, 1996).

Огромным преимуществом используемой ВОЗ (в России разрешена к использованию, но официально используется только в усеченном, базисном виде) многоосевой классификации является учет не только психопатологической составляющей психического расстройства, но и состояния соматического здоровья, характера развития, патологических факторов микросреды, характера психического функционирования. Это в значительно большей степени соответствует озвученной выше концепции здоровья, принятой ВОЗ.

Таким образом, мы постарались охватить в рамках одного исследования основные формы асоциального поведения (криминал, уходы из дому, систематическое бродяжничество, саморазрушающее девиантное поведение и т.д.).

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

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

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

Для подростков обеих групп были характерны признаки социального неблагополучия в семьях, неполные семьи (как правило, без отца) либо вовсе — отсутствие семьи (социальное, реже — физическое сиротство, сопровождавшееся воспитанием в детском доме). Показатели семейного анамнеза и обнаруженные статистически достоверные различия между группами НП и ББ отражены в таблице 2.

**Таблица 2**  
**Семейный статус несовершеннолетних правонарушителей,**  
**беспризорных и безнадзорных**  
**в сравнении с контрольной группой**

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

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

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

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

Отдельно следует остановиться на динамике развития семьи и внутрисемейных отношений, складывающихся вокруг несовершеннолетних обеих групп. Большинство наблюдавшихся нами подростков из многодетных семей — младшие дети. Их старшие братья и сестры, как правило, вполне социально благополучны, поскольку родились и выросли в то время, когда семейные отношения отличались стабильностью. На долю младших детей приходится период внутрисемейных конфликтов и распада семьи, глубокой социальной деградации родителей, резкого снижения семейного благосостояния.

Сходную эволюцию семейных отношений рисует О. Шпенглер в начале XX века в Германии. Согласно его концепции, семья имеет период восхождения по социальной лестнице — дети крестьян становятся ремесленниками и лавочниками, внуки — высококвалифицированными рабочими и инженерами, правнуки — интеллигенцией (врачи, учителя, судьи), праправнуки — представителями творческих профессий; затем следует быстрый и катастрофический спуск — алкоголь, сифилис, немилость монархов низвергает их на самое дно. См. Шпенглер О. Закат Европы. Очерки морфологии мировой истории. М.: Мысль, 1998. ТТ. 1-2.

**Таблица 3**  
**Частота встречаемости сопутствующих**  
**аномальных психосоциальных ситуаций**  
**по группам несовершеннолетних (в процентах)**

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

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

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

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

ствия», например, словесная перепалка в ответ на сделанное замечание перерастала в драку, драка — в избиение, избиение — в умышленное убийство; у большинства подростков второе место занимали мотивы подчиняемости, как правило — старшим в группе, в том числе лицам, имеющим устойчивую криминальную ориентацию; на третьем месте по частоте расположились аффектогенные мотивы.

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

**Соматические расстройства** у несовершеннолетних правонарушителей, беспризорных и безнадзорных встречались в половине случаев — у 86 (57,3%) подростков группы НП и у 53 (46,1%) в группе ББ. В контрольной группе соматическая патология была выявлена у 41 (35,3%) подростка. Не имея возможности (а в ряде случаев — достаточной квалификации) для самостоятельной соматической диагностики, мы пользовались уже установленными верифицированными диагнозами: для воспитанников ЦВИНПа — врачом педиатром ЦВИНПа, для воспитанников спецшколы — врачами детской поликлиники, наблюдавшими воспитанников, для социального приюта — врачами ДГКБ № 1 г. Москвы, где дети находились на карантине до перевода в приют. В контрольной группе сведения фиксировались со слов родителей и по данным медицинских карт. Интегративную оценку здоровья ребенка осуществляли по шкале Дж. Грефа (J. W. Graef, 1994).

Далее в соответствии с рекомендациями ВОЗ учитывались существующие продолжительное время соматические патологические состояния, часто сочетающиеся с психическими расстройствами и расстройствами поведения (по рекомендации ВОЗ, 1996). Нетрудно заметить, что по 4 оси многоосевой классификации группы НП и ББ очень схожи и обе существенно отличаются от группы К. Вероятно, подобная картина отражает факт наличия/отсутствия социального неблагополучия, не будучи связанной с его (во многом искусственно) выделенными формами. В то же время представляется возможным выделить группы состояний, в той или иной мере

ли криминальные действия в течение года после ухода из школы. Среди подростков группы ББ никогда не посещали школу 9 (7,8%) человек, столько же посещали вспомогательную школу. В то же время 24 (20,8%) подростка в группе неграмотны, а 78 (67,8%) имеют только начальное образование.

Уход подростка из учебного заведения происходил, как правило, не спонтанно. Первые 1-3 года учебы большинство подростков обеих групп мало отличались от сверстников. Они удовлетворительно или хорошо успевали по большинству предметов, в иерархии класса занимали средние, а иногда и лидерские позиции, были на хорошем счету у педагогов. Однако уже на 2-4 году учебы у них снижалась успеваемость, они переставали выполнять домашние задания, начинали систематически без уважительных причин пропускать занятия, утрачивали дружеские и приятельские отношения с одноклассниками, более ориентируясь на дворовые полукриминальные подростковые группы. Подростки группы ББ одновременно утрачивали и внутрисемейные связи. Заключительный этап, характеризующийся уходом из школы сопровождался нарастанием внутришкольных конфликтов, дистанцированием от социализированных сверстников, ростом негативного отношения к подростку со стороны учителей и родителей одноклассников, часто в связи с оппозиционно-вызывающими и провокационными поступками самого подростка. Школу подростки бросали на 4-7 году обучения. Для подростков группы ББ было характерно раннее оставление школы и параллельный уход из семьи.

Большинство подростков групп НП и ББ, и даже некоторые дети из контрольной группы, негативно относились к обучению, не видели ценности в образовании. Они ссылались на своих родителей и старших знакомых, которым образование часто служило помехой в поиске доступной работы, охотно приводили примеры успешной (как правило, криминальной) коммерческой деятельности необразованных людей. Многие подростки активно стремились зарабатывать деньги, считая заработки главным критерием социального успеха. Некоторые (23,3% в группе НП и 33,9% в группе ББ) занимались неквалифицированным трудом — мыли автомобили, разносили рекламные листовки, выполняли черную работу на рынках, грузили товар на складах. Небольшое число подростков работали на относительно квалифицированных видах работ — курьерами, продавцами. Кое-кто промышлял проституцией. Однако большинство несовершеннолетних в качестве предпочтительных источников заработка указывали попрошайничество и криминальный заработок. Попрошайничеством систематически занимались 68,7%

подростков в группе НП и 89,6% в группе ББ (различия достоверны,  $t \geq 2$ ,  $P \leq 0,05$ ). Криминальный заработок как источник существования (преимущественно — систематические кражи, например, из автомобилей, с пустующих дач, грабежи) был характерен для 77,3% несовершеннолетних правонарушителей (различия достоверны,  $t \geq 2$ ,  $P \leq 0,05$ ). Показатели криминальной активности подростков группы НП отражены в таблице 4 (**криминальная активность** несовершеннолетних оценивалась по 55 показателям).

Большинство подростков группы НП совершили 2-3 правонарушения (максимум — 17), подпадающих под квалификацию преступлений особенной части УК РФ. Половина подростков совершали однородные деликты. Более половины совершали групповые криминальные действия, в том числе — в составе групп с участием совершеннолетних. Основанием для освобождения от уголовной ответственности во всех случаях являлся возраст несовершеннолетних. Большее число правонарушений было характерно для НП с формирующимися расстройством личности и умственной отста-

лостью. Самым частым правонарушением являлись кражи. В ряде наблюдений кражи носили стереотипный характер, в частности, один из подростков обнаружил, что благодаря своему маленькому росту и худобе он может легко проникать в киоски, торгующие гамбургерами, через люки, предназначенные для загрузки емкостей с водой: в течение недели он украл продукты и часть выручки из 13 таких киосков. Грабежи совершались, как правило, на улице, самыми частыми объектами являлись шапки и сумки. Подростки признавались, что самым простым было сорвать с прохожего шапку и убежать; завладеть таким образом сумкой удавалось далеко не всегда, однако, если сумку не удавалось вырвать у жертвы, тогда при бегстве подростков никто не преследовал. На втором месте после преступлений против собственности стояли преступления против жизни и здоровья. В основном это было причинение вреда здоровью различной степени тяжести (93 — 62,0%). Убийства совершили 8 подростков (5,3%). Один подросток был соучастником двух убийств (собственного отца и старшего брата), совершенных в один вечер (убийство отца совершили 4 сына и мать, затем трое подростков и мать убили одного из братьев, заявившего, что расскажет о случившемся). Исключительно редко совершались преступления сексуального характера.

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

Особого внимания заслуживает анализ мотивации правонарушений. Подобные исследования неоднократно проводились на взрослых правонарушителях (Гульдэн В. В., 1983, 1988, 1994). В целом у подростков преобладали корыстные мотивы, но у подростков с формирующимися расстройствами личности на втором месте (57,1%  $t \geq 2$ ,  $P \leq 0,05$ ) по частоте стоял механизм, сродни описанной в судебной психиатрии (Шостакович Б. В., 1971) «психопатической актуализации», когда действия «усугублялись по ходу дей-

**Таблица 4**

**Криминальная активность несовершеннолетних группы НП**

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

\* — в ходе обследования в рамках настоящего исследования ряда несовершеннолетних в УК РФ изменилась квалификация хулиганства, большая часть действий, квалифицируемых ранее по данной статье, были декриминализованы и перешли в категорию административных правонарушений



тические расстройства) и по оси 4 (последствия ЧМТ S06). С другой стороны, подобный подход дает врачу широкое поле для «интуитивной» диагностики, для диагностики с учетом реальной тяжести психического компонента и прогноза состояния в ходе лечения и реабилитации. Кроме того, с изменением клинических акцентов будет меняться и сам диагноз.

В нашем исследовании в группе НП из 150 наблюдений психические расстройства были диагностированы у 113 человек (37 несовершеннолетних правонарушителей — психически здоровы, 24,7% группы). Из 113 наблюдений у 16 (10,7% группы) диагностирована умственная отсталость (кодируются по оси 3, см. описание ниже), у 16 — специфические расстройства психического развития (10,7% группы) (кодируются по оси 2, см. описание ниже). По оси 1, таким образом, диагностированы психические расстройства у 81 человека (54,0% исходной группы).

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

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

Не исключено, однако, что в дальнейшем у многих подростков во взрослом периоде будут диагностированы расстройства личности. Распределение психических расстройств по оси 1 многоосевой классификации отражено в таблице и на схеме. Главной трудностью диагностики являлось вычленение ведущего (определяющего характер поведения и прогноз) синдрома, поскольку отмечалась высокая частота коморбидности основного психического расстройства с социально-обусловленными расстройствами поведения (ОВР, социализированное расстройство).

Таблица 5

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

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

\* — расстройство диагностировалось в соответствии с рекомендациями Г. С. Васильченко (1990)

\*\* — диагностировалось по ИМТ

\*\*\* — включая анамнестические сведения

\*\*\*\* — число несовершеннолетних в группе, обнаруживающих соматическую патологию хотя бы по одной рубрике

5\* — показатели достоверно выше других групп

6\* — показатели достоверно ниже других групп

ассоциирующихся с социальным благополучием/неблагополучием (на схеме они выделены соответствующими цветами). Из состояний, ассоциирующихся с группой благополучных детей преобладают классические психосоматические расстройства (бронхиальная астма, синдром раздраженной толстой кишки, алиментарное ожирение), в то время как с неблагополучием ассоциированы чаще состояния, являющиеся следствием экзогенно-органических воздействий (эпилепсия и судороги, токсическая энцефалопатия, употребление органических растворителей, черепно-мозговые травмы, суицидальные попытки) и задержек развития. Вероятно, данная находка требует более детального исследования.

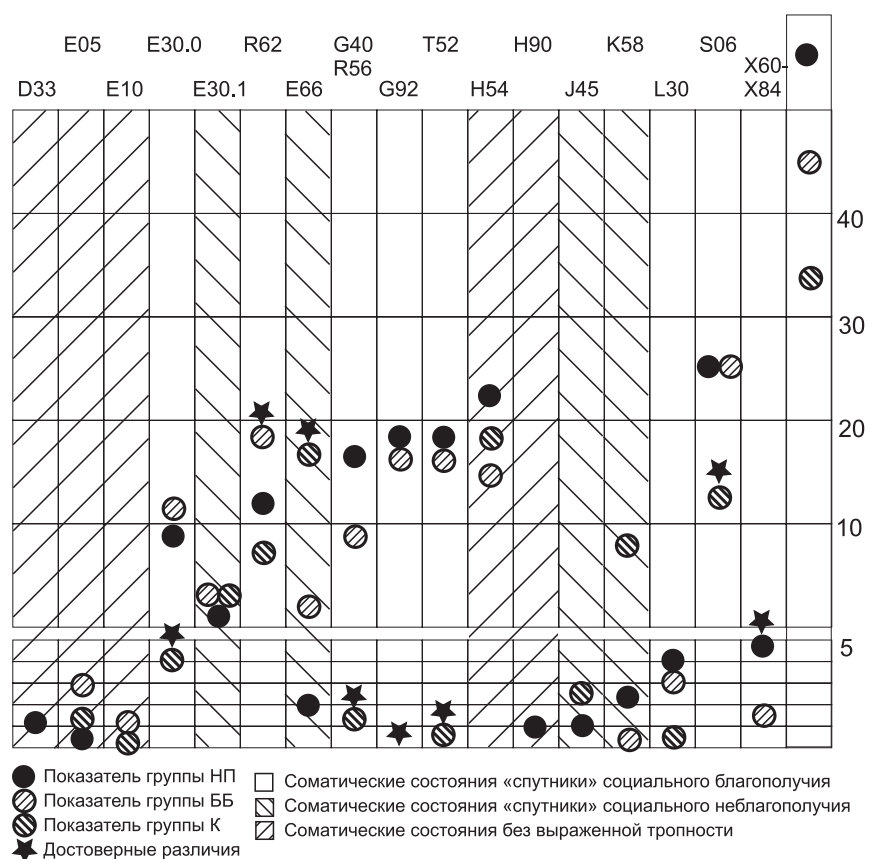


Схема 1. Соматическая патология, зафиксированная в группах НП и ББ

Из числа рекомендуемых ВОЗ к мониторингованию у несовершеннолетних с психическими расстройствами патологических соматических состояний (4 ось многоосевой классификации) не было зафиксировано паразитарных болезней, наследственных болезней обмена аминокислот и белков, дегенеративных и демиелинизирующих болезней нервной системы, язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, гастритов, врожденных аномалий хромосомного и иного происхождения.

Центральным вопросом нашего исследования являлась **оценка характера и частоты встречаемости психических расстройств** у несовершеннолетних правонарушителей, беспризорных и безнадзорных.

