



ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

УДК 616.89-008-053.2

Л. О. ПЕРЕЖОГИН

ФГУ «ГНЦ Социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского»

Систематика и коррекция психических расстройств у несовершеннолетних воспитанников социальных учреждений: правонарушителей и беспризорных

Пережогин Лев Олегович

кандидат медицинских наук, доцент,

старший научный сотрудник отделения социальной психиатрии детей и подростков.

127566, г. Москва, ул. Бестужевых, д. 21-145, тел.: (495) 773-93-06, e-mail: drlev@online.ru

Проведена клинико-психопатологическая систематизация психических и поведенческих расстройств у несовершеннолетних с беспризорностью, безнадзорностью, криминальной активностью. Выделено несколько клинически обусловленных типов дезадаптации несовершеннолетних и группы аномальных состояний, в зависимости от завершенности формирования психического дефицита и его типа. Успешно использована разработанная программа лечебно-коррекционной реабилитационной помощи.

Ключевые слова: несовершеннолетние, беспризорные, психические расстройства, коррекция.

L.O. PEREZHOGIN

Systematization and correction of mental disorders at juvenile pupils of social establishments: infringer and homeless

Clinical-psychopathological systematization of mental and behavioural disorders at juvenile pupils with homelessness, neglect, criminal activity is lead. It is allocated a little bit clinically caused types of desadaptation of juvenile pupils and group of abnormal conditions, depending on completeness of formation of mental deficiency and its type. The developed program of the medical-correctional rehabilitation help is successfully used.

Keywords: juvenile pupils, homeless, mental disorders, correction.

Социальная ситуация развития ребенка оказывает существенное влияние на его возрастное психическое и личностное развитие, обуславливает риск формирования социально-зависимых психических расстройств. Социальная ситуация развития, протекающая с явлениями безнадзорности, беспризорности и вовлечением в криминальную среду, в еще большей степени влияет на перечисленные аспекты психического здоровья ребенка и обнаруживает непосредственную зависимость от специфических особенностей действия социальных факторов [1]. Это обуславливает необходимость создания межотраслевой системы диагностики, профилактики, лечения психических

расстройств и реабилитации несовершеннолетних, оказавшихся в трудной жизненной ситуации. Несмотря на то что за последнее десятилетие у специалистов прочно закрепились основные представления о полипрофессиональной психолого-психиатрической помощи, преобладании реабилитационного аспекта над собственно терапевтическим, основополагающей роли внегоспитальной помощи, указанные принципы реализуются лишь в ограниченном числе учреждений в порядке эксперимента [2] и на ограниченном контингенте детей. В отношении несовершеннолетних, находящихся в специализированных образовательных учреждениях и социальных приютах, оказание



Таблица 1. Психические расстройства в группах НП и ББ

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

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

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

По оси 4 и 5 группы НП и ББ оказались очень схожи между собой и обе существенно отличались от группы К.

Из соматических расстройств преобладали ЧМТ (S06), токсическая энцефалопатия (G92), общая задержка развития (R62).

Таблица 2. Сопутствующие аномальные психосоциальные ситуации в группах НП и ББ.

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

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

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

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

Таблица 3. Оценка нарушения психосоциальной продуктивности в группе НП в ходе и после завершения реабилитационных программ.

Балл	Группа РК НП	Группа РК НП (6 мес.)	Группа РК НП (12 мес.)
0-1	8 (10,4%)	10 (13,0%)	18 (23,4%)*
2-3	53 (68,8%)	54 (70,2%)	53 (68,8%)
4-5	16 (20,8%)	13 (16,9%)	6 (7,8%)*
Всего	77	77	77

* достоверные ($t \geq 2$, $p \leq 0,05$) отличия показателей группы РК НП (12 мес.).

Таблица 4. Типы дезадаптации у несовершеннолетних правонарушителей и беспризорных

Тип дезадаптации	Группа НП	Группа ББ
Органически обусловленная	31 (20,7%)	29 (25,2%)
Личностно обусловленная	36 (24,0%)	23 (20,0%)
Реактивно обусловленная	14 (9,3%)	13 (11,3%)
Когнитивно обусловленная	16 (10,7%)	23 (20,0%)*
Социально обусловленная	37 (24,7%)	9 (7,8%)*

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



комплексной помощи осложняется отсутствием в штате учреждений врачей-психиатров и организационной несогласованностью действий учреждений здравоохранения, образования, социальной защиты [3]. Этим и обусловлена необходимость проведения клиничко-психопатологической систематизации психических и поведенческих расстройств у несовершеннолетних с беспризорностью, безнадзорностью, криминальной активностью для разработки клиничко-систематических, методических и клинических основ лечебно-диагностической и социально-правовой помощи, социотерапевтической реабилитации в условиях образовательных и воспитательных учреждений.

