

## КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ПОДРОСТКОВ

А. Ю. Березанцев, В. Г. Булыгина

*ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского*

Проблема поведенческих нарушений у подростков по-прежнему сохраняет клиническую и социально-психологическую актуальность. Сложность данного феномена заключается в том, что его проявления могут быть как крайним вариантом специфических подростковых форм реагирования, обусловленных социальными факторами и наследственными предрасположенностями, так и одним из проявлений психопатологических расстройств.

В психиатрической литературе подробно описаны свойственные подросткам специфические возрастные реакции (протеста, имитации, отказа, оппозиции, эмансипации, группирования, компенсации и др.), которые в той или иной степени определяют их поведение (2, 4, 5). Нормовозрастные особенности в случае их отчетливой выраженности (так называемый «подростковый комплекс») в сочетании с незрелостью интеллекта и моральных устоев сами по себе предрасполагают к формированию поведенческих нарушений. Помимо этого, поведение подростков, как в патологии, так и в неклинических случаях определяется целым рядом факторов, не имеющих возрастной специфичности (наследственных, социально-психологических) (10–12, 14). Разнородность этиологических факторов девиантного поведения свидетельствует о необходимости его дифференциации, с одной стороны, как самостоятельного социально-психологического явления, не относящегося к патологии (при ситуационно обусловленных характерологических реакциях и т.п.), с другой – как психопатологического феномена (в рамках различных нозологических форм психических расстройств) (1, 6, 13, 15, 16).

Следует подчеркнуть, что понимание каузальных процессов в формировании расстройств поведения в детском и подростковом возрасте, а также учет сопутствующих им эмоциональных проблем является крайне важным для практикующего клинициста и психолога (21, 22). В клинической практике понятие «коморбидность» нередко воспринимается лишь как дань моде и понимается как «двойной диагноз» или наличие сопутствующего психичес-

кого расстройства. Вместе с тем, концепция коморбидности отнюдь не означает отхода от описательно-феноменологического метода, а лишь позволяет выявить сложные взаимосвязи между симптомами и синдромами. При этом возможен учет не только взаимосвязей между собственно психопатологическими факторами, но и структурных взаимоотношений между психопатологическим, патофизиологическим и психологическим уровнями явлений (23, 24).

Наличие коморбидных (двух и более) психических расстройств, скорее правило, нежели исключение для детей и подростков с поведенческими нарушениями. Более того, доказано, что наиболее часто встречающиеся сопутствующие расстройства клинически важны, так как они влияют на манифестацию, течение и эффективность терапии данной патологии. Например, около 22–33% детей с расстройствами поведения обнаруживают также тревожные расстройства (26). Отмечено, что у младших школьников наличие тревожных расстройств ведет к формированию менее тяжелых и менее хронических форм расстройств поведения (25) и, наоборот, у подростков (включая девочек) с поведенческими нарушениями возникновение тревожных расстройств скорее указывает на формирование более тяжелых и хронических поведенческих расстройств. Депрессия также часто сопутствует нарушениям поведения. На выборке детей с подобной патологией процент депрессивных расстройств варьируется от 15 до 31% (20).

Поскольку расстройства поведения полиэтиологичны и являются результатом взаимодействия социальных воздействий, психологических факторов развития, биологических предрасположений и психопатологии, для понимания причин их возникновения и развития необходимо учитывать все вышеизложенные аспекты. Кроме того, наблюдающийся в течение последних десятилетий патоморфоз психических расстройств, коснувшийся и клиники поведенческих нарушений, определяет актуальность и практическую значимость новых эмпирических

исследований в области подростковой психологии и психопатологии<sup>1</sup>.

В связи с этим, в задачи настоящего исследования входило описание и сравнительная оценка клинико-психологических характеристик различных групп подростков (в том числе с психическими расстройствами), а также особенностей социальных условий их возникновения с целью последующего выявления прогностически неблагоприятных факторов, которые могут влиять на возможный переход девиаций поведения на криминальный уровень.

### Материал и методы исследования

Для выделения клинико-психологических особенностей подростков анализировались данные сравнительного и корреляционного анализа клинически ориентированного опросника А.Кауфман и Check-List Т.Ахенбаха. Для определения клинических и социально-психологических характеристик использовалась формализованная карта обследования, заполняемая экспертом на основе ретроспективного анализа материалов медицинской документации<sup>2</sup>.