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

- (1) Общие расстройства развития (детский аутизм и родственные ему состояния) F84
- (2) Поведенческие и аффективные расстройства, свойственные детскому и подростковому возрасту (гиперкинетические, поведенческие, социальные) F90-F98
- (3) Органические психические расстройства (континуум расстройств от деменции и психоорганического синдрома до легких когнитивных и поведенческих изменений) F00-F09
- (4) Расстройства, вызванные злоупотреблением ПАВ F10-F19
- (5) Шизофрения и бредовые расстройства F20-F29
- (6) Аффективные расстройства F30-F39
- (7) Невротические расстройства F40-F48
- (8) Расстройства поведения, связанные с физиологическими нарушениями (расстройства пищевого поведения и др.) F50-F59
- (9) Расстройства личности и родственные им состояния F60-F69

Выделяя эти направления при диагностике психических расстройств по оси 1 многоосевой классификации, исследователи ВОЗ исходят из «определенного преобладания» симптомов, позволяющих диагностировать на основании критериев МКБ одно из психических расстройств, попадающих в ту или иную из 9 рубрик. Подобный подход обуславливает определенные сложности. Например, оппозиционно-вызывающее поведение у подростка, перенесшего травму ЦНС, с астенической симптоматикой и дисфорическими приступами может быть диагностировано и по оси 1 (направление 2 — поведенческие и аффективные расстройства или направление 3 — органические расстройства или направление 7 — невро-

Таблица 9

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

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

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

Согласно рекомендациям ВОЗ (1996), по оси 3 многоосевой классификации кодируются альтернативные, взаимоисключающие состояния: нормативный уровень интеллекта и умственная отсталость, относящаяся согласно МКБ-10 к рубрикам F70-F79. При этом три знака кодируют глубину умственной отсталости (F70-F73 легкая, умеренная, тяжелая, глубокая), а четвертый — наличие нарушений поведения и их степень. Случаи умственной отсталости, выявленные у несовершеннолетних правонарушителей, беспризорных и безнадзорных, распределились в нашем исследовании следующим образом (см. таблицу). Следует отметить, что в условиях социального приюта (диагностировано 23 случая УО) отмечалась гипердиагностика умственной отсталости наблюдавшим воспитанников врачом-психиатром из ПНД, во многих случаях у подростков, которым была диагностирована УО, обнаруживался сохраненный интеллект. Напротив, в условиях специализированной школы (диагностировано 6 случаев УО) диагноз умственной отсталости обычно подменялся констатацией «глубокой педагогической запущенности» (имевшей место при поступлении в учреждение), несмотря на отсутствие положительной динамики на протяжении 1-2 лет пребывания в школе. Анализируя характер психических расстройств, выявленных нами у несовершеннолетних правонарушителей, беспризорных и безнадзорных в контексте психического развития, мы выделили 4 группы аномальных состояний, в зависимости от завершенности формирования психического дефицита и его типа:

Таблица 6

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

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

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

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

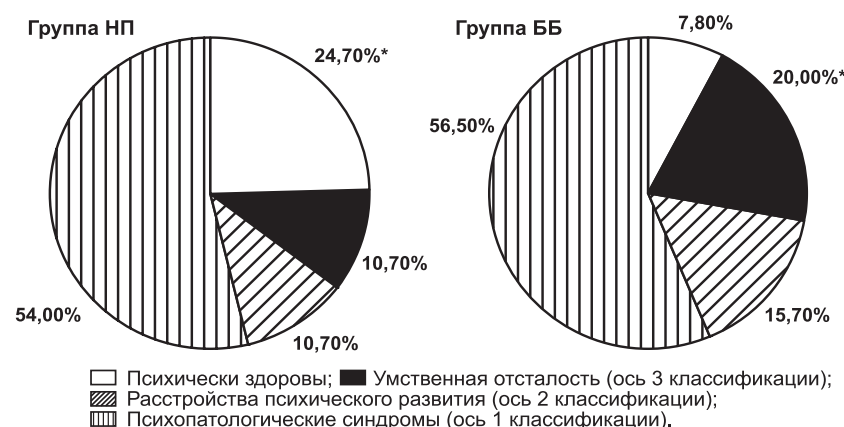
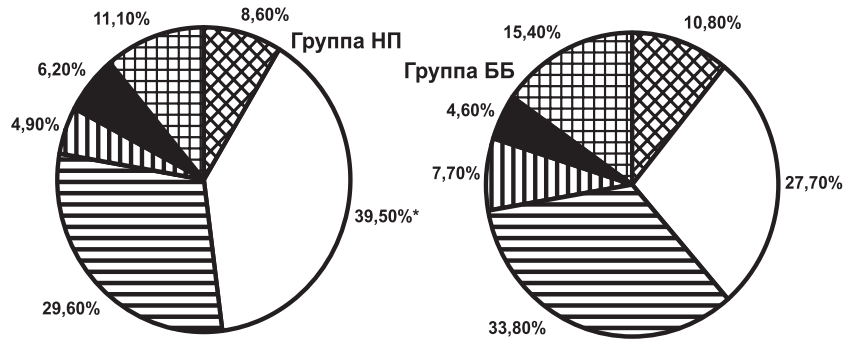


Схема 2. Психические расстройства по группам НП и ББ

Таблица 7

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



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

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

**Схема 3. Клинические психопатологические синдромы, кодируемые по оси 1 многоосевой классификации у несовершеннолетних правонарушителей, беспризорных и безнадзорных**

В современных классификациях (МКБ-10, DSM-V) и предшествующих им DSM-III-R и DSM-IV, расстройства речи и школьных навыков обозначаются в качестве специфических расстройств развития, т.е. по большому счету, дизонтогенетических расстройств. Причина большинства этих расстройств неизвестна, прежние теории, подразумевавшие неврологические нарушения в корковых представительствах соответствующих анализаторов, в настоящее время отвергнуты (Siegel L. S., 1982, Cantwell D. P., Baker L., 1984, Гельдер М., Гэт Д., Мейо Р., 1999). По данным различных авторов, частота специфических расстройств развития колеблется от 2% до 8% в популяции (Bender L., 1957; Yule W., Rutter M., 1985; Каплан Г., Сэдок Б., 1994), т.е. полученные нами данные (представлены в таблице) можно отнести к среднестатистическим.

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

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

\* — здесь не учитывается сопутствующее другим расстройствам употребление алкоголя и зависимость от алкоголя и др. ПАВ

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

Таблица 8

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

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

\* — статистически достоверных различий между группами не выявлено.

пе НП и 15 — 51,7% различия достоверны,  $t \geq 2$ ,  $P \leq 0,05$  в группе ББ).

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

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

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

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

**симптомы церебрастенического регистра** — повышенная утомляемость, слабость, истощаемость психических процессов, сочетавшиеся с раздражительностью, вспыльчивостью, готовностью к агрессии. Подростки с большим трудом адаптировались к интеллектуальным нагрузкам, не могли успешно функционировать в школьной среде, у них отмечалось снижение внимания, ригидность и истощаемость мышления, снижение функций памяти. При повышенных физических и интеллектуальных нагрузках возникали головные боли, головокружения, приступы тошноты;

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

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

**изменение личности** по органическому типу — утрата интеллектуальных интересов, снижение морально-нравственных установок, утрата привязанности, недостаточность волевой сферы. Бросалась в глаза зависимость поведения от внешних (в том числе — часто меняющихся) обстоятельств, внушаемость, потребность в

(1) Расстройства с преобладанием нарушений психического развития

а) с устойчивым тотальным когнитивным дефицитом (умственная отсталость)

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

(2) Расстройства с преобладанием нарушений социальных функций

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

б) без формирования расстройства личности (расстройства невротического спектра, р-ва адаптации)

(3) Расстройства с преобладанием аномальных форм компенсации

а) аддиктивное поведение (химическая или нехимическая зависимость)

б) девиантное поведение (ОВР, делинквентное поведение)

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

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

### **Альтеративные типы психической дезадаптации, сопровождающей психические расстройства, ассоциированные с асоциальным поведением у детей и подростков**

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

Несовершеннолетние с **органически-обусловленной психической дезадаптацией** представляют собой многочисленную

и клинически полиморфную группу. В группе НП данный тип дезадаптации констатирован у 31 (20,7%), в группе ББ — у 29 (25,2%) подростков.

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

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

рушки. Многие обнаруживали жестокость по отношению к животным — издевались над насекомыми, раздавливали лягушек, истязали кошек.

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

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

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

кий нос с уплощенной переносицей, косоглазие, эпикант, очень большие щели между зубами, расположенные на разной высоте уши с деформацией ушных раковин (у 9 — 56,3% в группе НП и у 17 — 73,9% в группе ББ). Стигмы встречались и в других группах, но только в группе детей с когнитивно-обусловленной дезадаптацией они носили множественный характер, определяли специфику внешнего облика подростков. В старшем возрасте многих подростков отличала непропорциональность телосложения, диспластичность.

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

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

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

В возрасте 2-3 лет особенности поведения и игровой деятельности в группе с когнитивно-обусловленной дезадаптацией стано-



Схема 4. Модель пациента с органически-обусловленной дезадаптацией.

получении удовольствий (в том числе — от употребления алкоголя и токсических средств, примитивных игр), раннее приобретение сексуального опыта. У многих подростков формировался стереотип взрывного аффективного реагирования, когда по самым незна-

чительным поводам они демонстрировали вспышки агрессии, жестокости, направленные на лиц из ближайшего окружения. Иногда отмечались продолжительные дисфорические эпизоды, сопровождающиеся злобным, тоскливым настроением.

Органически-обусловленной психической дезадаптации свойственны:

1. Присутствие в раннем возрасте факторов, указывающих на высокий риск формирования дезадаптации: ранних и дополнительных церебрально-альтерерирующих воздействий, признаков отставания в психическом и физическом развитии, присутствия в раннем возрасте астенической и вегето-сосудистой симптоматики, гипермоторного поведения, присутствие «самоодурманивающего» поведения, наличие признаков избегания интеллектуальных нагрузок, учебных занятий.

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

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

Вместе с тем при органически-обусловленной дезадаптации появляется несколько самостоятельных объектов для коррекционной и реабилитационной работы: это (1) неглубокие когнитивные расстройства, (2) нарушения речи и школьных навыков, (3) расстройства поведения и антиобщественные установки, (4) аддиктивное поведение и (5) криминальный поведенческий стереотип. От их наличия и присутствия защитных (компенсаторных) факторов зависит успех профилактических и реабилитационных мероприятий. Корреляционный анализ клинических и социальных слагаемых органически-обусловленной психической дезадаптации показал, что предикторами криминального поведения в данной категории подростков являются (1) физическое насилие в семье ( $\gamma = 0,77$ ), (2) наличие лиц с криминальным прошлым в ближайшем окружении ( $\gamma = 0,73$ ), (3) отсутствие (отрицательная корреляция) раннего опыта употребления алкоголя и токсических веществ ( $\gamma = 0,71$ ), (4) отсут-

ствии (отрицательная корреляция) выраженных неврологических и моторных нарушений ( $\gamma = 0,70$ ).

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

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

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



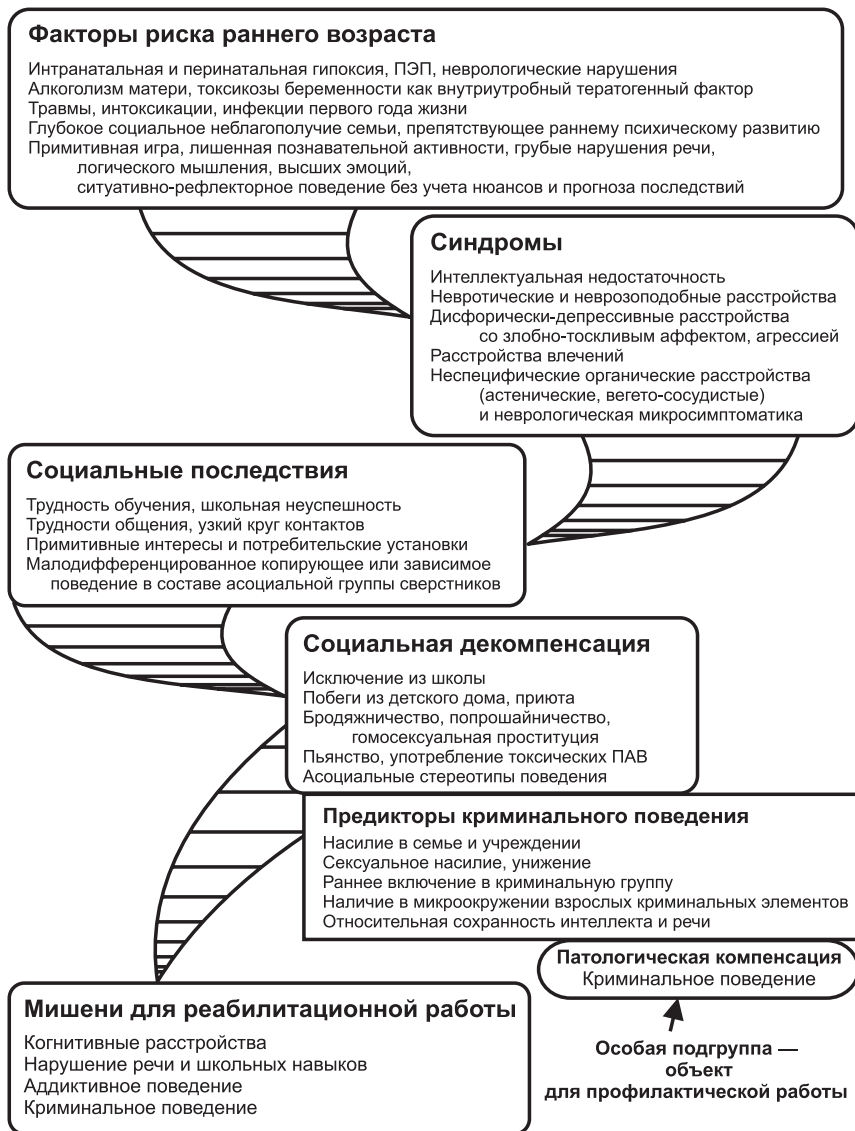


Схема 5. Модель пациента с когнитивно-обусловленной дезадаптацией.

Таким образом, в пользу потенциального формирования криминального поведения указывает относительная интеллектуальная и поведенческая сохранность, что делает эту группу несовершеннолетних особым объектом профилактической работы.

вились еще более выраженными. Следует отметить, что многие дети именно в этот период (7 — 43,8% в группе НП, 21 — 91,3% в группе ББ) попадали в детские дома, началось их воспитание во внесемейных условиях. Оценить положительное или отрицательное воздействие этого фактора в рамках нашего исследования не представляется возможным, однако следует учитывать то обстоятельство, что в семьях с выраженной совокупностью признаков социального неблагополучия (пьянство родителей, низкий достаток, плохое питание, отсутствие эмоционального взаимодействия с ребенком, отсутствие побуждения к познавательной деятельности, в частности — игрушек) сам фактор семейного неблагополучия резко тормозит раннее психическое развитие ребенка.

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

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

ние), а к 7-8 годам они совершали побеги, инкорпорировались в асоциальные подростковые группы.

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

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

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

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

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

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

При когнитивно-обусловленной психической дезадаптации наблюдается:

1. Присутствие в раннем возрасте факторов, указывающих на высокий риск формирования дезадаптации: патологии беременности и родов у матери, алкогольной интоксикации плода в результате пьянства матери во время беременности или иных тератогенных факторов, наличие травм, интоксикаций или тяжелых инфекционных заболеваний раннего периода жизни, наличие выраженных неспецифических стигм нарушения внутриутробного развития, присутствие интранатальной и перинатальной гипоксии, обуславливающей неспецифические неврологические нарушения, наличие примитивной, лишенной познавательного компонента игровой де-

ятельности, присутствие грубых нарушений речевой продукции, затрагивающих функции понимания речи, недоразвитие высших эмоций и ситуативное, недифференцированное поведение.

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

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

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

Корреляционный анализ клинических и социальных слагаемых органически-обусловленной психической дезадаптации показал, что предикторами криминального поведения в данной категории подростков являются (1) физическое насилие в семье ( $\gamma = 0,84$ ) и в детском учреждении ( $\gamma = 0,78$ ), (2) сексуальное насилие, унижение в семье или в детском учреждении ( $\gamma = 0,74$ ), (3) раннее включение в подростковую асоциальную группу ( $\gamma = 0,71$ ), особенно — с участием взрослых преступников ( $\gamma = 0,69$ ) (4) отсутствие (отрицательная корреляция) грубых неврологических, моторных и речевых нарушений ( $\gamma = 0,69$ ).