Материалы и методы. Результаты исследования получены в ходе статистической обработки (выполнялась в соответствии с ГОСТом 11.004-74 и ГОСТом 11.006-74): индивидуальных показателей 1) несовершеннолетних правонарушителей (НП) в возрасте 12-14 лет (150 наблюдений); 2) несовершеннолетних беспризорных и безнадзорных (ББ) в возрасте 12-14 лет, воспитанников социального приюта (115 наблюдений); 3) контрольной группы (К) из 116 московских школьников в возрасте 12-14 лет; 4) группы несовершеннолетних, прошедших через реабилитационные психотерапевтические и психокоррекционные программы (РК): из них 77 — несовершеннолетние правонарушители, 49 — воспитанники социального приюта; все несовершеннолетние обследовались дважды (до и после реабилитационной программы).

В соответствии со стандартами ВОЗ, нами использована многоосевая классификация психических расстройств у детей, базирующаяся на МКБ-10 в качестве клинической классификации психических расстройств [4], включающая следующие оси: 1) клинические психопатологические синдромы; 2) специфические расстройства психического развития; 3) уровень интеллекта; 4) соматические состояния; 5) сопутствующие аномальные психосоциальные ситуации; 6) степень нарушения психосоциальной продуктивности. Таким образом, первые три оси составляют собственно психические расстройства, вторые три оси — конгруэнтные им клиничко-социальные сопутствующие явления, в целом указывающие на уровень социальной адаптации.

Использовались данные следующих методов: клиничко-психопатологического, экспериментально-психологического, социально-психиатрического, социально-психологического, клиничко-катамнестического, статистического. При анализе заключений психологов учитывались данные методик, направленных на исследование памяти (запоминание 10 слов, опосредованное запоминание), мышления (сюжетные картины, классификация, исключение, сравнение понятий, понимание переносного смысла пословиц, пиктограммы), интеллекта (метод Векслера), личностных особенностей (ММРП, уровень притязаний, шкала Спилбергера, метод Роршаха, ТАТ, методы Розенцвейга, Лири, Люшера и др.). В случае необходимости (при подборе коррекционных методик при специфических расстройствах речи и школьных навыков) использовалось комплексное нейропсихологическое исследование, проводившееся по традиционной схеме А. Р. Лурия (1969), которое включало исследование слухоречевой памяти (непосредственное и отсроченное воспроизведение серий слов, групп слов, предложений), зрительной памяти (воспроизведение фигур, в том числе фигуры Тейлора-Рейя), зрительного гнозиса (наложенные изображения, химеры), практические динамического (серии движений), зрительного (графические пробы), тактильных функций (локализация прикосновений), речевых функций, счетных операций, профиля функциональной асимметрии. Для исследования волевых расстройств была использована разработанная нами [5] «Нормированная шкала диагностики волевых рас-

стройств», адаптированная для подростков. Для оценки соматического состояния использовалась карта, заполняемая врачом-педиатром.

Результаты. В группе НП из 150 наблюдений психические расстройства были диагностированы у 113 человек (37 несовершеннолетних правонарушителей психически здоровы, 24,7% группы). Из 113 наблюдений у 16 (10,7% группы) диагностирована умственная отсталость (кодируются по оси 3), у 16 — специфические расстройства психического развития (10,7% группы) (кодируются по оси 2). По оси 1, таким образом, диагностированы психические расстройства у 81 человека (54,0% исходной группы). В группе ББ из 115 наблюдений психические расстройства были диагностированы у 106 человек (9 несовершеннолетних (7,8%) психически здоровы). Из 106 наблюдений умственная отсталость диагностирована у 23 человек (20,0% от группы) (показатель достоверно выше (≥ 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). Данные диагностики по оси 1 по группам отражены в табл. 1.

В отношении несовершеннолетних, отобранных в реабилитационно-катамнестические группы, на протяжении 1 года осуществлялась разработанная нами программа лечебно-коррекционной реабилитационной помощи [6]. В качестве инструмента для оценки успешности реабилитационных мероприятий применялась шкала степени нарушения психосоциальной продуктивности интегративная форма психиатрической оценки, представляющая собой совокупность психического, социального, трудового (учебного) функционирования несовершеннолетних на период их клинического осмотра [7, 8].

В нашем исследовании не встречались показатели социального функционирования ниже 5 баллов, что было обусловлено прежде всего нозологическим составом исследуемых групп. Обобщенные результаты реабилитационных мероприятий отражены в таблице 3.