Использование клинически ориентированных методик в настоящее время является скорее правилом, нежели исключением в исследовательской работе клинических психологов. Когда речь идет об изложении новых эмпирических данных, вопрос их соотношения с имеющимися теоретическими моделями с необходимым различением понятий «экспериментальный эффект» и «эмпирически установленная зависимость» не является принципиальным. В обоих случаях речь идет об эмпирически полученных данных. Но понятие эмпирической зависимости является более широким. Во-первых, оно не ограничивает в выборе метода психологического исследования. Эмпирические данные психолог может получать, используя множество методов: наблюдение, корреляционный подход, психодиагностика, анализ индивидуального случая и т.д. (7, 8).

Опросник А.Кауфман (K-SADS – Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for school aged children), разработанный американскими исследователями, был апробирован на российской выборке Т.В.Корниловой, С.Д.Смирновым, Е.Л.Григоренко (9). Предложенная А.Кауфман методика

построена для диагностики поведенческих и эмоциональных расстройств у детей и подростков в возрасте от 6 до 18 лет. Каждая диагностическая шкала позволяет провести количественную оценку имеющихся симптомов в прошлом и настоящем, наблюдавшихся у испытуемых не менее 6 последних месяцев. Разведение оценки имеющейся симптоматики в прошлом и настоящем позволяет на основании данной методики делать выводы о генезе имеющихся расстройств. Check-List (проверочный лист) Т.Ахенбаха – методика, направленная на получение данных об особенностях поведенческих и эмоциональных проблем подростка, так же, как и предыдущая (K-SADS), заполняется психологом по результатам клинической беседы, наблюдения и интервьюирования родителей, учителей, врачей ребенка<sup>3</sup>. Когда опрос нацелен на характеристику поведения другого человека, он заменяет результаты внешнего наблюдения. Тогда пункт анкеты строго определен, а главное, фокусирует в ответах респондента его мнения по очень конкретным проявлениям поведения другого человека. Результатом такого опроса должно быть получение не мнения, а ретроспективных обобщений наблюдения, составляющего первичные эмпирические данные. Эти данные потом анализируются психологом с целью установления данных вторичных – например, балла по шкале, отражающего уже не отдельный аспект, а целостный спектр поведенческих проявлений. Соответствующие методические средства называются «листами наблюдений». В отличие от стандартизованного анкетирования, полуструктурированное интервью выглядит как более развернутый и, главное, двухплановый текст, в котором указываются вопросы, на которые психолог хочет получить ответы и перечень вопросов, которые он для этого должен задать. Отличие примененных методик заключается в том, что K-SADS ориентирована на клинические аспекты проявления синдромов тех или иных нарушений, в то время как Check-List Т.Ахенбаха – на охват вариативности исходных симптомов (признаков) в норме.

В работе была применена схема квазиэксперимента «контроль после». Поскольку психологическая реальность не может быть полностью представлена в фиксируемых методиками показателях, возможно применение в ряде случаев качественно иного способа контроля: контроля путем выбора, «когда и на ком производить измерения». «После» в этой форме контроля означает, что экспериментатор подбирает группы людей для измерения зависимой переменной, полагая различия уже состоявшимися или существующими безотносительно к плану исследования. Важное отличие от истинно-

<sup>1</sup> Определение нормативности наблюдаемых феноменов, то есть отнесение их к норме или патологии, зависит от подхода к данной проблеме (количественно-статистического, адаптивного, субъективного, экспертного и др.), и определяется конкретным историческим, социальным и этнокультуральным контекстом.

<sup>2</sup> Карта содержит 83 пункта и отражает социально-демографические (образование родителей, состав семьи, условия проживания), анамнестические (перенесенные вредности, тип обучения, успеваемость), психопатологические (начало расстройств поведения, симптомы, госпитализации, их причины) и патопсихологические данные (особенности развития, состояние высших психических функций). Все показатели фиксировались в различные возрастные периоды (дошкольный, начальный школьный, препубертатный, подростковый).

<sup>3</sup> На российской выборке опросник апробирован Е.Григоренко, Д.Паулсом (3) на детях 9–10 лет и Т.В.Корниловой, С.Д.Смирновым, Е.Л.Григоренко (9) на подростках с 14 до 17 лет.