ливыми реакциями при фрустрациях или эмоциональная лабильность с обидчивостью, легко возникающими реакциями с тревожным компонентом. Эмоциональное развитие ребенка, как правило, запаздывает, что проявляется неуравновешенностью, вспыльчивостью, нетерпимостью к неудачам.

**Отношения с окружающими.** Как правило, нарушены отношения и со сверстниками, и со взрослыми. В психическом развитии дети с синдромом нарушения внимания и гиперактивностью отстают от сверстников, но стремятся руководить. По структуре личности они экстраверты, ищут друзей, но быстро теряют их. Из-за неприязни со стороны сверстников, из-за стремления верховодить они вынуждены общаться с более младшими детьми. Трудно складываются и отношения со взрослыми. На данных детей обычные наказания и поощрения не действуют. И родители, и учителя жалуются, что, несмотря на все наказания, ребенок продолжает вести себя плохо. С другой стороны, ни ласка, ни похвала не стимулируют хорошее поведение — более того, поощрения должны быть очень весомыми, иначе ребенок будет вести себя хуже. Именно «невоспитуемость» в сочетании с импульсивностью — основной повод обращения родителей к психиатру. Альтеративные формы дезадаптации — нередкая причина «плохого поведения». Запущенный синдром нарушения внимания с гиперактивностью — частая причина исключения из школы.

**Психокоррекционная и психопрофилактическая программа для младших школьников** с гипердинамичным поведением и нарушениями формирования школьных навыков включает два блока работы с различным содержанием психокоррекционных и социореабилитационных компонентов. Первый блок связан непосредственно с проведением с ребенком индивидуальной или групповой психокоррекционной работы; второй блок — преимущественно социореабилитационный — включает задания, направленные на обеспечение социально-психологической поддержки ребенку с гипердинамичным поведением, включая организацию коррекционно-развивающей среды в семье и в процессе обучения.

**Первый блок программы** ориентирован на коррекционно-развивающую работу со следующими аспектами психической деятельности ребенка:

1. Процессы внимания (истощаемое внимание, повышенная отвлекаемость);

2. Процессы самоконтроля и организации внутренних психических процессов, включая узнавание, дифференцировку эмоциональных состояний и коррекцию негативных эмоциональных реак-

Два описанных выше типа психической дезадаптации можно условно объединить в группу **дезадаптации альтертирующего типа**. Их объединяет патогенетический фактор повреждения головного мозга — пренатального и постнатального периода. **Первичная профилактика в данной группе** будет, таким образом, включать следующий набор мероприятий:

**В пренатальном периоде — на государственном уровне** — разработка и финансирование программ поддержки материнства, включая программы профилактики, диагностики и лечения заболеваний, передающихся половым путем, программы раннего выявления и лечения патологии репродуктивной сферы у детей и подростков, программы планирования семьи, в том числе — программы финансирования экстракорпорального оплодотворения, программы по ранней диагностике беременности (включая обязательный образовательный компонент), программы пренатального скрининга хромосомной и генетической патологии и предотвращения тератогенных расстройств. Данные программы реализуются на уровне **специализированных учреждений системы здравоохранения**. Обязательной составной частью профилактических программ должно являться повышение уровня социальной заботы о беременных, обеспечение им комфортных условий труда, дополнительного питания, снабжение медикаментами и т.д.

**В пренатальном периоде — на уровне первичных учреждений системы здравоохранения** — своевременная диагностика и лечение патологии беременности, включая ранние и поздние токсикозы, угрозы прерывания беременности, состояния, сопровождающиеся плацентарной недостаточностью, гипоксические состояния плода, внутриутробные инфекции. Особого внимания заслуживает профилактика родовых травм и гипоксии в родах, адекватный выбор техник родовспоможения.

**В раннем постнатальном периоде и периоде раннего детства — на уровне первичных учреждений системы здравоохранения** — оказание своевременной неврологической помощи, преодоление последствий перинатальной церебральной альтерации, системное комплексное лечение органической церебральной патологии.

К сожалению, в настоящий период фактически ликвидирована система дошкольных детских учреждений, охватывающая детей в возрасте до 3 лет, в то время как именно в этот период происходит формирование привычных стереотипных форм поведенческого реагирования, которое могло бы подвергаться на данном этапе психокорректирующему воздействию.

**В дошкольный период — на уровне учреждений системы дошкольного образования** — обеспечение диагностики характера психического развития, обеспечение психокоррекционных занятий (логопедических, дефектологических, психологических, включая поведенческие тренинги) индивидуально и в группе, обеспечение своевременной психолого-педагогической поддержки, и, в случае необходимости — обеспечение преемственности в оказании медицинской помощи.

**В дошкольный период — на уровне первичных учреждений системы здравоохранения** — оказание своевременной неврологической и психиатрической помощи, санаторно-курортное лечение. На дошкольном этапе особенно актуальной становится профилактика вторичной альтерации — черепно-мозговых травм, интоксикаций, нейроинфекций.

В случае своевременного лечения и активной профилактики поведенческих расстройств к 7-8 летнему возрасту ожидается стойкая компенсация состояния, с фактическим достижением психического здоровья.

### **Вторичная профилактика и коррекция альтеративных типов психической дезадаптации, сопровождающей психические расстройства, ассоциированные с асоциальным поведением у детей и подростков**

При альтеративных типах психической дезадаптации можно выявить несколько основных мишеней для профилактической работы, устранение которых дает стойкий коррекционный и вторично-профилактический эффект.

**Дефицит внимания с гиперактивностью** — родители и учителя описывают детей с проявлениями гиперактивности/импульсивности как непоседливых и постоянно болтающих. Деятельность этих детей чрезмерно энергична, интенсивна, неадекватна и бесцельна. Они крайне активны, но не стремятся довести до конца свои действия. Импульсивность может проявляться также шумными выходками во время уроков или игры; частыми драками с другими детьми из-за неумения проигрывать. С возрастом проявления импульсивности могут меняться. У младших школьников импульсивность может выражаться в излишней активности при отстаивании собственных интересов, невзирая на требования учителя, в крайней нетерпеливости; в подростковом возрасте в хулиганс-

ких поступках, асоциальном поведении (кражи, употребление наркотиков, беспорядочные половые связи). Чем ребенок старше, тем импульсивность заметнее для окружающих. Гиперактивность — необязательный признак синдрома нарушения внимания с гиперактивностью. По мнению ряда авторов, степень двигательной активности влияет на выбор терапии — в отсутствие гиперактивности психостимуляторы менее эффективны. В дошкольном и раннем школьном возрасте гиперактивные дети непрерывно или импульсивно бегают, ползают, они неусидчивы, постоянно вскакивают и опять садятся, суетливы. Дети без гиперактивности менее агрессивны и враждебны к окружающим; у них чаще бывают парциальные задержки развития, в том числе — школьных навыков. С возрастом гиперактивность уменьшается, иногда исчезает полностью, хотя другие симптомы могут оставаться.

**Парциальные задержки развития.** Многие дети плохо учатся в школе, несмотря на нормальный уровень когнитивного развития. Возможные причины — невнимательность, отсутствие упорства, нетерпимость к неудачам. Кроме того, у детей с альтеративными типами дезадаптации встречаются парциальные задержки развития, в том числе — школьных навыков (письма, счета, чтения). Их основной признак — несоответствие между реальной успеваемостью и той, которую можно ожидать. Критерием задержки считают отставание навыков от должных не менее чем на 2 года. Парциальные задержки развития школьных навыков наблюдаются не только при синдроме нарушения внимания с гиперактивностью, но сочетаются с ним очень часто. В тех случаях, когда при обследовании исключены психологические и социальные преграды, низкий интеллект и плохое преподавание, причина плохой успеваемости — скорее всего, синдром нарушения внимания с гиперактивностью, возможно, в сочетании с парциальной задержкой развития школьных навыков. При обследовании неуспевающего ребенка с гипердинамичным поведением особое внимание уделяют школьным навыкам.

**Нарушения координации** выявляются примерно в половине случаев. Это могут быть нарушения тонких движений (завязывание шнурков, пользование ножницами, раскрашивание, письмо), равновесия (детям трудно кататься на роликовой доске и двухколесном велосипеде), зрительно-пространственной координации (неспособность к спортивным играм, особенно с мячом).

**Эмоциональные нарушения** при синдроме нарушения внимания с гиперактивностью наблюдаются часто. Это эмоциональная лабильность с повышенной возбудимостью, раздражительно-гнев-

3. Упражнение «Росточек под солнцем». Цель: снятие напряжения, переключение детей на занятие.

4. Упражнение «Росинка». Цель: Напряжение-расслабление мышц рук.

5. Игра «Бег за радостью». Цель: научить детей фокусировать сознание на положительных эмоциях, снятие мышечного напряжения.

6. Упражнение «Пузырь». Цель: вырабатывать способность к саморегуляции, сменяя ощущения напряжения в теле на ощущения расслабления

7. Упражнение «Кошачий бой». Цель: сосредоточение сознания на внутреннем состоянии, снятие напряжения, развитие подвижности тела

8. Игра «Неваляшка». Цель: опора на другого — развитие доверия

9. Гимнастика для лица. Цель: Расслабление мышц лица  
Этап объективирования эмоций и чувств, осознания внутренних и внешних проблем, трудностей и конфликтных ситуаций; формирование навыков релаксации через техники мышечного напряжения-расслабления, дыхательные техники и техники визуализации представлений (3 занятия).

Каждое занятие начинается с проигрывания 1-2-х упражнений-заданий из базовых модулей: коммуникативного развивающего и релаксационного развивающего. Основная часть включает проработку следующих упражнений-заданий:

**Базовый модуль — эмоционально-чувственный, развивающий**

1. Упражнение «Кукла Маша». Цель: узнавание эмоций, перенос их на личностное Я.

2. Упражнение «Повтори интонацию». Цель: Научить детей менять тон голоса в зависимости от того настроения, которое они хотят передать другому человеку.

3. «Покажи своё настроение с помощью роста». Цель: научить детей оценивать своё эмоциональное состояние.

4. Упражнение «Цветы», «Животные». Цель: научить детей определять свое эмоциональное состояние через восприятие других объектов — цветы, животные и сравнивать выраженные через объекты эмоциональные состояния со своими чувствами.

5. Упражнение «Делай как я». Цель: быть внимательным к чужим чувствам, умение повторить мимическое выражение чувств другого человека. Гимнастика лица.

ций с тревожным или аффективно-возбудимым, раздражительно-гневливым компонентом реагирования;

3. Пространственно-временной синтез (интеграция внешнего физического и внутреннего пространства, временного пространства — различие между внешним физическим и внутренним сомато-телесным, психическим пространством; различия внутри временного пространства — минутные, часовые, суточные циклы; дни, месяцы и циклы природы, дни, месяцы и года в развитии человека; время как «прошлое-настоящее-будущее») — базовая составляющая социально-когнитивного развития ребенка;

4. Развитие когнитивных процессов, связанных с определением порядка и последовательности действий и операций, с планированием и прогнозированием, включая следующие аспекты:

4.1. оптимизация пространственного моделирования (работа по образцу, самостоятельное пространственное конструирование, пространственная конфигурация — работа с фигурами на листе);

4.2. прогностическое моделирование;

5. Развитие контроля результата деятельности (контроль через наглядное действие, через игровой образ и через словесный отчет-рассказ)

6. Формирование познавательной активности, включая:

6.1 различие живого и неживого мира,

6.2. мира природы и мира социального (дом, село, город),

6.3. Мой мир как «Я» (семья, сверстники, школа).

В целях развития основных аспектов познавательной активности дополнительно используются следующие виды деятельности:

- Психогимнастика;
- Изодеятельность (лепка, аппликация, конструирование и моделирование, работа с линией, цветом и формой);
- Театрализация.

**Программа профилактики и коррекции** состоит из 3-х этапов:

**Ориентировочный этап**, включающий знакомство детей друг с другом, формирование группы, проигрывание упражнений, запускающих групповую динамику (1 — 2 занятия). Этап объективирования эмоций и чувств, осознания внутренних и внешних проблем, трудностей и конфликтных ситуаций; формирование навыков релаксации через техники мышечного напряжения-расслабления, дыхательные техники и техники визуализации представлений (3 занятия).

**Конструктивно-формирующий этап:** упражнения, направленные на развитие навыков внешнего и внутреннего контроля действий, на получение «обратной связи»; проигрывание психотехник, направленных на помощь в решении конструктивных задач и проблем (4 занятия); упражнения, направленные на развитие навыков взаимопонимания, сотрудничества и группового взаимодействия в целях достижения общего группового результата; игры-альтернативы для развития навыков сотрудничества (3 занятия).

**Обобщающее-закрепляющий этап,** включая упражнения, направленные на развитие навыков гибкого поведения и уверенности в себе (4 занятия).

Все этапы тесно взаимосвязаны друг с другом и направлены на понимание собственного эмоционального состояния, на развитие и применение когнитивных навыков, навыков планирования и способности прогнозировать результат, на развитие навыков межличностного взаимодействия со сверстниками, повышение уровня осознания своего реального «Я» и собственной самооценки.

Поскольку запланированная работа носит преимущественно профилактический характер, программа предназначена для работы с детьми 7-11 лет в образовательном учреждении с использованием подходов коррекционно-развивающего обучения, в центрах психолого-педагогической коррекции и реабилитации и дневном стационаре психоневрологического диспансера.

Курс занятий проводится в групповом варианте. При групповом варианте состав группы открытый, что позволяет приблизить процесс развития к реальным условиям и расширить круг детей, включенных в психокоррекционную работу. Открытые группы позволяют всем детям в процессе коррекционной работы формировать свой индивидуальный опыт и переносить его в новые ситуации, учиться взаимодействовать друг с другом при изменении состава участников группы, более эффективно помогать новым участникам группы войти через игровые ситуации в психокоррекционные занятия. Группы насчитывают 9-11 человек, продолжительность групповых занятий равна длительности урока (45 мин.). Каждое занятие проводится в следующем порядке: приветствие и разминка; основная часть, направленная на выполнение цели занятия с включением релаксационных упражнений; заключительная часть, направленная на снятие возможного напряжения и формирование установок на новую встречу. Длительность коррекционного курса занимает 2 месяца.

**Содержание профилактического и психокоррекционного блока** программы: (1) развитие у детей чувств сопереживания,

навыков узнавания и дифференцировки эмоциональных реакций и переживаний, а также навыков практического владения выразительными движениями (мимика, пантомимика) и действиями; (2) развитие и создание возможностей для формирования самоконтроля в отношении своего эмоционального состояния и своего поведения, формирование терпимости к позиции другого; (3) развитие когнитивных навыков и структурирование временной и пространственной организации психических процессов, обеспечивающих планирование и способность прогнозировать результат; формирование способностей к использованию организационных стратегий; (4) развитие у детей навыков группового взаимодействия, общения и групповой сплоченности; (5) помощь ребенку в осознании своего реального «Я», повышение уровня самооценки, уверенности в себе.

Ориентировочный этап, включающий знакомство детей друг с другом, формирование группы и проигрывание упражнений, запускающих групповую динамику (2 занятия).

#### **Базовый модуль — коммуникативный развивающий**

1. Групповое приветствие «Доброе утро». Цель: создавать атмосферу группового доверия, развивать чувства единства и сплоченности.

2. Игра «Мы вместе всё можем». Цель: закрепление положительного эффекта от занятия.

3. Упражнение «Возьми и передай». Цель: достижение взаимопонимания и сплоченности, умение передавать положительное эмоциональное состояние.

4. Упражнение «Мяч из капелек росы». Цель: показать детям о существовании между ними общих невидимых связей.