Обсуждение и выводы. Используя в качестве рабочей концепции гипотезу о криминальном и делинквентном поведении как механизме компенсации социальной дезадаптации у несовершеннолетних [9, 10], можно выделить несколько клинически обусловленных типов дезадаптации несовершеннолетних, обуславливающих противоправное поведение и антисоциальный образ жизни. В первую группу попадают расстройства поведения (в том числе зависимость от ПАВ), во вторую — органически детерминированные расстройства, включая гипертонические, в третью — невротические и аффективные состояния, в четвертую — здоровые дети и дети со школьной неуспешностью, не обусловленной когнитивным дефицитом, в пятую — дети с когнитивными нарушениями (табл. 4).

Каждый из указанных типов дезадаптации характеризуется собственными групповыми характеристиками, этиопатогенетической связью с развитием аномального, включая противоправное, поведения, требует разработки собственных лечебно-реабилитационных подходов. Указанное выше позволяет рассматривать девиантное (включая делинквентное) поведение несовершеннолетних и психические расстройства, наблюдаемые у несовершеннолетних правонарушителей, беспризорных и безнадзорных не просто как взаимосвязанные явления, но как звенья одной патогенетической цепи и выделить (см. схему) основные мишени для профилактики, реабилитации и терапии.

Опыт работы в Центре временной изоляции несовершеннолетних правонарушителей ГУВД г. Москвы, специализированной школе

СОВОКУПНОСТЬ НЕГАТИВНЫХ СРЕДОВЫХ ВОЗДЕЙСТВИЙ

СЕМЬЯ

ШКОЛА

МИКРООКРУЖЕНИЕ

ОБЩЕСТВО

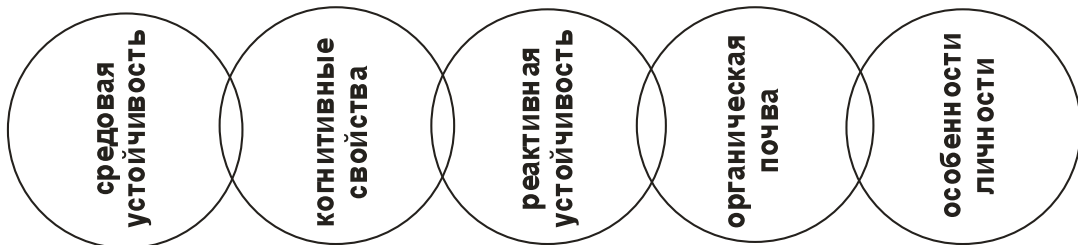
АЛЬТЕРИРУЮЩИЕ ФАКТОРЫ

**“ЭКЗОГЕННЫЕ”
ФАКТОРЫ**

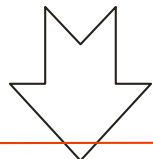


БАРЬЕР ПСИХИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ

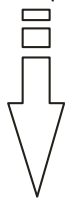
индивидуальные особенности личности



**“ЭНДОГЕННЫЕ”
ФАКТОРЫ**



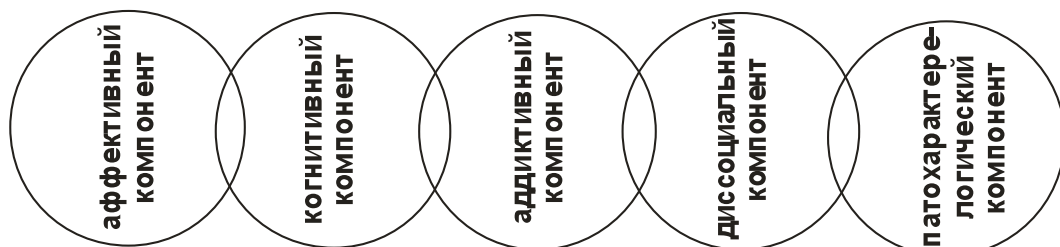
ДЕЗАДАПТАЦИЯ



ГИПЕРКОМПЕНСАЦИЯ



ПСИХИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО



аномальное поведение

закрытого типа для несовершеннолетних с девиантным поведением и социальном приюте показал: полноценная реализация реабилитационных программ возможна усилиями группы специалистов социальных практик: врача-психиатра, психоло-

га, социального работника, юриста, взаимодействие которых должно быть закреплено на межведомственном уровне.