го эксперимента заключается в том, что сравниваются неэквивалентные группы, и именно признак неэквивалентности выступает аналогом независимой переменной.

Было обследовано 98 подростков мужского пола в возрасте от 14 до 18 лет. Основную группу исследования (26 чел.) составили несовершеннолетние, совершившие общественно опасные деяния (ООД) и находящиеся на принудительном лечении (ПЛ). Все они страдали органическим психическим расстройством (ОПР) без выраженного интеллектуального снижения (F07.08). Для решений поставленных задач необходимо было набрать экспериментальный материал таким образом, чтобы при сравнительном анализе испытуемых можно было объединять или разделять их по принципу присутствия двух факторов: психопатологического и девиантного (поведенческого). Поэтому в качестве контрольной группы были выбраны испытуемые с аналогичной психической патологией, не совершавшие ООД (21 чел.) (фактор психической патологии). Группу сравнения составили подростки, учащиеся общеобразовательных школ с нормативным поведением (31 чел.), и подростки, состоящие на учете в комиссии по делам несовершеннолетних (20 чел.) (фактор девиантного и нормосообразного поведения в рамках психической нормы).

Последовательный анализ психического статуса подростков с нормативным и девиантным поведением позволяет определить связи между определенными показателями имеющихся эмоциональных и поведенческих проблем, в том числе доклинических поведенческих симптомов в норме и выделить те закономерности, которые характерны для подобных доклинических девиаций поведения в рамках психической нормы. Данная логика анализа позволяет предполагать, что в основе выявленных для подростков с девиантным поведением закономерностей (связей между переменными) лежат уникальные (специфические) факторы риска девиаций поведения<sup>4</sup>. Переход к анализу подростков с психической патологией и разведением по параметру делинквентности (криминальности), позволяет выявить нозологически неспецифические факторы риска совершения ООД для лиц с выраженной психической патологией.

Качественные и количественные данные имели разные алгоритмы обработки из-за того, что их ре-

<sup>4</sup> Диагностические алгоритмы поведенческих и аффективных расстройств в указанных методиках построены в соответствии с критериями, изложенными в DSM-IV, которые включают в себя несколько категорий признаков: агрессия в отношении людей и животных, причинение имущественного ущерба, лживость и воровство, серьезные нарушения установленных правил. Следует отметить, что в DSM-IV расстройства поведения у подростков разделяются на легкие, умеренные и тяжелые, которые различаются между собой по степени выраженности (массивности) симптомов и длительности их проявлений. Причем клинические проявления легкой степени расстройств поведения феноменологически смыкаются с крайними вариантами нормы (17, 19).

зультаты были заданы в разных шкалах: качественные данные (формализованная карта обследования) – номинальная шкала, методики – шкала интервалов. Поэтому для качественных данных использовалась описательная (дескриптивная) статистика, частотный анализ, сравнительный анализ между группами.

Поскольку наши данные являются непараметрическими, для установления связи (мерой которой является коэффициент корреляции) между каждым параметром методик был применен коэффициент корреляции Кендала. Для анализа была избрана только самая высокая степень корреляции – от 0,7 до 1 по модулю. Выделенные связи были упорядочены и построены в виде «деревьев» – схематичных изображений корреляций (граф-схем). Для определения значимости различий по средним значениям в группах использовался Т-критерий Стьюдента.

### Результаты и обсуждение

Анализ статистической и клинико-социальной характеристик исследуемой выборки выявил, что по семейному положению в дошкольном возрасте большинство подростков проживало в полных семьях, за исключением 20% психически здоровых испытуемых с девиантным поведением и 22,2% психически больных, совершивших ООД. К 14 годам во всех группах подростков почти в два раза увеличилось количество испытуемых, проживающих в неполных семьях с матерью. У психически здоровых подростков с девиантным поведением в 10% случаев отмечалось злоупотребление алкоголем матерью, в 40% – отцом или отчимом и в 30% – обоими родителями. Группа больных, находящихся на принудительном лечении, была схожа с группой психически здоровых подростков с девиантным поведением по показателю алкоголизации обоих родителей (около 25% случаев). У совершивших ООД подростков частота преобладания автономного стиля воспитания родителей, характеризующегося безразличием, нежеланием вникать в проблемы ребенка, вплоть до безнадзорности, была в два раза больше, чем у не совершивших ООД (54,1% против 25%).