5. Упражнение «Дождик». Цель: показать детям важность дружеских отношений.

6. Упражнение «Наши руки». Цель: создать тактильный контакт, почувствовать настроение через прикосновение.

7. «Восхождение по скале». Цель: Сплочение группы. Тактильный контакт

8. Упражнение «Слепой танец». Цель: развитие доверия друг к другу, снятие излишнего мышечного напряжения.

#### **Базовый модуль — релаксационный коррекционно-развивающий**

1. Упражнение «Смена ритмов». Цель: помочь детям включить в общий ритм работы, снять излишнее мышечное напряжение.

2. Упражнение «Шум растет». Цель: положительный настрой группы на совместные занятия, снятие напряжения.

последовательно брать каждую бусину, нанизывать ее на веревочку и окуна́ть в баночку с нужной краской (соответственно схеме), затем откладывать бусину в сторону для просушки в той же поочередности, что и на схеме. После просушки бусин соберите их на нить соответственно схеме. Следите, чтобы дети сверяли свои действия со схемой. В конце занятия сверьте каждые получившиеся бусы со схемой и наденьте их на детей, дайте поиграть с ними, продемонстрировать свою работу другим.

Задание 3. «Волшебный сад». Цель: развитие воображения, пространственного и прогностического моделирования, представлений о собственном «Я», развитие умения работать в группе. Ход выполнения задания: **1 этап.** Описание сада, растений символизирующих группу детей, где каждый является сказочным растением. **2 этап.** Непосредственное выполнение задания. **3 этап.** Аппликация, макет и пространство сада.

Задание 4. «Мой окружающий мир». Цель: развитие представлений об окружающем мире, формирование познавательной активности, пространственного моделирования, мелкой моторики. Формирование и развитие социально-когнитивного уровня интеллекта. Ход выполнения задания: **1 уровень:** изучение природного мира (естественный ландшафт). Обсуждение с детьми окружающего мира, описание озера, реки, гор, полей, леса, моря; Создание ландшафта на мокром песке с рассказом о нем; Заселение мира природы животными. **2 уровень:** природный мир и деятельность человека; заселение планеты детьми; конструирование и создание с помощью бумаги и клея пространства людей: дома, города и деревни, дороги и мосты, соединяющие населенные пункты.

Задание 5. «Автобиография — мой день». Цель: развитие представлений о личном мире, формирование личного временного пространства; развитие социальнокогнитивного уровня интеллекта. Материалы: листы бумаги форматом А3 по количеству детей, цветные карандаши. Ход выполнения задания: **1 этап:** попросите детей рассказать про свой день: с чего он начинается, как продолжается и заканчивается; чем каждый ребенок занимается каждый день (чистит зубы, умывается, завтракает, гуляет, спит днем), а чем — не каждый (например, посещение развлекательных мероприятий с родителями, подготовка к приезду гостей, кружки и секции). Затем попросите рассказать детей, чем они занимаются каждое утро, как они проводят время, каков их распорядок дня, чем больше всего любят заниматься? **2 этап:** попросите детей разделить лист на три части и нарисовать чем они занимаются в течении дня: в первой половине — утро, во второй — днем, в третьей — ве-

6. «Меня похвалили, и я радуюсь». Цель: подвести детей к мысли о том, что каждое событие влечёт за собой определённое чувство.

7. «Карта настроений» [Упражнения, в основе которых лежат арт-терапевтические технологии, разработаны д.м.н., профессором Н. В. Вострокнутовым совместно с группой художников и специалистов в области детского творчества]. Цель: узнавание эмоций, перенос их на личностное Я. Материалы: карта настроений (на листе ватмана изображена страна огороженная высоким забором с домиками и восемью входами. Каждый вход по цвету одной из карточек теста по Люшеру. В стране шесть не раскрашенных домиков, в каждом из которых прячется пиктограмма настроения — радость, грусть, злость, отвращение, страх, испуг), цветные карандаши. Ход занятия: Предложите детям побывать в сказочной стране настроения. Войти в «страну настроений» можно только через одну из восьми дверей, каждая из которых цвета одной из карточек теста Люшера. Разложите карту перед детьми и расскажите, что для того, чтобы попасть в волшебную страну, надо рассказать про свое настроение и выбрать из восьми дверей дверь самого подходящего цвета. Для символизации перехода в страну настроений можно выдавать ребенку фишки соответствующего цветового выбора. Затем предложите рассмотреть карту и зайти в один из домиков, где спряталась одна из эмоций в виде пиктограммы: «в солнышке, предположим — радость». Попросите рассказать детей, кто спрятался в домике, какое настроение у солнышка, пофантазировать, проиграть чему оно радуется. Спросите, какого цвета может быть дом у радостного солнышка — раскрасьте домик вместе с детьми. То же самое сделайте с противоположной эмоцией — грустью. Таким образом, проработать все шесть эмоций, а цветовые выборы детей можно использовать как диагностику их эмоционального состояния.

8. «Азбука настроений». Цель: узнавание эмоций, дифференциация эмоций и чувств, перенос их на собственное «Я». Материалы: бумага для акварели А3, акварель, кисточки. Ход занятий: выберите одну из пар эмоций на карте настроений. Например, радость и грусть. Попросите детей изобразить каждую из эмоций (мимика + поза), вспомните сказочных персонажей, которые радовались и грустили и по какой причине. Попросите рассказать детей, от чего они грустят, а от чего становятся радостными; предложите определенным цветом изобразить грустное, веселое настроение; предложите детям нарисовать радость и грусть. Для этой задачи разделить лист бумаги напополам и раскрасить каждую половину в грус-

тный и веселый цвет, и изобразить соответственно «радость» и «грусть». После окончания работы обсудить рисунки с детьми: ребенок, рисунок которого обсуждают, молчит, а остальные участники группы угадывают, какая эмоция на какой части листа изображена, обосновывают свою гипотезу. В конце каждого обсуждения автор рассказывает про свой рисунок. Как правило, детям с гипердинамичными расстройствами трудно строить рассказ без повторения и образного подкрепления, поэтому после изображения той или иной эмоции количество гипотез (почему вы радуетесь или грустите?) увеличивается. Таким образом, дети расширяют свои представления о возможных причинах того или иного настроения, учатся объяснять и рассказывать о своих переживаниях.

**Конструктивно-формирующий этап:** включает (1) упражнения, направленные на развитие навыков внешнего и внутреннего контроля действий, на получение «обратной связи»; проигрывание психотехник, направленных на помощь в решении конструктивных задач и проблем (4 занятия); (2) упражнения, направленные на развитие навыков взаимопонимания, сотрудничества и группового взаимодействия в целях достижения общего группового результата; игры-альтернативы для развития навыков сотрудничества

(3 занятия). Каждое занятие начинается с проигрывания 1-2-3-х соответствующих упражнений по вашему выбору из модулей: коммуникативно-развивающий, релаксационный, эмоционально-чувствующий-развивающий. В последующем переходят к проработке базовых упражнений конструктивно-формирующего этапа.

Виды заданий:

1. «Волшебная птица». Цель: Развитие воображения, пространственного мышления, мелкой моторики через рисунок. Материалы для работы: пачка или рулон серой хозяйственной бумаги, газеты, скотч, самоклеящаяся цветная бумага, ножницы, клей, различные материалы для украшения птицы (бусины, перья, ленты, нитки). Ход выполнения задания: **1 этап.** Вспомните с детьми птиц, которых они знают, могут назвать и описать, предложите создать ребенку свою сказочную птицу, которая не будет похожа на других. Кратко расскажите о волшебных птицах Сирин и Феникс. **2 этап.** Для начала работы покажите ребенку, как делать туловище птицы — туго скрутите в цилиндр смятую бумагу и обмотайте ее скотчем. Далее предложите детям продолжить, оказывайте минимальную помощь. **3 этап.** После окончания работы над каркасом птицы разложите перед детьми материалы для украшения птицы

— начните работать над образом птицы. 4 этап. Когда птицы закончены, предложите детям рассказать о своих птицах, дайте возможность поиграть.

2. «Волшебные бусы». Цель: развитие внимания, пространственных представлений, воображения, контроля результата деятельности, мелкой моторики. Материалы: бумага для рисования, простые карандаши, цветные карандаши, ластик, самозатвердевающий пластик для лепки, акварельные или акриловые краски, баночки для разведения красок (по количеству цветов — от 6 до 12), нитки, тонкая спица для проделывания дырочек в бусинах, готовые бусины различных форм и цветов для демонстрации. Ход выполнения задания: **1 этап:** Предложите создать детям необычные волшебные бусы, которые будут помогать им, когда они окажутся в волшебной стране. Спросите, каких форм и цветов могут быть бусины, постарайтесь представить как можно больше форм — в том числе и негеометрических (звезда, капля, луна). Продемонстрируйте детям уже готовые бусины, попробуйте представить, что каждая бусина могла бы означать в сказочной стране: например, звезда помогает найти правильный путь; цилиндры могут оказаться палочками или бревнышками, из которых можно построить дом, мост через реку или плот и т.д. Раздайте детям пластик для лепки бус. Каждый ребенок должен слепить не менее 12 небольших бусин. Во время выполнения задания сведите помощь ребенку к минимуму, дайте ему возможность самому придумать способ лепки той или иной формы, лишь при явных неудачах предложите свой способ или дополните способ ребенка. Помогите проделать дырочки в бусинах, уточнив у ребенка, как бы он хотел, чтобы весела его бусина на веревочке. **2 этап:** После того как бусы изготовлены и высушены, попросите детей разложить бусины в том порядке, в котором они должны висеть на веревочке. Раздайте каждому ребенку лист бумаги, простые и цветные (от 6 до 12 соответственно цветам красок для раскрашивания бус) карандаши, ластик. Положите лист горизонтально и попросите детей провести линию от одного края листа до другого (эта линия будет символизировать веревочку, на которую будут нанизываться бусы), затем нарисовать на этой линии бусины в том порядке, в котором они выложены на столе перед каждым ребенком, затем раскрасить каждую нарисованную бусину цветным карандашом по желанию ребенка. В конце этого этапа получаем визуализированную схему, по которой можно раскрасить и собрать уже имеющиеся бусины, либо создать еще одни.

**3 этап:** После того, как каждый ребенок создал схему, разведите в баночках краску для окрашивания бус. Предложите детям



него или внутреннего фактора, вызывающего органическое поражение головного мозга и/или когнитивный дефицит, нами выделено еще два типа психической дезадаптации, объединенных патологическим фактором личностной деформации, которая проявляется либо самостоятельно (психопатический тип), либо служит преморбидной почвой, обеспечивая снижение адаптационных способностей при воздействии внешнего стрессового фактора.

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

**Для подростков с тормозимыми личностными чертами** было характерно, что беременность и роды протекали патологически (6 — 42,8% в группе НП и 9 — 56,3% в группе ББ). Отмечались токсикозы первой половины беременности, нередко беременность протекала с угрозой прерывания, проводились мероприятия по сохранению беременности. В большинстве случаев беременность сопровождалась серьезными эмоциональными потрясениями, конфликтами в семье, впоследствии матери подростков отмечали, что ребенок не был желанным (10 — 71,4% в группе НП, 11 — 68,7% в группе ББ). В ряде случаев матери пытались сами избавиться от плода «народными средствами», спровоцировать выкидыш. Роды протекали с патологией, очень часто отмечалась гипоксия плода, стремительные или затяжные роды, продолжительный безводный период (8 — 57,1% в группе НП и 10 — 62,5% в группе ББ). В двух случаях (6,7% всей группы) у новорожденных отсутствовало дыхание и сердцебиение, проводились реанимационные мероприятия. В то же время необходимо отметить, что в группе не наблюдалось

чером дома. **3 этап.** Обсудите с детьми лучший распорядок и лучшими элементами дополните свой.

**Обобщающее-закрепляющий этап**, включая упражнения, направленные на развитие навыков гибкого поведения и уверенности в себе (4 занятия). Каждое занятие начинается с проигрывания 2-3-х соответствующих упражнений по вашему выбору из модулей: коммуникативно-развивающий, релаксационный, эмоционально-чувствующий-развивающий. В последующем переходят к проработке базовых упражнений обобщающе-закрепляющего этапа.

Виды заданий:

**Задание 1.** «Автопортрет». Цель: развитие воображения и пространственного мышления, мелкой моторики, представлений о собственном «Я». Ход выполнения задания: создание автопортрета в технике коллажа, автопортрет из символических форм, например алфавита разных народов и других знаков.

**Задание 2.** «Автобиография. Кем хочу стать». Цель: развитие представлений о личном мире, формирование личного временного пространства; развитие социально-когнитивного уровня интеллекта. Материалы: листы бумаги форматом А3 по количеству детей, цветные карандаши. Ход выполнения задания: расспросите детей, знают ли они, кем работают их родители, что делают и что нужно для того, чтобы стать... — вспомните с детьми различные профессии. Расспросите, что дети делают в школе и как представляют, что будет после того, как они пойдут по жизни дальше; кем они хотят быть, что делать? Попросите детей нарисовать себя в будущем, как они будут выглядеть, что будут делать. В конце задания каждый ребенок должен рассказать, кем он нарисовал себя в будущем и чем хочет заниматься?

**Задание 3.** «День рождения». Цель: развитие «Я» и формирование социальных правил. Материалы: бумага для рисования, цветная бумага, пластилин, цветные карандаши, ножницы, клей. Ход выполнения задания: предложите детям пофантазировать на тему дня рождения — кого бы они собрали за праздничным столом, как рассадили, что ели и пили. Дайте время каждому ребенку придумать, кого они пригласят и чем будут угощать гостей, обсудите, какие блюда они знают, что им больше всего нравится. После приступайте к изготовлению композиций: кроме обязательных фигурок гостей отдельное внимание уделите изготовлению праздничных блюд, красивой посуды и скатерти. По окончании работы дайте возможность каждому ребенку рассказать, кого он пригласил, чем угощал гостей, как они развлекались, что подарил каждый гость.

Задание 4. «Автобиография. Кем я хочу стать?». Цель: развитие личных пространственно-временных представлений. Ход занятия: (1) Рассказ о любимых занятиях и профессиях; (2) Моделирование «жизненного маршрута» на бумаге, на макете; (3) Проективный рисунок: Какой «Я» был вчера — Какой «Я» сегодня — Какой «Я» буду завтра; (4) — Обсуждение рисунков и жизненных планов.

**При организации индивидуальной или групповой социореабилитационной работы (2 блок) с родителями или педагогами** целесообразно перед началом работы попросить родителей и учителей дать характеристику поведения ребенка и формировать у них мотивацию на необходимость обеспечения ребенку длительной психологической поддержки.

**Первый этап работы информационно-просветительский** и он включает ознакомление родителей с психологическими характеристиками и особенностями социального поведения детей с аномальным поведением. Данный этап работы особенно необходим родителям, так как родители в результате длительного противостояния с ребенком, как правило, чувствуют себя бессильными и не знают, что им делать. Достаточно часто они могут рассказать об эпизодах, когда теряли над собой контроль, наказывали ребенка физически, хотя и понимали, что такие действия могут только усугублять ситуацию. На информационно-просветительском этапе (2 занятия) родители не только получают необходимую информацию, но и с них снимается чувство вины, с которым они часто сосуществуют. Кроме этого, родителей учат использовать свое влияние на ребенка, добиваться последовательности в своих действиях, уметь прощать ребенка, избегать физических наказаний как бы не было тяжело и утомительно. Педагогическая коррекция учителей и социальных работников также может включать информационно-просветительский блок.

