**Методические рекомендации: «Совершенствование медико-социальной помощи беспризорным и безнадзорным несовершеннолетним в условиях психоневрологических больниц»**

*Автор-составитель:*

*Медицинский психолог кабинета медицинской профилактики*

*Ольга Анатольевна Шарыпова*

*Заведующий кабинетом медицинской профилактики - врач-психиатр*

*Константин Алексеевич Ковалев*

# В рекомендациях раскрыты социально-психологические особенности и возрастная специфика безнадзорности и противоправного поведения детей и подростков с «социальным риском» нарушений возрастного психического и личностного развития. Представлено правовое поле, в котором осуществляется социально-психиатрическая работа с этими группами несовершеннолетних, описаны непатологические и патологические расстройства поведения с учетом их социального или психопатологического генеза, разработаны основные формы социально-психиатрической оценки нарушений поведения, организации комплексной психокоррекционной и реабилитационной помощи детям с безнадзорностью и криминальной активностью. Для детских и общих психиатров, судебных психиатров, школьных психологов и педагогов и социальных работников.

# Данное методическое пособие составлено на основе методических рекомендации: «Социальная и психиатрическая помощь детям с риском безнадзорности. Руководители отдела социальной психиатрии детей и подростков ГНЦ социальной и судебной психиатрии, доктором медицинских наук Н.В. Вострокнутовым; научным сотрудником Отдела социальной психиатрии ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, кандидатом медицинских наук Л.О. Пережогиным; руководителем лаборатории детей ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, доктором психологических наук Е.Г. Дозорцевой; врачом психиатром-экспертом Амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы г. Воронежа В.В. Русиной [1].

**Оглавление:**

1. Введение……………………………………………………………………………………...3

2. Правовые и социально-медицинские основания профилактики безнадзорности и криминального поведения несовершеннолетних……………………………………………………4

3. Расстройства психического здоровья и нарушения поведения у детей и подростков с безнадзорностью (психопрофилактический и клинический аспекты)……………………………………….......................................................................................5

4. Особенности социально-психиатрической диагностики нарушений возрастного психического развития и поведения у несовершеннолетних с безнадзорностью и криминальной активностью…………………………………………………………………………………………….8

5. Расстройства психического здоровья и нарушения поведения у детей и подростков с криминальной активностью (психопрофилактический и клинический аспекты)………………..10

6.Оказание психологической помощи детям……………………………………..…………..12

7. Перечень профилактических мероприятий проводимых врачами-психиатрами на территории Ханты-Мансийского автономного округа – Югры…………………………………..14

8. Алгоритм действия специалистов психоневрологической больницы в рамках оказания медико–социальной помощи беспризорным и безнадзорным несовершеннолетним……………16

9. Нормативно-правовая база……………………………………………………………….…17

10. Список литературы…………………………………………………………………...…….18

**Введение.**

Проблема оказания социально-психиатрической помощи несовершеннолетним с нарушениями развития и поведения является социально значимой в связи с широкой распространенностью явлений семейной, школьной и социальной дезадаптации в детско-подростковой среде, а также тяжестью ее последствий в виде безнадзорности и повышенной криминальной активности детей и подростков. Безнадзорность как юридическое понятие, вошедшее в Федеральный закон «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних», имеет определенное правовое содержание. Оно заключается в том, что безнадзорность – это не совершение правонарушений, а отсутствие надзора. Закон определяет понятие «безнадзорный несовершеннолетний» следующим образом. Безнадзорный несовершеннолетний - это несовершеннолетний, за поведением которого отсутствует контроль вследствие неисполнения или ненадлежащего исполнения обязанностей по его воспитанию, обучению и (или) содержанию со стороны родителей или законных представителей, либо должностных лиц (Федеральный закон от 24.06.1999 № 120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних»).

Безнадзорность является социально-психологическим условием (фактором), которое объективно в силу образа жизни безнадзорного несовершеннолетнего определяет высокий риск противоправного поведения. [1].