По условиям проживания самой неблагополучной оказалась группа психически здоровых испытуемых с девиантным поведением: 40% из них проживали в интернатах к началу подросткового периода. Больные, совершившие ООД (от 10% до 22,2%), начиная с подросткового возраста, проживали с другими родственниками.

В отношении возраста манифестации расстройств поведения следует отметить, что у больных ОПР, совершивших ООД, в 36,8% случаев начало девиаций поведения приходится на период начальной школы, характеризующийся жесткой поведенческой и социальной регламентацией поступков, зависимостью успешности и поощрений от неукоснительного соблюдения «навязываемых»

эталонов поведения и академических успехов. В период препубертата у 31,6% больных, совершивших ООД, и у 25% не совершавших правонарушений начинают отмечаться выраженные расстройства поведения. В связи с трудностями в поведении и усвоении школьной программы 10% психически здоровых подростков с девиантным поведением, 35% больных, совершивших ООД, и 15,2% больных, не совершавших ООД, переводятся во вспомогательные школы. К 14 годам число подростков, обучающихся во вспомогательной школе увеличилось в группах больных ОПР, не совершавших ООД, в два раза, а у больных, находящихся на принудительном лечении – в три раза.

При анализе причин стационарирования несовершеннолетних, не совершавших ООД, в психиатрические больницы обычного типа отмечается значительный удельный вес госпитализаций по причине астено-невротических жалоб. В 47,2% случаев госпитализации подростков, находящихся на ПЛ, были связаны с выраженными трудностями в поведении и обучении и осуществлялись по инициативе школы и милиции. При этом длительность болезни к моменту совершения ООД составляла в 33,3% случаев от одного до четырех лет, в 62,7% случаев – свыше пяти лет. То есть в подавляющем большинстве случаев совершение ООД не совпадало по времени с первичной диагностикой заболевания. Обращают на себя внимание следующие факты: 8,1% больных ОПР впервые попадали в поле зрения психиатра в связи с совершением ООД и назначением судебно-психиатрической экспертизы, остальные больные ОПР многократно госпитализировались в психиатрические стационары общего типа (не совершавшие ООД в 57,8% случаев, совершившие ООД подростки в 45,9% случаев). При этом, большая часть больных (44,7% случаев) в предшествующие правонарушению шесть месяцев принимали назначенные психиатром медикаменты эпизодически, либо не получали должного лечения.

Изучение биологических предпосылок развития ребенка показало, что в группе нормы лишь в 3,2% случаев в анамнезе отмечалась наследственная отягощенность, в то время как в других группах обследуемых подростков этот показатель был намного выше. В группе больных отмечался максимальный процент наследственной отягощенности психической патологией (27%). У больных, не совершавших ООД, отмечалось преобладание перинатальной патологии (70% случаев). По перенесенным постнатальным вредностям травматического генеза подростки с девиантным и криминальным поведением имели максимальные процентные показатели (40% и 39,2% соответственно). Постнатальные соматогенные влияния чаще наблюдались у подростков с психической патологией: у 33,3% не совершавших ООД и у 36,3% совершивших ООД. У больных ОПР, совершивших ООД, максимальными были показатели наличия в анамнезе постнатальных черепно-мозговых травм (47,4% случаев).

По данным полуструктурированного интервью А.Кауфман были обнаружены значимые различия по большинству шкал между обследованными группами подростков. Статистически значимыми с фактором психической патологии оказались переменные: социофобия, булимия на нервной почве, травматические стрессовые ситуации и посттравматические стрессовые переживания в настоящем и прошлом.

Группу больных, совершивших общественно опасные деяния (ООД), отличает значительное повышение средних значений по шкалам «синдром оппозиционного поведения», «синдром гиперактивности и расстройства внимания» и «поведенческие отклонения» с максимальными значениями по последней составляющей. В данной группе подростков средние значения по вышеуказанным шкалам в прошлом были существенно больше, нежели в настоящем. При сопоставлении динамики выраженности имеющихся в прошлом и настоящем расстройств у здоровых испытуемых отмечается незначительное снижение средних значений по всем шкалам в настоящем. Аналогичные закономерности выявляются и у больных, не совершавших ООД.