**Второй этап — коррекционный** (2 занятия). На этом этапе родителям, педагогам, воспитателям помогают приобрести следующие навыки: (1) Преодоление непослушания и сдерживание или устранение вызывающего поведения ребенка (идентификация тех форм поведения, которые им хотелось бы поощрить у ребенка; контроль собственных эмоциональных реакций в виде раздражительности, агрессии); (2) Ознакомление с приемами ежедневного контроля выполнения домашних заданий, умения так организовать его деятельность, чтобы успех был максимальным, а неудачи минимальными; (3) Адаптация к эмоциональным проблемам ребенка (умение замечать то, что ребенок делает хорошо и умение хвалить ребенка за достигнутые результаты; умение прощать ребенка и не

персонализировать его проблемы); (4) Обучение способности сохранять контроль над ситуацией, исключая экспансию существующих проблем (обучение использованию системы штрафов и поощрений; контроль динамики состояния ребенка через карты ежедневного контроля); (5) Защита других членов семьи, других детей от воздействия неблагоприятных факторов, обусловленных поведением ребенка.

**Третий этап закрепляющий.** На этом этапе родители, педагоги, воспитатели могут объединяться в группы поддержки и совместно обсуждать проблемы детей и проблемы, связанные с неудачами обучения, воспитания.

Реализация представленных модулей обеспечивает формирование у ребенка с аномальным поведением и проблемами обучения, обусловленными отклонениями в развитии школьных навыков, следующих психологических новообразований: развитие пространственно-временных представлений, как базовой составляющей когнитивной деятельности; развитие регуляторного компонента когнитивной деятельности, включая прогностическое моделирование, формирование контроля результата деятельности, пространственное моделирование; развитие «Я». Опыт психокоррекционной работы показывает, что именно ускоренное формирование этих составляющих психической деятельности позволяет ребенку начать контролировать свое поведение и социальную ситуацию, оптимизирует у гипердинамичных детей групповое взаимодействие, ориентированное на конечный результат. Данная модель психокоррекционной программы подходит к терапии гиперкинетических нарушений как нарушений функции регуляции, что значительно расширяет ресурс поведенческих техник. Реализация программы необходимым образом включает социально-психологическую поддержку со стороны родителей и педагогов. Программа может быть реализована как в условиях образовательных учреждений с программами коррекционно-развивающего обучения, так и в условиях специализированного ЛПУ — психоневрологический диспансер с дневным стационаром.

### **Персонально-дистрессовые типы психической дезадаптации, сопровождающей психические расстройства, ассоциированные с асоциальным поведением у детей и подростков**

Наряду с рассмотренными выше типами психической дезадаптации, в основе которых лежит повреждающее действие внеш-

НП и никто из группы ББ). У них отсутствовали стойкие интересы и увлечения, не было любимых предметов. С учителями, как правило, они находились в конфликтных отношениях, хотя могли вести себя и заискивающе, стремились войти в доверие. После очередного конфликта они с готовностью давали обещание исправиться, непродолжительное время усердно занимались и соблюдали дисциплину, однако в дальнейшем столь же легко нарушали свои обещания, забывали об учебе, бросали кружки и секции, снова проводили большую часть времени на улице. Многие, начиная с 3-4 класса, пропускали без уважительных причин занятия и не выполняли домашних заданий (17 — 77,3% в группе НП и 5 — 71,4% в группе ББ). Отношения со сверстниками у данной группы подростков складывались двояко: немногие из них становились неформальными лидерами в коллективе, умели организовать вокруг себя других детей, подчинить их своему влиянию; другие то и дело меняли друзей и подруг, не пользовались в среде учеников большим авторитетом. Постоянное желание быть в центре внимания, нравится окружающим побуждало их вести себя экстравагантно, вызывая конфликтовать с другими подростками. Они щепетильно относились к своему внешнему виду, одежде, причёске. Чтобы утвердиться в роли неформального лидера, рано начинали курить, употребляли алкоголь, стремились к сексуальным контактам со старшими девушками, прикладывали значительные усилия, чтобы завести себе приятелей из криминальной среды. В отношении сверстников отличались завистливостью, жестокостью, ссорились с друзьями из-за пустяков и немедленно начинали им мстить за выдуманные обиды. Достигнув возраста 12-13 лет, окончательно утрачивали интерес к учебе, ориентировались только на мнение старших друзей и подруг, ведущих асоциальный образ жизни, быстро вливались в полукриминальные молодежные группировки, систематически совершали правонарушения (19 — 86,3% в группе НП). Они убегали из дома, похищали в семье и у знакомых деньги и ценные вещи, уезжали в Москву и другие крупные города, пьянствовали, ночевали где попало, легко вступали в сексуальные отношения, имели опыт употребления наркотиков (14 — 63,6% в группе НП, 2 — 28,6% в группе ББ, показатель группы НП достоверно превышает аналогичные в других категориях,  $t \geq 2$ ,  $P \leq 0,05$ ).

На этом фоне возникали аффективные нарушения, как правило, у них доминировало приподнятое настроение, были характерны резкие, порой беспричинные эпизоды его снижения, сопровождавшиеся отчаянием, злобой на окружающих, желанием отомстить за свои мнимые или реальные неудачи, сопровождавшим-

недоношенности, в большинстве случаев новорожденные выписывались из роддомов в обычные сроки, их вес и рост соответствовали средним показателям, раннее развитие протекало без особенностей, т.е. отмечались высокие компенсаторные возможности, пластичность нервной системы.

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

В дошкольном возрасте у детей данной группы нередко отмечались неврозоподобные страхи темноты, высоты, замкнутых помещений (9 — 64,3% в группе НП, 7 — 43,8% в группе ББ, различия достоверны,  $t \geq 2$ ,  $P \leq 0,05$ ). Они любили рассказывать взрослым истории о чудовищах, прячущихся под кроватью или в темном углу, охотно иллюстрировали свои рассказы рисунками, фантазировали на различные темы. Многие из них рассказывали своим родителям о целых выдуманных ими странах, планетах, жители которых наделялись ими идеальными качествами. Часто большое место в фантазиях отводилось самому рассказчику, который занимал место главного героя или тайного, доброго участника всех происшедших событий. Игры носили, как правило, познавательный характер, многие к 5-6 годам умели читать, считать в пределах ста, оперировали арифметическими действиями, писали печатными буквами. По-прежнему отмечалось дистанцирование от сверстников. В детских учреждениях у них обычно не было близких друзей, они не принимали участия в общих играх, предпочитали уединение (5

— 35,7% в группе НП и 9 — 56,3% в группе ББ). В то же время в некоторых случаях сами становились помощниками взрослых: наблюдали за порядком, помогали младшим детям, читали вслух всей группе сказки, придумывали для других детей увлекательные сюжетные игры. Часто привязывались к определенным игрушкам, не расставались с ними ни днем, ни ночью, берегли их, горько переживали их пропажу или порчу (4 — 28,6% в группе НП и 3 — 18,8% в группе ББ). Многие очень любили домашних животных, часто делали их участниками своих воображаемых приключений. Игры и фантазии у детей данной группы отличались сюжетностью, художественной образностью, проработкой деталей. Взрослые отзывались о них как о талантливых, послушных, не по годам серьезных, развитых детях.

В школе подростки с личностно-обусловленной дезадаптацией адаптировались плохо. С одной стороны, они как правило, отличались хорошей успеваемостью, любили точные науки, литературу (4 — 28,6% в группе НП и 3 — 18,8% в группе ББ, сведения по группам неполные), нередко уже в младшем школьном возрасте их привлекали серьезные классические произведения. Они сами сочиняли лирические стихотворения, подражали любимым поэтам. С другой стороны, часто становились изгоями в детском коллективе (9 — 64,3% в группе НП, 7 — 43,8% в группе ББ). Им придумывали обидные прозвища, избивали, не принимали в общие игры. Сами подростки тяготились обществом сверстников, предпочитали общаться со старшими, отличались серьезностью, вдумчивостью, в изучении любимых предметов выходили далеко за рамки школьной программы. Участие в общественной жизни класса, школы носило у них зачастую формальный характер, выполняли большую общественную работу, но подчиняли ее своим интересам. Порой их поступки вызвали удивление окружающих своей парадоксальностью. Подростковый возраст в исследуемой группе проходил по двум основным моделям. **Первая модель** (11 человек, 36,7% от всей группы) характеризовалась углублением замкнутости, отчужденности, формированием собственных, не свойственных сверстникам интересов, увлечений, например, философией, высшей математикой, мистикой. Подростки менялись по характеру, производили впечатление угрюмых, нелюдимых, их интересы сужались до рамок немногих избранных увлечений. Такие подростки обнаруживали глубокую диссоциацию между отличными знаниями в ряде областей и беспомощностью в элементарных бытовых вопросах — плохо следили за собой, могли по несколько дней не выходить из комнаты, не мыться. Они покидали семью или детское учреждение,

бродяжничали, попрошайничали, начинали употреблять алкоголь и токсические вещества. **Вторая модель** (19 человек, 63,3% от всей группы) характеризовалась сглаживанием аномальных личностных черт — подростки этой группы становились более открытыми, общительными, приобретали друзей, определенный круг общения, однако и здесь оно носило избирательный характер, преследовало узкий круг целей. Они становились членами асоциальных группировок, отличались холодностью, жестокостью, цинизмом, нередко начинали употреблять алкоголь и наркотики, совершали антисоциальные поступки. Во всех случаях характерологические изменения развивались медленно, исподволь, достигали максимальной выраженности к 13-14 годам, сопровождалась общими чертами, свойственными психопатическим личностям: психическим инфантилизмом, трудностями социальной адаптации, эмоциональной лабильностью, измененной самооценкой, агрессией.

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

В раннем детстве развитие детей этой группы соответствовало норме, они охотно посещали детские дошкольные учреждения. Среди сверстников они выделялись подвижностью, капризностью, стремились быть на виду, претендовали на лидерство, были первыми заводилами в шумных играх и шалостях. В то же время, как правило, лидерами в детском коллективе не становились (лидерские позиции занимали 7 — 31,8% из группы НП и никто в группе ББ, различия достоверны,  $t \geq 2$ ,  $P \leq 0,05$ ), и тогда начинали конфликтовать со сверстниками, часто дрались, пытались во что бы то ни стало досадить своим «врагам». Взрослые отмечали их неплохие способности, обращали внимание на присущий им артистизм, но в целом впечатление бывало омрачено свойственными им требовательностью к окружающим, заносчивостью, лживостью и совершаемыми ими выходками. Фантазирование носило ограниченный, преимущественно «корыстный» характер, стремясь выделиться в коллективе, они сообщали сверстникам небылицы, могли обогатить перед воспитателем других детей. Никаких предикторов аномального поведения в дошкольном и младшем школьном возрасте в этой группе не наблюдалось.

В школе эти дети с первых дней обучались с неохотой, их успеваемость была невысокой (хорошо успевали 4 — 18,2% группы

ми, у которых диагностировались расстройства адаптации, расстройства невротического спектра. Определяющим фактором развития для реактивно-обусловленной дезадаптации было длительное психотравмирующее влияние окружающей социальной среды — дефекты ухода и воспитания, фрустрации, внутрисемейные конфликты и негативное воздействие микрогруппы.

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

Преобладающими стилями воспитания в группе являлись гипоопека или отвержение (8 — 57,1% в группе НП), многие матери, формально не пренебрегая родительскими обязанностями, осуществляя в той или иной степени заботу и уход за ребенком, тяготились им: отдавали на воспитание родственникам (5 — 35,7% в группе НП, 8 — 61,5% в группе ББ, различия достоверны,  $t \geq 2$ ,  $P \leq 0,05$ ), оставляли на продолжительный срок знакомым, объясняя это необходимостью поехать на заработки, болезнью пожилых членов

ся агрессией. Криминальные действия носили спонтанный, часто — агрессивный характер, сопровождались элементами психопатической самоактуализации, порой — лишь формальным осознанием тяжести совершаемых правонарушений. Во всех случаях криминальные действия сопровождались убежденностью в своей безнаказанности.

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

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

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

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

**симптомы формирующейся зависимости** от алкоголя и других ПАВ.

**При личностно-обусловленной психической дезадаптации** наблюдается:

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

2. Доминирование в клинической картине в подростковом возрасте невротических и неврозоподобных синдромов, зависи-

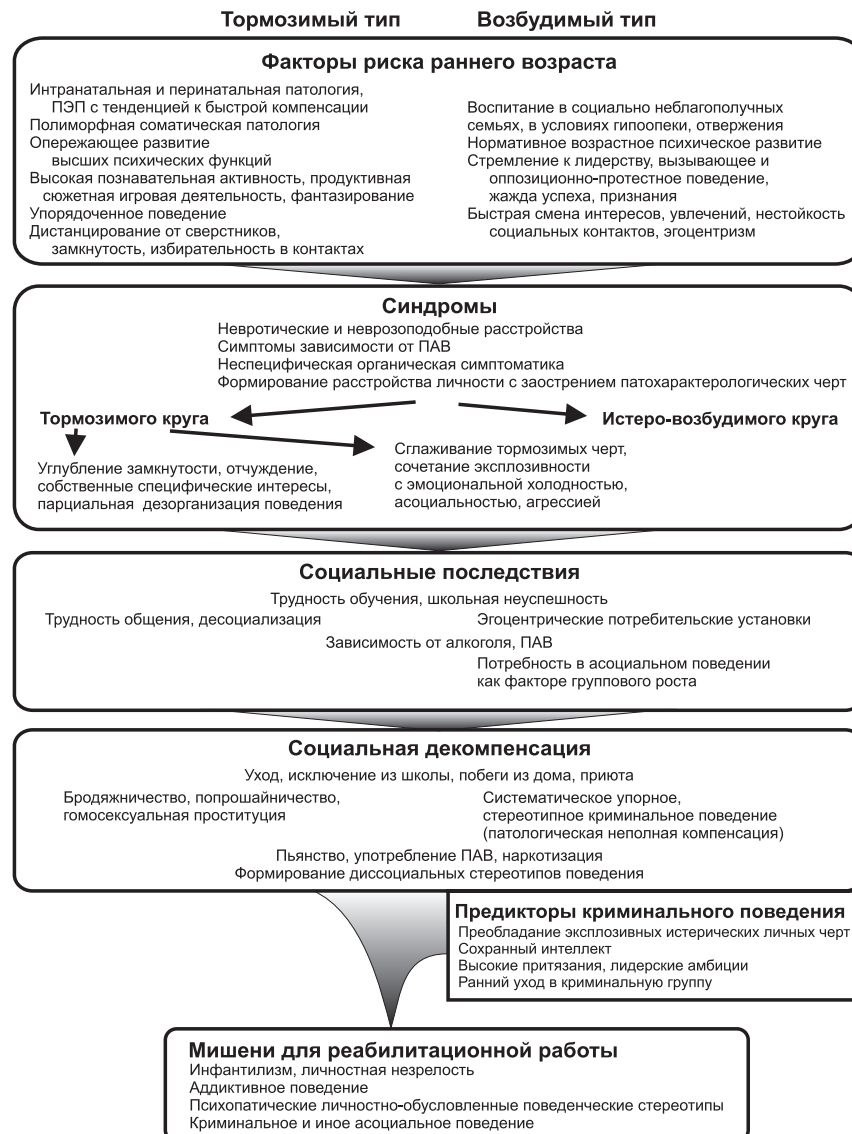
мого поведения, неспецифической органической и неврологической микросимптоматики с формированием патохарактерологических черт тормозимого или истеро-возбудимого круга. Предиспозицией криминальной активности для личностей тормозимого круга выступает сглаживание тормозимых черт, появление эксплозивности в сочетании с эмоциональной холодностью, агрессией, диссоциальным поведением. Углубление замкнутости, отчужденности, появление специфических индивидуальных интересов, парциальная дезорганизация поведения (шизоидизация) ведут к бродяжничеству, попрошайничеству, гомосексуальной проституции — как формам асоциального поведения.