Анализ работ, в этой области показывает, что до настоящего времени отсутствует системная, комплексная оценка психических отклонений и расстройств поведения у ребенка с чертами безнадзорности и противоправным поведением. Это обусловлено особенностями возрастного психического развития детей и подростков из групп «социального риска», которые характеризуется:

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

**Терминология и основные моменты по организации работы:**

1) безнадзорный - несовершеннолетний, контроль над поведением которого, отсутствует вследствие неисполнения или ненадлежащего исполнения обязанностей по его воспитанию, обучению и (или) содержанию со стороны родителей или законных представителей либо должностных лиц;

2) беспризорный - безнадзорный, не имеющий места жительства и (или) места пребывания;

3) несовершеннолетний, находящийся в социально опасном положении, - лицо в возрасте до 18 лет, которое вследствие безнадзорности или беспризорности находится в обстановке, представляющей опасность для его жизни или здоровья либо не отвечающей требованиям к его воспитанию или содержанию, либо совершает правонарушение или антиобщественные действия. (Федеральный закон от 24.06.1999 г. № 120 «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних»).

**Основные субъекты, оказывающие помощь безнадзорным и беспризорным детям и подросткам:**

1. комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав,
2. органы управления социальной защитой населения,
3. органы управления образованием,
4. органы опеки и попечительства,
5. органы по делам молодежи,
6. органы управления здравоохранением,
7. органы службы занятости,
8. органы внутренних дел,
9. специализированные учреждения для несовершеннолетних, нуждающихся в социальной реабилитации,
10. специальные учебно-воспитательные учреждения открытого и закрытого типа органов управления образованием,
11. центры временного содержания для несовершеннолетних правонарушителей органов внутренних дел,
12. подразделения криминальной милиции органов внутренних дел,
13. органы и учреждения культуры, досуга, спорта и туризма,
14. уголовно-исполнительные инспекции,
15. общественные объединения, волонтеры.

**Основные показания и противопоказания к работе с безнадзорными и беспризорными**

**Показания:**

1. Дети и подростки с нарушениями возрастного психического развития и патологическими формами поведения, которые длительно находятся в условиях безнадзорности и криминальной среды.

2. Пограничные психические расстройства у детей «социального риска», значимые для социотерапевтического воздействия и психокоррекционной помощи при медико-социальной реабилитации детей и подростков с безнадзорностью и криминальной активностью. [1].

**Противопоказаний нет.**

При оказании социально-психиатрической помощи необходимо учитывать:

* этап возрастного онтогенеза/дизонтогенеза,
* особенности социальной ситуации развития ребенка,
* ведущие нарушения психического и личностного развития, включая динамику сопутствующих психопатологических расстройств, предпочтительных для каждого из возрастных этапов,
* формы отклоняющегося поведения.

На основе комплексного использования приемов и средств социально-психиатрического, клинико-онтогенетического и психопатологического методов определяются социально обусловленные нарушения возрастного психического развития и сопутствующие пограничные психические расстройства у детей и подростков с безнадзорностью и криминальной активностью.

Это позволяет: выделить патологически отягощенные формы социально-педагогической запущенности, дать характеристику «диссоциальных личностных расстройств» у детей и подростков, находящихся в условиях безнадзорности и криминальной среды; определить влияние отклоняющегося психического развития и коморбидных психических расстройств на патологическое криминальное поведение; разработать диагностический алгоритм его оценки и выделить значимые «ключевые мишени» для психосоциальной коррекции при медико-социальной реабилитации подростков с такими расстройствами. [1].

**1. Правовые и социально-медицинские основания профилактики безнадзорности и криминального поведения несовершеннолетних.**

Синонимом термина, профилактика безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних, является понятие предупреждение (превенция). Объектом предупреждения противоправных действий не могут быть только противоправные действия. Их профилактика называется в криминологии специальной и проводится правоохранительными органами в отношении подростков-правонарушителей. Кроме специальной профилактики существует так называемая ранняя профилактика, которая не вытекает непосредственно из совершения правонарушений, но имеет свои основания и условия, определяющие повышенный риск противоправного поведения. Именно к области ранней профилактики и относится оказание социально-психиатрической помощи детям с проблемами развития и поведения.

Объектом «ранней профилактики» в отличие от «специальной профилактики» является предупреждение таких социальных, психологических и медико-биологических условий, которые в силу своих особенностей обладают избирательным действием к определению высокого риска безнадзорности и правонарушений.

Социально-психиатрическая помощь детям и подросткам при наличии нарушений развития, психических расстройств и патологических нарушений поведения должна оказываться, во первых, в группе риска по безнадзорности. [1].