По данным опросника Т.Ахенбаха получены значимые различия между группами по  $t$  критерию ( $\alpha \leq 0,04$ ) по шкалам: «закрытость» (проблемы в общении), «социальная дезадаптация», «проблемы мышления», «проблемы внимания», «делинквентное поведение», «агрессия», «внешние симптомы/экстернализация» и «общий показатель проблем». По шкале «делинквентное поведение» значимо отличались показатели в группе нормы от всех других групп (минимальные показатели). В то же время по показателю «социальная дезадаптация» и «агрессия» значимо отличались от группы нормы только подростки с девиантным поведением и больные, не совершавшие ООД, и не было выявлено значимых различий между группой нормы и подростками, находящимися на принудительном лечении.

По данным корреляционного анализа положительно взаимосвязанными в группе подростков с нормативным поведением оказались показатели по шкалам «агрессия», «внешние проблемы» и «общий показатель поведенческих проблем». С этим «блоком» были положительно связаны показатели по шкале «делинквентность». Ожидаемыми и согласующимися с представлениями о механизмах нарушения социализации у подростков, оказались значимо связаны показатели каждой из вышеуказанных шкал с показателями по шкале «проблемы социализации». Обнаружена, ранее обсуждавшаяся в психологической литературе, связь шкал «внутренние проблемы» и «соматизация».

Отличительным для группы подростков с девиантным поведением является связь делинквентности с тревожностью и соматическими проблемами. Обращает на себя внимание отсутствие корреляций между переменными «агрессия» и «внешние про-

блемы», а также положительная взаимосвязь эмоциональных проблем в виде тревоги, сцепленной с боязнью разлуки и поведенческими отклонениями, а также синдромом оппозиционного поведения в настоящем.

Характерным для объединенной группы подростков с органическим психическим расстройством (ОПР) является отсутствие значимой связи между параметрами «делинквентность» и «агрессия», а также положительная связь показателей по шкалам «проблемы социализации» с показателями по шкалам, диагностирующим клинические симптомы, а не психологические и поведенческие проблемы.

У подростков с диагнозом ОПР, совершивших ООД, переменная «делинквентность» значимо связана с «общим показателем проблем», с «внешними проблемами», с «синдромом оппозиционного поведения» в настоящем, с «проблемами внимания». О последнем показателе следует сказать особо. Показатели по шкале Т.Ахенбаха «проблемы внимания и гиперактивность» у больных ОПР положительно коррелируют с проблемами социализации и показателями по шкале СДВГ в настоящем по методике А.Кауфман. Интересным представляется тот факт, что переменная «агрессия» положительно связанная только с «проблемами мышления», отрицательно коррелирует с «внешними проблемами», «делинквентностью» и «общим показателем поведенческих проблем». Алкоголизм в настоящем и прошлом связан с депрессивными расстройствами в прошлом, то есть по своей клинической сущности является скорее симптоматическим (вторичным).

Иной получается картина корреляционных связей у подростков с диагнозом ОПР, не совершивших ООД. Синдром оппозиционного поведения в настоящем и прошлом не связан с поведенческими отклонениями в прошлом и настоящем. Показатели по шкале «агрессия» не взаимодействуют значимо ни с одной переменной, касающейся расстройств поведения, а положительно связаны только с «проблемами мышления» (напомним, что из обследуемых групп исключались подростки с выраженным интеллектуальным снижением).

Таким образом, «уникальным», то есть присутствующим только группе больных с выраженной психической патологией, совершивших ООД, является факт значимой связи синдрома оппозиционного поведения в прошлом и агрессивных форм реагирования. В данном случае за указанной корреляцией не лежит возрастной фактор и скорее можно говорить о сочетании факторов риска совершения ООД и выраженной психической патологии. Следует особо подчеркнуть, что даже при переходе расстройств поведения на криминальный уровень переменная «агрессия» положительно связана только с «проблемами мышления» и отрицательно коррелирует с «внешними проблемами», «делинквентностью» и «общим показателем поведенческих проблем». Поскольку для исследования выбирались

испытуемые без выраженных когнитивных расстройств, данная корреляция указывает скорее на проблемы, связанные с дефицитностью социального распознавания.