Таким образом, при анализе характера психических расстройств, выявленных нами у несовершеннолетних пра-



вонарушителей, беспризорных и безнадзорных в контексте психического развития, представляется возможным выделить 4 группы аномальных состояний, в зависимости от завершенности формирования психического дефицита и его типа:

1. Расстройства с преобладанием нарушений психического развития:

а) со сформировавшимся когнитивным дефицитом (умственная отсталость);

б) без когнитивного дефицита (специфические расстройства развития).

2. Расстройства с преобладанием нарушений социальных функций:

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

б) без формирования расстройства личности (неврозы, расстройства адаптации).

3. Расстройства с преобладанием аномальных форм компенсации:

а) аддиктивное поведение (химическая или нехимическая зависимость);

б) девиантное поведение (ОВР, делинквентное поведение).

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

В свою очередь, реабилитационный процесс, осуществляемый с несовершеннолетними, должен включать по крайней мере 4 этапа:

1. Этап диагностики ведущих проблем ребенка и нарушений возрастного психического развития и прежде всего личностных свойств и факторов риска нарушений социального функционирования.

Ведущие специалисты: патопсихолог (клинический психолог), врач-психиатр.

Основные задачи: комплексная патопсихологическая и психопатологическая диагностика, определение приоритетных направлений психотерапевтической помощи и коррекции.

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

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

2. Этап педагогической коррекции различных форм отставания в обучении.

Ведущие специалисты: педагоги, воспитатель.

Основные задачи: формирование школьных навыков и базового уровня знаний по школьным учебным дисциплинам.

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

3. Этап специальной психотерапевтической помощи.

Ведущие специалисты: врач-психиатр, клинический психолог.

Основные задачи: в условиях индивидуальной и групповой психотерапии и психокоррекции осуществить основные психотерапевтические задачи: достичь сплоченности, обеспечить рост надежды на благополучный исход, единство, универсали-

зацию форм реагирования, рост альтруизма, обмен информацией, межличностное обучение и личностный индивидуальный рост, развитие навыков общения, подражание другим членам группы, катарсис; добиться формирования стойких установок на здоровый и социальный образ жизни.

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

4. Этап социально-психологической поддержки.

Ведущие специалисты: социальный педагог, воспитатель, врач-психиатр.

Основные задачи: формирование навыков самостоятельно-го социального функционирования (в рамках правового поля, в образовательной среде, микросоциуме, в том числе в семье).

Результат: интеграция предыдущих этапов, социализация поведения.

Этапы 1-4 представляют собой единую технологическую цель медицины психолого-педагогической и социальной реабилитации детей и подростков — несовершеннолетних правонарушителей, беспризорных и безнадзорных. Она осуществляется на принципах междисциплинарного взаимодействия педагогов, психологов, социальных работников, врачей-психиатров в составе полипрофессиональных бригад специалистов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вострокнутов Н.В., Пережогин Л.О. Основы психотерапевтической и психокоррекционной помощи детям и подросткам. Аналитический обзор. М. РИО. ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 2006. 110 с.

2. Шалимов В.Ф. Медико-социальная помощь детям младшего школьного возраста с пограничными психическими расстройствами: (автореф. дисс. доктора мед. наук. М., 2007. 306 с.

3. 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.

4. Multiaxial classification of child and adolescent psychiatric disorders. WHO. Cambridge university press, 1996. 244 p.

5. Шостакович Б.В., Горинов В.В., Пережогин Л.О. Способ диагностики степени выраженности волевых расстройств в судебно-психиатрической клинике. Социальная и клиническая психиатрия 2000; 3: 42-48.

6. Пережогин Л.О. Программа психотерапевтической и психокоррекционной реабилитационной помощи подросткам группы риска по беспризорности и криминальной активности. Проблемы социально-психологической адаптации и современные подходы к сбережению здоровья детей в образовательных учреждениях (материалы республиканской конференции, Шуя, 14 мая 2007 г.). Шуя, Шуйский ГПУ, 2007, с. 33-39.

7. Пережогин Л.О. Нарушение психосоциальной продуктивности у несовершеннолетних с беспризорностью и криминальной активностью. Российский психиатрический журнал 2009; 2: 47-50.

8. Van Goor-Limbo G., Orley J. et al. Classification of abnormal psychosocial situations and psychosocial functioning in child. WHO monograph. Geneva, 1990.

9. Вострокнутов Н.В., Пережогин Л. О. Формирование расстройств личности у несовершеннолетних правонарушителей, беспризорных и безнадзорных. Вопросы психического здоровья детей и подростков 2008; 1: 25-41

10. Пережогин Л.О. Криминальное поведение несовершеннолетних (криминологический и социально-психиатрический аспекты): монография. М.: ВГНА, 2009. 136 с.