3. Наличие социальных последствий психического расстройства — трудностей обучения и школьной неуспешности, трудностей в установлении межличностных контактов и ограничении круга общения, десоциализации (для тормозимого типа), формирования эгоцентрических потребительских установок (для возбудимого типа), формирования зависимости от алкоголя, токсических веществ, формирования потребности в асоциальном поведении как факторе, обеспечивающем внутригрупповой рост (для возбудимого типа).

При личностно-обусловленной дезадаптации объекты для коррекционной и реабилитационной представляют собой: (1) инфантилизм, личностную незрелость, (2) психопатические индивидуально личностно-детерминированные поведенческие стереотипы, (3) антиобщественные установки и аддиктивное поведение и (4) криминальный и асоциальный поведенческий стереотип.

Корреляционный анализ клинических и социальных слагаемых личностно-обусловленной психической дезадаптации показал, что предикторами криминального поведения в данной категории подростков являются (1) преобладание эксплозивных, истерических личностных черт ( $\gamma = 0,81$ ), (2) высокий уровень интеллекта ( $\gamma = 0,78$ ), (3) высокий уровень притязаний, лидерских амбиций ( $\gamma = 0,72$ ), (4) раннее инкорпорирование в криминальную группу ( $\gamma = 0,72$ ). Данная группа несовершеннолетних правонарушителей, беспризорных и безнадзорных отличается глубоким личностным потенциалом развития и в этом плане особенно благоприятна в качестве объекта для профилактической работы.

Несовершеннолетние с реактивно-обусловленной психической дезадаптацией встречались в нашем исследовании реже всех остальных типов. В группе НП данный тип дезадаптации констатирован у 14 (9,3%), в группе ББ — у 13 (11,3%) подростков. Клинически эта категория была представлена в основном подростка-



Особая группа для профилактической работы — большие ресурсы личности

Схема 6. Модель пациента с личностно-обусловленной дезадаптацией



Схема 7. Модель пациента с реактивно-обусловленной дезадаптацией

стей в установлении межличностных контактов и ограничении круга общения, отсутствия стойких интересов, привязанностей, с формированием гиперкомпенсаторного, протестного или пассивно-зависимого поведения в составе асоциальной группы или индивидуально.

При реактивно-обусловленной дезадаптации объекты для коррекционной и реабилитационной представляют собой: (1) не-

семьи. Большинство семей в этой группе были неполными (9 — 64,3% в группе НП, 10 — 76,9% в группе ББ, показатель в группе НП достоверно выше  $t \geq 2$ ,  $P \leq 0,05$  среднего по группе НП в целом). Вероятно, собственно депривационный фактор был одним из определяющих аномальный характер развития.

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

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

В школьном коллективе эти дети адаптировались плохо. Они редко имели друзей, никогда не претендовали на лидерство. Хотя в младших классах их успеваемость не вызывала нареканий со стороны педагогов (хорошо успевали 8 — 57,1% в группе НП и 4 — 30,8% в группе ББ, различия достоверны  $t \geq 2$ ,  $P \leq 0,05$ ), их характеризовали как пассивных, безынициативных; у них не было любимых предметов, они не первенствовали в труде и спорте, легко пасовали перед трудностями (так наз. «общая невротическая безучастность» по В. Майер-Гроссу, 1960). В случае, если по той или иной причине эти дети оказывались в центре внимания, могли неадекватно отреагировать плачем, убежать, спрятаться. Внутришкольные конфликты усугубляли невротическую симптоматику: по утрам появлялись страх, тревога, сопровождавшаяся тошнотой, рвотой,

отказом от пищи, снижалось настроение, появлялась эмоциональная фиксация на неблагоприятной ситуации, могли появиться элементы навязчивых действий (отряхивание, оглаживание одежды, оглядывание через плечо и т.д.). Для детей группы реактивно-обусловленной дезадаптации было характерно реагирование по «неврастеническому» типу — уклоняющееся, избегающее поведение со склонностью к аффективным вспышкам по типу «раздражительной слабости» и легким формированием соматизированных расстройств (у 12 — 85,7% в группе НП, у 9 — 69,2% в группе ББ).

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

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

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

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

**расстройства сна** — с нарушением засыпания или крайне поверхностным, чутким сном с многочисленными пробуждениями,

с ночным энурезом, с ночными страхами от нестойких страхов темноты до развернутых картин ночных ужасов и панических атак;

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

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

**невротическое развитие личности** с преобладанием тревожных, астенических, зависимых черт

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

**неспецифическая органическая симптоматика** — полиморфные неспецифические неврологические микросимптомы.

Реактивно-обусловленной психической дезадаптации свойственно:

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

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

3. Наличие социальных последствий психического расстройства — нарушений адаптации в коллективе сверстников, трудно-



кими расстройствами депривационного и социально-стрессового генеза):

1. Аномальные отношения в семье
  - 1.1. Недостаточность эмоционального тепла в отношениях между родителями и детьми (92%)
  - 1.2. Конфликтные отношения между взрослыми в семье (88%)
  - 1.3. Враждебное отношение к ребенку, включая физическое насилие в отношении ребенка (70%)
  - 1.4. Психическое расстройство, отклонение или физический недостаток у родителей и значимых для ребенка других членов семьи (18%)
2. Аномальные качества воспитания
  - 2.1. Родительская гиперопека (17%)
  - 2.2. Неадекватный родительский надзор/контроль (52%)
  - 2.3. Неадекватное родительское воздействие (23%)
3. Неблагоприятные события жизни
  - 3.1. Изъятие из семьи, создающее значительную угрозу (56%)
  - 3.2. Негативные изменения стереотипа отношений в семье (12%)
  - 3.3. Переживание сильного страха (8%)

Таким образом, семейная депривация является социально-психологическим феноменом, который по своей структуре включает аномальные отношения в семье, аномальные типы воспитания, неблагоприятные события в жизни ребенка, сопровождающиеся, как правило, острым или протрагированным и хроническим семейным стрессом.

Отмеченные проявления семейной депривации сопровождаются определенными клинко-социальными особенностями родителей. Учитывая ведущую роль материнской депривации, наиболее значимыми оказываются клинко-социальные характеристики матерей. В большинстве случаев они представлены следующими признаками: (1) органическое расстройство личности (эмоционально-неустойчивый или конформно-зависимый варианты с интеллектуальными (когнитивными) нарушениями); (2) аномальные личностные расстройства, среди которых ведущими являются радикалы эмоциональной неустойчивости (импульсивный тип) или зависимости с чертами пассивности, отгороженности, амбивалентности в отношениях с ребенком, а также ананкастный тип с личностными установками на «долженствование» (перфекционизм); (3) расстройства личности и поведения вследствие употребления психоактивных веществ (алкоголь, наркотики); (4) пограничные психические расстройства невротического уровня, аффективные расстройства

вротическое «избегающее», уклоняющееся поведение, (2) формирующийся тревожный личностный радикал, (3) аддиктивно-компенсаторное (как правило, клинически зависимость не выражена) и криминальное поведение, (4) симптомы невротического круга, негативно влияющие на самооценку (негативная оценка внешности, заикание и т.д.). Модель пациента с реактивно-обусловленной дезадаптацией представлена на схеме.

Корреляционный анализ клинических и социальных слагаемых реактивно-обусловленной психической дезадаптации показал, что предикторами криминального поведения в данной категории подростков являются (1) физическое и сексуальное насилие в семье или в учреждении ( $\gamma = 0,75$ ), (2) наличие стереотипного реагирования на фрустрацию по типу короткофазовых аффективных вспышек ( $\gamma = 0,72$ ), (3) наличие в ближайшем окружении криминальных элементов и раннее включение в криминальную группу ( $\gamma = 0,71$ ). Данная группа несовершеннолетних правонарушителей, беспризорных и безнадзорных, как и группа с личностно-обусловленной дезадаптацией, отличается глубоким личностным потенциалом развития и в этом плане особенно благоприятна в качестве объекта для профилактической работы.

**Первичная профилактика в данной группе** будет, таким образом, возложена в основном на учреждения немедицинского профиля, в первую очередь — образовательные (ДДУ и средние школы, внешкольные образовательные учреждения) и учреждения, оказывающие социальную поддержку семье. Важнейшая роль в профилактике должна быть уделена гармонизации внутрисемейных отношений, грамотному выстраиванию ролей и ролевых функций в системе «родители — ребенок — воспитатель (педагог)», раннему выявлению предикторов аномальной личностной трансформации. В значительной степени успех профилактики может быть связан с социальной поддержкой дисфункциональных семей, включая формально благополучные семьи, страдающие от дефицита общения с детьми, трудностей адаптации к новым экономическим условиям.

В то же время даже сформированная аномальная личностная структура может быть хорошо адаптирована к текущим социальным условиям, что достигается благодаря уравниванию внешних дестабилизирующих факторов (дистрессовые воздействия) внутренними компенсирующими (внутренние стабилизирующие саногенные ресурсы), что достигается в основном в рамках психотерапевтической и психокоррекционной работы при вторичной профилактике и коррекции.

## **Вторичная профилактика и коррекция персонально-дистрессовых типов психической дезадаптации, сопровождающей психические расстройства, ассоциированные с асоциальным поведением у детей и подростков**

В рамках социально-психиатрического подхода, который является выражением социально-медицинского направления в детской психиатрии, дистресс рассматривается как состояние острого или хронического эмоционального напряжения, возникающего при конфликтных, кризисных, в том числе семейных ситуациях, и превышающего по своей интенсивности или длительности индивидуальные психофизические и личностные адаптивные возможности ребенка.

Социально-психологический анализ позволяет выделить следующие виды семейного стресса, переходящего у ребенка в дистресс с признаками патологического реагирования.

**1. Семейная депривация.** Это понятие связано с ограничениями потребностей ребенка в оптимальной степени реализовать потенциальные возможности своего развития (Лангмейер И., Матейчек З., 1984). В связи с тем, что семья в воспитании ребенка играет основную, долговременную и важнейшую роль как один из типов депривации выделяют семейную депривацию как специфическую форму хронического семейного стресса. В рамках семейной депривации ключевое значение имеет материнская депривация, которая развивается у ребенка, находящегося в условиях недостаточности эмоциональной теплоты и не привязанного к матери. В Международной классификации болезней (МКБ-10) эти нарушения выделены в отдельную рубрику как «расстройства привязанности» (F93).

**2. Хронический семейный конфликт, сопровождающийся судебным спором** (как правило — при разводе родителей, часто сопровождается насильственным разлучением ребенка с одним из родителей).

**3. Семейный конфликт с внутрисемейным насилием.** Отличительной особенностью детской психики и детского организма является то, что на острые или длительные тяжелые семейные стрессы ребенок реагирует дистрессом — патологической реакцией. В контексте задач оценки патологических нарушений при состояниях дистресса у детей необходимо выделять и оценивать: (1) отклонения в возрастном, соматофизическом и психологическом развитии; (2) собственно, психические расстройства, ассоцииро-

ванные со стрессом; (3) психосоматические расстройства; (4) стойкие поведенческие расстройства — закрепившиеся аномальные поведенческие реакции.

На настоящем этапе развития комплексной социально-медицинской помощи и социально-правовой защиты детей с особыми потребностями выделяются следующие группы детей, находящихся в трудных жизненных обстоятельствах, и в силу этого имеющих риск развития психических расстройств и нарушений поведения. Эти группы отличаются по механизмам социализации, ведущим патогенным социальным факторам и связанным с ними эмоциональными дистрессами:

1. Дети, находящиеся в условиях семейной депривации и оставшиеся без родительского попечения («социальное сиротство» — осуществленное по закону изъятие ребенка из семьи в связи с необеспечением родителями заботы, ухода и воспитания своих детей и/или угрозой их здоровью, психическому состоянию и благополучному развитию). Ведущие семейные стрессы в этой группе детей — дистрессы «лишения» или семейной, материнской депривации; утраты родителей и эмоционально значимых близких; эмоционального напряжения в связи с опасностью насилия, жестокого обращения.

2. Дети, находящиеся в условиях хронического семейного стресса, разрешаемого в судебном порядке. Ведущие семейные стрессы — дистресс «лишения»; «неисполнения ожиданий» и/или «поражения» с переживанием неуспешности в детско-родительских отношениях, в семье; дистресс интенсивного эмоционального напряжения.

3. Дети, находящиеся в условиях семейного стресса, сопровождающегося внутрисемейным насилием (физическим, сексуальным). Ведущие социальные стрессы — дистресс «лишения» или депривации, «дистресс» интенсивного эмоционального напряжения в связи с угрозой насилия (младшая возрастная группа), дистресс разрыва с привычным стереотипом отношений, изоляции в старшей возрастной группе.

Все типы этих семей объединяют: неудовлетворительные материальные условия, частые случаи злоупотребления родителями психоактивными веществами, невысокий культурный и образовательный уровень, низкая медицинская активность родителей в случае заболевания ребенка. Необходимо выделить следующие компоненты, формирующие семейную депривацию (в процентах указана встречаемость внутрисемейных социальных отклонений, оказывающих воздействие на детей с диагностированными психичес-

В целом указанные признаки можно рассматривать как признаки психического регресса, сочетающиеся с другими нарушениями отклонений психического развития — невропатия, отставание в психомоторном, эмоционально-личностном развитии.

**Психические и поведенческие расстройства у детей в условиях семейного стресса, связанного с судебным спором.**

Проведенные нами исследования показывают, что при разводах, сопровождающихся судебным спором, конфликтные отношения до развода существовали значительно дольше и протекали более напряженно. В этих конфликтных ситуациях внутрисемейные отношения часто принимают характер враждебности, сопровождаются взаимными обвинениями, угрозами и действиями, в которых ребенок используется как средство психологического или другого воздействия. При оценке переживаний ребенком развода и влияния этой реакции переживания на его психическое состояние следует учитывать остроту и напряженность конфликтных отношений между родителями, факт резкого изменения привычных для ребенка жизненных семейных обстоятельств, внезапное или не имеющее объяснений разлучение с одним из родителей. Последнее обстоятельство превращает развод в утрату и переживание потери одного из родителей. Следующая важная особенность этих конфликтов заключается в том, что разведенные родители осознанно или неосознанно ищут в детях психологическую поддержку или «союзников», тем самым вовлекая их в конфликт выбора между родителями, что предъявляет к ребенку в психологическом плане слишком сложные требования. У каждого ребенка в этой ситуации с учетом его возраста, индивидуально-психологических свойств наблюдается или возрастание потенциала раздражительности, агрессивности, который разряжается на одном из родителей, или существенно нарастает зависимость чаще от родителя, с которым он остается совместно проживать. Третья особенность анализируемых семейных конфликтов заключается в том, что в подобной психологически сложной ситуации у детей выше риск развития нарушений психического здоровья и личностного развития. При постоянных и выраженных ссорах родителей формирующиеся сложные психологические переживания, во первых, включают в себя чувство страха, обусловленное скандалами между родителями, протекающими с высоким уровнем раздражительности и взаимных обвинений; во вторых, это часто скрытое, но существенное по своим последствиям для личностного развития ребенка чувство вины, которое возлагают на себя дети за происходящее в семье. Данное чувство может определять желания ребенка стать своеобразным «терапевтом брака»,

депрессивного, депрессивно-дисфорического типа. В большинстве случаев наблюдается сочетанный характер расстройств, например, органические или психопатические расстройства личности в сочетании с зависимостью от психоактивных веществ, вторичными аффективными нарушениями, аффективно-личностными реакциями.