Таким образом, на основании статистических и клиничко-социальных характеристик исследованного материала можно выделить ряд факторов риска девиаций поведения, связанных с неблагоприятными социальными условиями. К ним относится проживание в неполных семьях без отцов у психически здоровых подростков, начиная с дошкольного возраста, а в пубертатном периоде – как у психически здоровых подростков, так и несовершеннолетних с психической патологией. Невысокий образовательный уровень родителей и, как правило, низкий социально-экономический статус семьи сочетался с алкоголизацией отца и матери. В семьях подростков с девиантным поведением вне зависимости от фактора психической патологии с дошкольного возраста преобладает эмоциональное отвержение ребенка, агрессивность, жестокое обращение с ним обоих родителей. Специфичным для несовершеннолетних с выраженной психической патологией, находящихся на принудительном лечении, было более позднее обращение к психиатру, меньшее количество госпитализаций при длительности диагностированного заболевания к моменту совершения ООД не менее пяти лет, а также – отсутствие должного объема медикаментозного лечения. Следует отметить, что значительный вклад в социальную дезадаптацию и формирование девиантных форм поведения вносит недостаточная налаженность квалифицированной социально-психологической и педагогической коррекционной работы в органах опеки и попечительства и образовательных учреждениях.

Изучение сопутствующих эмоциональных и поведенческих проблем у подростков с расстройствами поведения позволило выявить ряд закономерностей, которые могут служить прогностическими критериями риска перехода девиаций поведения на криминальный уровень и одновременно быть мишенями психокоррекционной и социореабилитационной работы. Как в рамках психической нормы (то есть у подростков без диагностированных психических расстройств), так и у лиц с выраженной психической патологией были обнаружены значимые связи между импульсивным вариантом гиперактивности и расстройством внимания, проблемами мышления (в значительной степени отражающими дефицитность социального распознавания), явлениями нарушенной социализации и агрессивными формами реагирования.

У подростков с диагнозом ОПР, совершивших ООД, выраженность показателя «делинквентность» оказалась значимо связана с ранним (до 10 лет) появлением синдрома оппозиционного поведения. Следует отметить тот факт, что агрессивные формы реагирования в данной группе подростков в значительной степени обусловлены дефицитарно-

стью социального распознавания. Причем эмоциональные нарушения в виде трудностей волевого контроля в значительной степени определялись синдромом гиперактивности и дефицита внимания. Алкоголизация в допубертатном и пубертатном периодах коррелирует в значительной степени с ранее диагностированными депрессивными расстройствами. Поэтому по своей клинической сущности алкоголизм в данной группе являлся скорее симптоматическим (вторичным).

Таким образом, настоящее исследование подтвердило, что для выработки дифференцированных