Подверженность депривационным нарушениям чаще обусловлена асоциальностью семьи и малым возрастом ребенка при отрыве его от семьи в связи с лишением родителей родительских прав. Для детей из таких семей характерно задержанное психическое развитие, сопровождающееся неразвитостью воображения, бедностью эмоциональных реакций, односложной речью, снижением уровня сформированности любознательности и познавательных интересов; в самосознании присутствуют специфические черты с отсутствием чувства «Я»; у многих детей наблюдается неприятие себя, сочетающееся с равнодушием и слабым интересом к сверстникам. Достаточно часто одновременно отмечаются признаки гипердинамического поведения с повышенной патологической активностью, связанной с собственным телом: 16% детей склонны усиленно и монотонно раскачиваться из стороны в сторону, часто это делают перед отходом ко сну или оставаясь в одиночестве (яктация); около 20% детей сосут пальцы, берут в рот различные предметы, кусают ногти; в 12% случаев встречается привычная мастурбация. Достаточно часто проявления патологической активности усиливаются после конфликтных ситуаций. Это свидетельствует о том, что, во-первых, эти дети испытывают неудовлетворенные потребности в эмоциональных контактах, однако, эмоциональные отношения проявляются у них преимущественно в форме дистресса; во-вторых, отмечаются признаки регрессивных проявлений, связанных с задержанным психическим развитием; в третьих, наблюдается высокий риск формирования различных вариантов отклоняющегося поведения, в том числе и аддиктивного поведения с зависимостью от психоактивных веществ (ПАВ); достаточно часто отмечаются проявления бродяжничества и признаки агрессивного поведения. У детей дошкольного и младшего школьного возраста преобладающими являются признаки задержанного психического развития, которые сочетаются с педагогической запущенностью и парциальными формами легкой умственной отсталости. В дошкольном возрасте игровая деятельность у таких детей малопродуктивна, однообразна и не развернута. Одновременно отмечается неразвитость фантазии, которая лишена детской любознательности. В связи с этим дети достаточно часто пассивны и равнодушны к окружающему. У многих отмечаются латентные депрессивные на-

рушения, которые включают переживания с повышенной тревогой, страхами, ожиданием угроз со стороны взрослых или других детей.

В младшем школьном возрасте у детей преимущественно обнаруживается неспособность к определенным усилиям и устойчивым формам занятий. В связи с этим дети быстро устают, безразлично относятся к результатам своих действий. Они отвлекаются на уроках, допускают ошибки бездумного характера, плохо запоминают учебный материал. Трудности в усвоении школьных навыков сочетаются с нарушениями развития активной речи, пространственной ориентировки, признаками дислексии, дисграфии. Для многих детей характерен плохой почерк, им не удаются рисунки, другие школьные навыки, требующие тонкой моторики. Отмеченные психические расстройства сочетаются со школьной неуспешностью. На трудности обучения дети реагируют с проявлениями регресса в поведении. Регресс носит черты инфантильности, так как дети предпочитают игровые занятия; одновременно у них усиливаются проявления гиперактивного поведения и эмоциональной неустойчивости с несдержанностью аффекта. У некоторых детей дополнительно выявляется скрытая агрессия и враждебность по отношению к окружающим. Во всех случаях эмоциональные нарушения сопровождаются искажением коммуникативных способностей, такие дети характеризуются сочетанием пассивной подчиняемости по отношению к взрослым и упрямством, маломотивированными раздражительными реакциями по отношению к сверстникам. Дети также испытывают трудности в дифференцировке обращений к ним взрослых. Первой реакцией является реакция тревоги и «внутренней зажатости» на требовательный или повышенный тон обращения; похвала слабо интенсифицирует деятельность ребенка. Все это обуславливает у детей неподготовленность к социальным контактам в процессе школьного обучения. Для включения в учебный процесс со всеми детьми необходимо проводить индивидуальную работу с комплексной помощью психологов, педагогов и дефектологов.

Несформированность навыков социальной ориентировки и индивидуальных форм общения, как правило, повышает эмоциональную неудовлетворенность ребенка, его неустойчивую самооценку. Неуверенность в себе, отгороженность от окружающих в последующем легко определяют пассивное подчинение среде и социальному давлению асоциальных подростков.

Таким образом, у детей младших возрастных групп (дошкольный и младший школьный возраст) материнская и семейная деп-

ривация сопровождаются достаточно выраженными эмоциональными нарушениями в виде стойкого безучастного, депрессивного или тревожно-депрессивного настроения с существенной блокадой познавательных реакций и искажением детских форм общения. Одновременно отмечается парциальная задержка психического развития с интеллектуальной недостаточностью и задержкой созревания таких личностных свойств, как инициативность, самостоятельность, любознательность с нарушением формирования игровых и социальных навыков, эмпатических чувств сопереживания. Это приводит к серьезным искажениям в развитии самосознания. Наличие признаков сопутствующего раннего органического поражения нервной системы с дефицитом внимания фиксирует и закрепляет эти расстройства.

С установленными эмоционально-личностными кликопсихологическими особенностями, связанными с депривационными психосоциальными влияниями, коррелируют следующие формы психических поведенческих нарушений:

1. Гиперактивное поведение с нарушениями внимания. Нарушенное внимание проявляется в частой смене одной деятельности на другую, в повышенной отвлекаемости с быстрой утратой интереса к предшествующему заданию. Наиболее заметной такая поведенческая активность становится при организованных ситуациях, например, на уроке, при кружковой работе, при выполнении заданий, требующих самоконтроля. Дети с таким поведением постоянно провоцируют дисциплинарные взыскания, склонны к импульсивным действиям, самовольным побегам;

2. Моносимптомные нарушения отдельных системных процессов и физиологических отправления — непроизвольные тики и гиперкинезы, случаи упускания мочи в дневное и ночное время; расстройства ночного сна с недифференцированными страхами;

3. Нарушения развития отдельных психических функций, а именно, речи с сопутствующими трудностями в чтении, письме, а также трудности в обучении школьным навыкам счета, несформированность четких пространственных представлений.

4. Высокий уровень привычной патологической активности, связанной с собственным телом (грызение ногтей, вырывание волос на голове, мастурбация). При этом каждый из перечисленных феноменов может сочетаться друг с другом, характеризуется усилением выраженности в эмоционально-дисстрессовых ситуациях и связан с рудиментарными, атипичными аффективными нарушениями в виде субдепрессивных расстройств.

тные дисгармоничные черты с одной стороны включают проявления педагогической и социальной запущенности, а с другой — сопровождаются фиксацией повторяющихся патохарактерологических реакций с чертами аффективной возбудимости или реакций, сочетающих в себе черты возбудимости с сензитивностью, обидчивостью; часто наблюдаются признаки компенсаторного фантазирования. Признаки патологического формирования личности представлены в следующих вариантах:

1. Развитие «дефицитарных» аномально-личностных свойств с чертами зависимости. Особенности этого варианта являются: (1) связь семейной ситуации, сопровождающейся насилием, с задержанным возрастным психическим развитием; (2) сочетание часто наблюдающихся депрессивных реакций с парциальной интеллектуальной недостаточностью и регрессивными формами реагирования; (3) фиксация таких личностных свойств как волевая неустойчивость с пассивной подчиняемостью и зависимостью. Ведущими личностными чертами становятся ограниченность стимулов и эмоционально насыщенных контактов, стойкая разобщенность с социумом и недостаточность формирования необходимых социально-практических норм и правил поведения. С указанными особенностями депривационного формирования личности связана облегченность вовлечения детей в алкоголизацию, криминальную активность, что подтверждается возрастающим числом в этом возрастном периоде правонарушений.

2. Патохарактерологическое формирование личности с чертами психического инфантилизма. Личностные свойства подростков отличаются отсутствием позитивных социальных устремлений и не сформированностью этических, моральных установок. Одновременно отмечается слабость побудительных мотивов, отсутствие эмоциональной отзывчивости, глубоких привязанностей. Для девиантного поведения характерна бездумность оценок и отношений, рентное отношение к принятию всего «как должного», отсутствие планов на отдаленное будущее. У многих детей и подростков отмечаются комплексные переживания с темой «сиротства». Эта тема проявляется в комплексных переживаниях об «ущербном» характере судьбы и об «изгойности» своего положения; часто развивается тема компенсаторных фантазий, связанных с избавлением от сиротства. Таким образом, разработка проблем совершенствования социально-психиатрической помощи детям и подросткам, находящимся в трудных жизненных обстоятельствах, является социально значимой в связи с широкой распространенностью явлений семейной, школьной и социальной дезадаптации в детско- подро-

огда дети используют различные попытки примерить родителей. Другие дети, стараясь меньше досаждать родителям в ситуациях конфликта, осознанно отдаляются от них. Более тяжелые случаи характеризуются появлением у ребенка клинически выраженных симптомов развода, которые зачастую имеют для ребенка подсознательную функцию отвлечения родителей от их проблем, чтобы они могли сообща заняться им. Не менее важная особенность семейных конфликтов, сопровождающихся судебным спором, характеризуется тем, что хронический семейный стресс накладывает свой отпечаток на психологический склад взрослых лиц, вовлеченных в конфликт.

В структуру психологических переживаний родителей, как правило, входит отрицание своей вины в сложившейся ситуации и в проблемах ребенка (детей) с переносом вины на другого, например, на супруга, желавшего развода и покинувшего семью. Эмоционально напряженные отношения родителей по преимуществу противоречивы и имеют большую готовность к скрытой или явной агрессивности. Подобная поляризация индивидуально-психологических и личностных свойств взрослых членов семьи существенно ограничивает способность родителей помочь своему ребенку в преодолении кризиса развода. В ситуации конфликта, сопровождающего развод, наряду со специфическими психологическими переживаниями достаточно часто у детей развиваются клинические признаки обратимых психических расстройств, которые являются достаточно типичными и относятся к проявлениям хронического семейного стресса. Это нарушения сна и общее беспокойство детей с эмоциональной напряженностью и вегетативными дисфункциями, ночные страхи, невротические расстройства речи (заикание), тики, дневное и ночное недержание мочи.

Второй тип нарушений связан с психосоматическими расстройствами в виде отказов от еды или обжорства, болей в желудке, нарушений со стороны дыхательной, кожной системы.

Третий тип нарушений проявляется в эмоционально-поведенческих расстройствах с появлением школьных нарушений со снижением успеваемости. В более тяжелых случаях могут наблюдаться самовольные уходы из дома и оставление учебы, воровство, пробы с употреблением психоактивных веществ.

Выше перечисленные симптомы, связанные с семейным стрессом, имеют высокий риск фиксации, так как отражают малоосознаваемую со стороны ребенка потребность существенно повлиять на разводную ситуацию. С психодинамической точки зрения главную роль для поддержания симптомов играют конфликты,

которые скрываются за ними. Без понимания «значения симптомов» в рамках реакции переживания на развод невозможно оценить вероятностную динамику симптоматики в действительности и в будущем. Оппозиционно-вызывающее поведение ребенка и многие невротические симптомы, как правило, исчезают под влиянием новых жизненных обстоятельств и на новой ступени развития «Я» ребенка, а также при получении психолого-терапевтической поддержки.

Насилие, пережитое в семье, оказывает существенное влияние на эмоциональную, интеллектуальную и поведенческую сферы ребенка, потому что его возрастное психическое развитие всегда проходит через призму опыта отношений с родителями. Жестокое обращение и насилие в семье занимают особое положение в формировании психических и поведенческих расстройств у детей и в целом для них характерны интенсивность психотравматичных переживаний, повторность случаев насилия с обстановкой угроз, запугивания, повторяющихся избиений, издевательств. При насилии в семье дополнительное значение имеет наличие привязанности между жертвой и агрессором. Ребенок, перенесший насилие со стороны родственника или другого близкого человека, теряет ощущение безопасности, потому что в норме именно семья воспринимается как безопасное место, а родители воспринимаются ребенком как защитники. Если насильственные действия совершает родитель, или же ребенок чувствует, что родитель не может или не хочет его защитить, исчезает чувство безопасности, возрастает тревога, уменьшается способность доверять людям. В данной категории детей особенно часто встречаются фобические тревожные расстройства. Причинными факторами возникновения тревожно-фобических расстройств при внутрисемейном насилии являются субшоковые психические травмы, вызывающие острый испуг, и затяжные конфликтные психотравмирующие ситуации. В МКБ-10 «Фобические тревожные расстройства» рассматриваются в разделе «Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства» (F40 — F48). При диагностике данного расстройства необходимо учитывать, что тревога вызывается исключительно или преимущественно определенными объектами или ситуациями, которые характерным образом избегаются или переносятся с чувством страха. Для детей, переживающих явления внутрисемейного насилия с физической жестокостью и насилием, наиболее типичными являются следующие виды расстройств: (1) страх повторения насилия, что мешает концентрации внимания, приводит к снижению школьной успеваемости и вторично ухудшает положение

ребенка; (2) страх перед тем, что окружающие узнают о произошедшем, что определяет развитие стойких реакций с чувством стыда; (3) постоянно присутствующее чувство вины (дети считают, что «заслужили насилие»); (4) стойкие общие расстройства эмоциональной сферы (повышенная тревожность, частая смена настроения, подавленность, склонность к слезам, вспышки агрессии, раздражительность); (5) нарушения взаимоотношений (чувство одиночества, изолированности); (6) заниженная самооценка, неуверенность в своих силах и чувство беспомощности (это чувство усиливается, если ребенок делает попытки прекратить насилие, сообщить о происходящем, но встречает непонимание со стороны взрослых, к которым он обращается за помощью); (7) нарушения сна; (8) неприятие собственного тела по дисморфофобическому типу; (9) дополнительные психосоматические расстройства. Перечисленные выше страхи могут носить характер фобий или постоянной недифференцированной тревожности и могут сопровождать не только случаи физического, но и внутрисемейного сексуального насилия.

Девياции поведения сопровождают нервно-психические расстройства у детей и подростков, обусловленные внутрисемейным насилием. В части случаев поведенческие нарушения становятся не только облигатными, ведущими в клинической картине психогенных расстройств, но оказываются их единственным выражением, их «маской» (Гурьева В. А., 1996; Вострокнутов Н. В., 1997) или определенным «социальным знаком», имеющим важное смысловое значение для подростка. У мальчиков они встречаются чаще, чем у девочек, причем соотношение колеблется между 4:1 и 12:1. Согласно МКБ-10 для данной группы расстройств «явными характеристиками являются как эмоциональные симптомы, так и расстройства поведения». Депрессивные расстройства характеризуются подавленным настроением с тоской, чувством обреченности, неполноценности и недостаточности, нарушением аппетита. Как правило, депривационные и психогенные депрессивные расстройства имеют смешанный, взаимопереплетающийся характер. Случаи девиантных нарушений поведения связаны с ситуационными декомпенсациями, обусловленными не только семейными, но и другими социально-средовыми обстоятельствами, и кроме гипердинамичного, зависимого поведения проявляются в повторяющихся уходах из дома, в бродяжничестве, систематических мелких кражах. Одновременно выявляются комплексные переживания заброшенности, отверженности, сочетающиеся с устойчивым чувством обиды на семью, которая «стремится избавиться от него». Личнос-

должны быть одобрены группой. Ни в коем случае нельзя унижать участников реабилитационного процесса и применять насилие!).

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

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

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

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

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

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

4. Провести ролевую игру, например: группа сверстников осталась без взрослых (например, в летнем лагере). Возможные роли: Крутой пацан, Спортсмен, Ботаник, Любимчик, Красотка, Кукла, Зубрилка, Стервочка и т.д. Роли можно раздавать и вполне соответствующие, и противоположные типу участника группы. Попутно придется рассказать об особенностях характера, подать пример терпимости.

**На третьем занятии** отрабатываются навыки вербализации собственных чувств (с целью снижения вероятности их неадекватного проявления в поведении). Необходимо уделить особое внимание преодолению неприятных чувств, таких как страх, гнев, беспомощность, одиночество; важно показать силу эмпатии, сопере-

стковой среде, а также тяжестью ее последствий в виде связанных со стрессом психических и поведенческих расстройств, безнадзорности и криминальной активности среди несовершеннолетних.