психокоррекционных программ в отношении подростков с девиациями поведения важным является анализ и учет коморбидности эмоциональных и поведенческих проблем, последовательности развития психопатологической симптоматики, возраста её манифестации. Указанные факторы имеют прогностическое значение в аспекте динамики и массивности расстройств, а также вектора их социальной направленности, что представляется важным и для задач первичной профилактики ООД у психически больных подростков, наблюдающихся в психоневрологических диспансерах.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Асанова Н.К. Патологические формы девиантного поведения у детей с задержками психического развития. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – М., 1988. – 22 с.
2. Волошин В.М. и соавт. Феномен агрессии в структуре пограничных психических заболеваний у детей и подростков // XIII съезд психиатров России. – М., 2000. – С. 117–118.
3. Григоренко Е.Л., Паулс Д.Л. Генетические факторы, влияющие на возникновение девиантных форм развития и детских психических расстройств // «Дефектология». – 1995. – Вып. 3.
4. Гурьева В.А. Клиническая и судебная подростковая психиатрия. – М., 2001. – 479 с.
5. Дмитриева Т.Н. Динамика основных вариантов девиантного поведения у детей и подростков по данным клинико-катамнестического исследования // Социальная и клиническая психиатрия. – 1995. – Т. 5, № 1. – С. 54–61.
6. Ковалев В.В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. – М.: Медицина, 1985. – 288 с.
7. Корнилова Т.В. Экспериментальная психология: Теория и методы. Учебное пособие для вузов. – М.: Аспект Пресс, 2002. – 381 с.
8. Корнилова Т.В. Экспериментальная психология: Практикум. Учебное пособие для вузов. – М.: Аспект Пресс, 2002. – 383 с.
9. Корнилова Т.В., Смирнов С.Д., Григоренко Е.Л. Факторы социального и психологического неблагополучия подростков в показателях методик стандартизированного интервью и листов наблюдения // Вест. Московского университета. – Сер. 14. – Психология. – 2001. – № 1. – С. 3–15.
10. Королев В.В. Психические отклонения у подростков-правонарушителей. – М.: Медицина, 1992. – С. 70–88.
11. Личко А.Е. Подростковая психиатрия. – Л.: Медицина, 1985. – С. 164–174.
12. Мельник Э.В. Клиническая динамика синдромов девиантного поведения у детей и подростков. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Одесса, 1991. – 22 с.
13. Сосюкало О.Д. и соавт. О структуре психической патологии среди различных подростковых популяционных групп (клинико-эпидемиологическое исследование) // Журн. невр. и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1987. – Т. 87, № 10. – С. 1497–1503.
14. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. – М.: Медгиз, 1955, 1965. – Т. 1–3.
15. Трифонов О.А. Детская преступность: патопсихология и прогноз. – М.: ООО «Спорт и культура», 2002. – 142 с.
16. Цуцельковская М.Я. Клиника и дифференциально-диагностическая оценка некоторых психопатологических синдромов детского возраста // Проблемы шизофрении детского и подросткового возраста. – М., 1986. – С. 13–28.
17. Alexander J. Psychiatric comorbidity associated with DSM-IV ADHD in a nonreferred sample of twins // J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry. – 1999. – Vol. 38, N 11. – P. 1355–1362.
18. Bellak L., Black R.B. Attention-deficit hyperactivity disorder in adults // J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry. – 1999. – Vol. 38, N 11. – P. 1355–1362.
19. Biederman J., Faraone S.V., Keenan K., Tsuang M.T. Separation of DSM-III attention deficit disorder and conduct disorder: Evidence from a family genetic study of American child psychiatry patients // Psychol. Med. – 1999. – Vol. 21. – P. 109–121.
20. Capaldi D.M. Co-occurrence of conduct problems and depressive symptoms in early adolescent boys: II. A 2-year follow-up at Grade 8 // Development and Psychopathology. – 1992. – N 4. – P. 125–144.
21. Frick P.J. Conduct disorders and severe antisocial behavior. – New York: Plenum Press, 1999.
22. Greene R.W., Biederman J. et al. Adolescent outcome of boys with attention-deficit/hyperactivity disorder and social disability: results from a 4-year longitudinal follow-up study // Clin. Ther. – 1992. – Vol. 14, N 2. – P. 138–147.
23. Hinshaw S.P. et al. Issues of taxonomy and co-morbidity in the development of conduct disorder // Development and Psychopathology. – 1993. – N 5. – P. 31–50.
24. Lilienfeld S.O. et al. A critical examination of the use of the term and concept of comorbidity in psychopathology research // Clinical Psychology: Science and Practice. – 1994. – Vol. 1. – P. 71–83.
25. Quay H.C. Patterns of delinquent behavior // Handbook of juvenile delinquency / H.C. Quay (Ed.). – New York: Wiley, 1987. – P. 118–138.
26. Zoccolillo M. Co-occurrence of conduct disorder and its adult outcomes with depressive and anxiety disorders: A review // J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry. – 1992. – Vol. 31. – P. 547–556.

## CLINICAL AND SOCIAL FACTORS INVOLVED IN DEVELOPMENT OF CONDUCT DISORDERS IN ADOLESCENTS

A. Yu. Berezantsev, V. G. Boulyghina

This paper presents the results of an investigation of 98 adolescents including persons with organic mental disorders and those mentally healthy, both with law-abiding and delinquent behaviors. The authors present the statistical data and describe clinical-social characteristics of the sample investigated. They specify the risk factors for behavior deviations associated with unfavorable social environment and formulate a number of psychopathological and social-psychological regularities, which could serve as predictive criteria for conduct disorder

transforming into criminality, and point to the important role of biological predisposition. The authors emphasize the importance of comorbidity of emotional and behavioral problems for prognosis of further dynamics and future dangerousness, which is essential for prevention of socially dangerous acts of mentally disordered adolescents. The paper also points to lack of adequate social-psychological and pedagogical care aimed at prevention and correction of conduct disorders in adolescent risk groups.