Педагогу, психологу, социальному работнику или врачу часто приходится работать с детьми, насильно разлученными с близкими. Чаще всего это дети, изъятые из неблагополучных семей, реже — дети, помещенные в психиатрические или соматические клиники, относительно редко в коррекционные учреждения обращаются семьи, где дети перенесли похищение или его попытку, а затем возвращение в семью. В любом случае, изъятие из семьи — особая форма депривационной психической травмы, обуславливающая комплекс психопатологических и патопсихологических феноменов и требующая в дальнейшем осуществления реабилитационных мероприятий.

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

Чтобы избежать вышеуказанных последствий, нами разработана и адаптирована к использованию специалистами социальных практик программа коррекционных мероприятий, которые могут быть использованы, в зависимости от расстановки акцентов, как в качестве профилактических, так и в качестве реабилитационных,

завершающих курс восстановительной терапии. Данный цикл рассчитан на 10 занятий, проходящих с интервалом 1-2 раза в неделю в одновозрастной однополой или смешанной группе. В качестве ведущего занятий наиболее предпочтителен педагог (педагог-психолог), прошедший специальное обучение.

Базой для апробирования программы послужил Центр психолого-педагогической реабилитации и коррекции «Крестьянская застава» Управления образования ЮВАО г. Москвы. Научно-методическое руководство осуществлялось специалистами ГНЦ Социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского Минздравсоцразвития РФ — Вострокнутовым Н. В. и Пережоговым Л. О.

Программа включает в себя три этапа занятий.

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

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

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

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

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

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

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

руется не спонтанно. Главное, в чем должны быть уверены психологи, приступающие к работе с группой: (1) в группе все дети психически здоровы, а если группа реабилитационная — то они уже прошли психиатрическую диагностику, а если необходимо — то и лечение, и в настоящий момент не нуждаются в специальных лечебных мероприятиях; (2) группа составлена из детей приблизительно одного возраста, равных по интеллектуальным возможностям, из единой социальной среды; (3) в группе нет детей, существенно отличающихся от других по этническим, культуральным, религиозным признакам, детей с ограниченными возможностями. Каждый ребенок должен быть в целом адаптирован к условиям работы в коллективе, уметь общаться со сверстниками, владеть навыками чтения и письма, быть ориентированными на групповые формы работы. Перед началом работы с каждым ребенком желательно пообщаться индивидуально, гарантировать ему конфиденциальность, безопасность, защиту. При необходимости следует приглашать на индивидуальные беседы и родителей (отдельно от детей), вести с ними разъяснительную и просветительскую работу, включать в жизнь «профилактического» (по аналогии с терапевтическим) сообщества.

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

**На первом этапе** неизбежно приходится сталкиваться с проблемами группообразования. В случае, если специалисты (врач-психотерапевт и психологи) проделали свою работу тщательно и квалифицированно, процессы группообразования носят вполне стереотипный и легко прогнозируемый характер.

**На первом занятии** следует сделать такие шаги:

1. Определиться с правилами поведения в группе, установить систему поощрений и наказаний (они должны быть разумными! В группе мальчиков хорошо помогают приседания и отжимания, для девочек — чтение стихов и т.д. В более старших группах наказания



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

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

**На восьмом занятии** перед ребенком ставятся задачи целеобразования, формирования положительного образа будущего, формирование основных направлений для социальной идентификации ребенка в окружающем мире, приобретение навыков самостоятельной социальной адаптации. Обсуждается вопрос: что будет со мной, когда я стану взрослым? Кем я стану по профессии? Что я буду уметь? Как я буду выглядеть? Сколько у меня будет детей? Как я буду относиться к людям? Справедливым и достаточно серьезным остается вопрос проработки идентификации у детей. Многие дети пубертатного возраста обозначают идеальный образ гипермаскулинного (гиперфемининного) типа (по аналогии с рекламным слоганом: «Барби — все хотят быть похожими на нее!»). За этими образами скрываются попытки спрятать свою уязвимость, слабость, а вовсе не юношеская гиперсексуальность.

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

В ходе последнего занятия важно:

1. Подчеркнуть успехи каждого в работе группы и его положительную роль;
2. Сделать акцент на плюсах завершения программы;

живания, поддержки. Надо дать детям навык самооценки, установления связи своих чувств с поведением. Помогут следующие упражнения:

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

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

3. Я чувствую, что (хочу плакать, убегу, виню себя в том, что..., понимаю, что...) — коллективное обсуждение проблемы каждого. Следует отметить, что в процессе групповой работы в каждой группе происходит определение лидеров, аутсайдеров, выстраивается довольно строгая иерархия, определяются стили взаимодействия. Эти процессы должны находиться под контролем терапевта.

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

**На четвертом занятии:** В реабилитационной группе: делимся выстраданным. Дети «по секрету» могут сообщить педагогу (друг другу) что с ними произошло однажды... Можно усилить диссоциацию на уровне фантазий (однажды я видел(а) фильм, где ..., потом случилось ..., однако, к счастью ..., он(а) теперь дома, и ...). Следует прибегнуть к таким упражнениям, как:

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

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

В профилактической группе упор следует делать на формирование навыков идентификации опасности, самозащиты, умения позвать на помощь, привлечь внимание окружающих, сообщить

сведения о себе. Следует обсудить такие вопросы, как: крик, что кричать, сопротивление, как больней укусить, куда бежать, кто поможет в беде, как найти милиционера (полицейского) и т.д.

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

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

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

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

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

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

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

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

Помогут следующие упражнения:

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

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

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

В профилактической группе этим занятиям следует отвести большую роль. Опыт показывает, что многие дети боятся закричать или оказать малейшее сопротивление, что, возможно, спасло бы их в ряде опасных ситуаций. Дети боятся обращаться за помощью к незнакомым людям, даже если их вид внушает доверие и т.д. Необходимо обучить ребенка быстро оценивать ситуацию и принимать решение. Полезно использовать набор сюжетных картинок, в том числе — вырезки из газет, журналов, картины и т.д.

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

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

27. Сабурова Л. А., Ушнурцев М. Ю. Влияние различных микросоциальных факторов на психическое здоровье населения // Вестник «Медицина для вас», 1996. № 24 с. 31.

28. Селье Г. Стресс без дистресса. — М.: Прогресс, 1979. — 123 с.

29. Семке В. Я. Истерические состояния. М.: Медицина, 1988. — 222 с.

30. Семке В. Я. Экологическая психиатрия: настоящее и будущее // Социальная и клиническая психиатрия. 1992. Том 2, выпуск 3, С 19-22.

31. Семке В. Я. Экологические проблемы современной психиатрии: региональные аспекты // Вестник РАМН. 1994. № 2 С. 12-17.

32. Сухарева Г. Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. М.: Медицина, т. 1, 1955; т. 2, 1959; т. 3, 1965.

33. Фуко М. История безумия в классическую эпоху. СПб.: Университетская книга, 1997. — 576 с.

34. Шалимов В. Ф. Медико-социальная помощь детям младшего школьного возраста с пограничными психическими расстройствами (диссертация ... доктора мед. наук). М. 2007.

35. Шевченко Ю.С., Шагинян Н.Ю., Бармин В.В. Психосоциальные аспекты нежеланного материнства и раннего развития ребенка // Социальная и клиническая психиатрия. — 2001. — №3. — С. 94-105.

36. Шпенглер О. Закат Европы. Очерки морфологии мировой истории. М.: Мысль, 1998. ТТ 1-2.

37. Ясперс К. (1913) Общая психопатология — М.: Практика, 1997 — 1056 с.

38. Andrews J. A.; Capaldi, D. Adolescent and family predictors of physical aggression and communication. // Journal of Consulting & Clinical Psychology, Apr. 2000, Vol. 68 Issue 2, pp 195-210.

39. Bender L. Specific reading disability as a maturational lag. // Orton society bull. 1957 № 7 p. 9.

40. Cantvill D. P., Baker L. Psychiatric and learning disorders in children with communication disorders. // Children and adolescent psychiatry: Modern approaches. Oxford: Blackwell Publications, 1985. — p. 526.

41. Dover C.J, Le Couteur A (2007). «How to diagnose autism». Arch Dis Child 92 (6): 540-5.

42. Kaplan, H. B.; Lin, Cheng-Hsieng Deviant Identity as a Moderator of the Relation Between Negative Self-Feelings and Deviant Behavior. // Journal of Early Adolescence, May 2000, Vol. 20 Issue 2, pp 50-72.

3. Выделить (не публично) тех участников, с кем еще придется работать.

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

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

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

Конец — делу венец. **Последнее занятие** — веселый праздник.

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

Таким образом, в ходе психокоррекционных занятий психологом, педагогом могут быть решены комплексные задачи профилактики дистрессовых форм психической дезадаптации, в том числе — насильственного разлучения с родителями в группе риска и осуществлен завершающий этап реабилитации детей, перенесших насильственное разлучение с близкими, прошедших предварительно медицинский, включая психотерапевтический, и психологический этапы оказания помощи. Разработанная программа также успешно решает задачи по возвращению ребенка из особых условий (специализированные учреждения для беспризорных, безнадзорных и несовершеннолетних правонарушителей) в семью и образовательную среду.

## Литература

1. Акройд П. Лондон. Биография. М.: Издательство Ольги Морозовой, 2009. — 896 с.
2. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства. М.: Медицина, 1993. — 400 с.
3. Алмазов Б. Н. Психическая средовая дезадаптация несовершеннолетних. — Свердловск: Вече, 1986. — 113с.
4. Безруких М. М. Проблемные дети. М.: Издательство УРАО, 2000. — 312 с.
5. Вострокнутов Н. В., Пережогин Л. О. Диссоциальное расстройство личности несовершеннолетних: диагностика, коррекция, профилактика, принципы правовой поддержки. Аналитический обзор. М.: РИО ГНЦ ССП им. В. П. Сербского. 2003. — 40 с.
6. Вострокнутов Н. В., Пережогин Л. О. Формирование расстройств личности у несовершеннолетних правонарушителей, беспризорных и безнадзорных. // Вопросы психического здоровья детей и подростков, 2008 (8), № 1 с. 25-41.
7. Вострокнутов Н. В., Харитоновна Н. К., Пережогин Л. О., Колосов В. П. Психопрофилактическая работа с несовершеннолетними, имеющими высокий риск наркотизации. Основы семейного консультирования. Методическое пособие. М.: РИО ГНЦ ССП им. В. П. Сербского. 2002. — 64 с.
8. Вострокнутов Н. В., Харитоновна Н. К., Пережогин Л. О., Морозова Н. Б. Профилактика и реабилитация несовершеннолетних с психическими расстройствами и криминальной активностью. Пособие для врачей. М.: РИО ГНЦ ССП им. В. П. Сербского. 2004. — 84 с.
9. Гельдер М., Гет Д., Мейо Р. Оксфордское руководство по психиатрии. Киев: Сфера, 1999. — ТТ 1-2.
10. Гульдан В. В. Значение особенностей мотивации противоправного поведения при решении вопроса о вменяемости при психопатиях // Проблемы вменяемости в судебной психиатрии. М.: изд-во ЦНИИСП им. В. П. Сербского, 1983, — с. 55-64.
11. Гульдан В.В. Мотивация преступного поведения психопатических личностей. // Криминальная мотивация. — М.: Наука, 1986. — С. 189-250.
12. Гурович И. Я., Голланд В. Б., Зайченко Н. М. Динамика показателей деятельности психиатрической службы в России (1994-1999). М., 2000.
13. Гурович И. Я., Голланд В. Б., Сон И. М. и др. Психиатрические учреждения России: показатели деятельности (1999-2006). М.: Медпрактика-М, 2007. — 572 с.
14. Гурьева В. А., Вострокнутов Н. В., Макушкин Е. В. Социальные факторы и психические расстройства у детей и подростков // Руководство по социальной психиатрии. М.: Медицина, 2001. — с. 117-135.
15. Гурьева В.А. Психогенные расстройства у детей и подростков. — М.: КРОН-ПРЕСС, 1996. — 208 с.
16. Давыдовский И. В. Проблемы причинности в медицине. М.: «Медгиз», 1962. — 540 с.
17. Девятова О. Е. Семейная депривация и психические расстройства у детей. М.: Барс, 2004. — 114 с.
18. Дмитриева Т. Н. Сравнительный анализ роли микросоциальных и биологических факторов в формировании и динамике девиантного поведения при различных патохарактерологических расстройствах у подростков // Охрана здоровья детей и подростков. Материалы IV конгресса педиатров России. Москва, 17-18 ноября 1998. — С.140.
19. Елисеев А. В. Расстройства психического развития в детско-подростковом возрасте. Дисс... д-ра мед. наук. Томск, 2006.
20. Лисицын Ю. П. Санология — основа первичной профилактики // Вестник АМН СССР, 1995. № 8, С 48-51.
21. Майерс Д. Социальная психология. СПб.: Питер, 1996. — 684 с.
22. Макушкин Е. В. Агрессивное криминальное поведение у детей и подростков с нарушенным развитием. М.: МИА, 2009. — 240 с.
23. Прикладная статистика. Правила определения оценок и доверительных границ для параметров нормального распределения. ГОСТ 11.004-74. М., Гос. комитет стандартов СССР, 1974, — 20 с.
24. Прикладная статистика. Правила проверки согласия опытного распределения с теоретическим. ГОСТ 11.006-74. М., Гос. комитет стандартов СССР, 1975, — 24 с.
25. Ремшмидт Х. Детская и подростковая психиатрия. М.: Эксмо Пресс, 2001. — 624 с.
26. Ремшмидт Х. Подростковый и юношеский возраст. Проблемы становления личности. М.: Мир, 1994 — 320 с.

**Пережогин Лев Олегович**

**Вострокнутов Николай Васильевич**

**Асоциальное поведение детей и подростков.  
Профилактика и коррекция ассоциированных  
психических расстройств.**

Руководство для врачей

Зав. редакцией В.С. Залевский

Редактор Л.Б. Абрамова

ISBN 978-5-86002-151-8



Подписано в печать 23.02.2012

Формат 60x90/16. Гарнитура — Прагматика.

Усл. печ. листов 14,75. Тираж 200 экз.

Цена договорная. Заказ № 6

Отпечатано в Редакционно-издательском отделе  
Федерального государственного бюджетного учреждения  
«Государственный научный центр социальной и судебной  
психиатрии имени В. П. Сербского»

Министерства здравоохранения и социального развития РФ  
119992 ГСП-2. Москва, Кропоткинский пер , 23.

43. Pound A., Puckering C. The impact of maternal depression on young children // Br. J. Psychother. — 1988. — vol. 4. — P. 240-251.

44. Shattuck PT, Durkin M, Maenner M et al. (2009). «Timing of identification among children with an autism spectrum disorder: findings from a population-based surveillance study». J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 48 (5): 474-83.

45. The manual of Pediatric Therapist. 5th ed. / Eds. J. W. Graef. — Boston: Little, Brown & Co., 1994. — 911 p.

46. Ware J. E. Standards for validating health/ Definition and content // J. Chron. Diss., 1987. № 6 P. 473-483.

47. Williams J, Brayne C (2006). «Screening for autism spectrum disorders: what is the evidence?». Autism 10 (1): 11—35.

48. Yule W., Rutter M. Reading and other learning difficulties. // Children and adolescent psychiatry: Modern approaches. Oxford: Blackwell Publications, 1985.

## Содержание

Профилактика и коррекция психических расстройств, ассоциированных с асоциальным поведением у детей и подростков (наркотическая зависимость, алкоголизм, диссоциальное расстройство личности) .....	3
Программа профилактики и коррекции психических расстройств, ассоциированных с асоциальным поведением у детей и подростков .....	141