**Социально-профилактический аспект безнадзорности несовершеннолетних.**

Содержанием ранней профилактики безнадзорности является предупреждение самого факта отсутствия попечения, надзора и должного содержания со стороны родителей или законных представителей. Следовательно, к несовершеннолетним, в отношении которых организуется система ранней профилактики безнадзорности с оказанием социально-психиатрической помощи, относятся дети, оставшиеся без попечения родителей по следующим причинам:

* смерть родителей;
* лишение родителей родительских прав;
* ограничение родителей в родительских правах;
* признание родителей недееспособными;
* отказ родителей взять своих детей из воспитательных, лечебных учреждений, учреждений социальной защиты;
* уклонение родителей от воспитания детей или от защиты их прав и интересов

**Ранняя профилактика безнадзорности несовершеннолетних должна включать:**

1.Срочные меры, связанные с оказанием социально-психиатрической помощи детям и подросткам, лишившихся родительского попечения;

2. Долгосрочные меры, направленные на оздоровление угрожающей для здоровья и психофизического благополучия ребенка обстановки, на восстановление соматического и психического здоровья пострадавших детей, оставшихся без попечения родителей.

Ранняя профилактика безнадзорности в связи с этим должна быть комплексной и кроме мер социальной и правовой зашиты включать меры психологической, социально-психиатрической помощи и реабилитации. На сегодняшний день такая комплексная профилактическая деятельность в рамках действующего законодательства разрабатывается, организуется и осуществляется в первую очередь органами опеки и попечительства, а остальные службы – психологическая, медицинская, специализированная социально-психиатрическая используются как вспомогательные, рабочие службы, находящиеся под контролем органов опеки [1].

**2. Расстройства психического здоровья и нарушения поведения у детей и подростков с безнадзорностью (психопрофилактический и клинический аспекты).**

Психическое состояние детей и выявляемые у них психогенные и депривационные нарушения во многом определяются характером предшествующей социализации. Особенности семейных отношений характеризуются следующими признаками:

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

Антиобщественное поведение формируется рано, как правило, в младшем школьном возрасте. Более чем в 65% случаев стойкие асоциальные нарушения поведения сформировались и закрепились в возрасте от 7 до 12 лет. Явлениям безнадзорности предшествовало самовольное оставление школы, частые уходы из дома, случаи ранней и систематической алкоголизации.

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

1. самовольное и систематическое уклонение от учебы;

2. уходы из дома и бродяжничество;

3. аутоагрессивное поведение.

Для оценки медицинских профилактических мер при характеристике психического состояния детей и подростков с безнадзорностью необходимо пользоваться критериям групп психического здоровья.

Первая группа психического здоровья

В этой группе детей и подростков не определяется признаков психических отклонений; в прошлом не устанавливается воздействие каких-либо патологических факторов с документально подтвержденными нервно-психическими расстройствами. Безнадзорность и отклоняющееся (девиантное) поведение связано с конфликтными семейными ситуациями, школьной дезадаптацией, ситуативными социально-средовыми обстоятельствами. Признаки устойчивой социально-психологической деформации личности отсутствуют.

Вторая группа психического здоровья

На период освидетельствования клинически выраженные психические расстройства отсутствуют. По анамнестическим и медицинским данным в прошлом имеются указания на бытовые травмы, инфекции, интоксикации, рецидивирующие соматические заболевания с отклонениями психосоциального развития, эпизодами невротических, аффективно-поведенческих, гипердинамических, органических (эмоционально-лабильных, астенических) расстройств. На момент обследования констатируются признаки акцентуаций характера; психологического пубертатного криза; резидуальной церебрально-органической недостаточности без стойких нарушений психических функций; задержанного психосоциального развития с личностной незрелостью, легкими эмоционально-волевыми отклонениями, ограниченностью познавательных интересов и низким общеобразовательным уровнем. Отмеченные признаки в анамнезе и статусе недостаточны для клинического диагноза. Средовая дезадаптация с безнадзорностью преимущественно связана с формирующейся социально-психологической деформацией личности и педагогической запущенностью. В связи с медико-социальными особенностями анамнеза профилактические мероприятия по второй группе должны включать консультативную помощь для исключения патологических форм отклоняющегося (девиантного) поведения.

Третья группа психического здоровья

Средовая дезадаптация детей с безнадзорностью и девиантным поведением сочетается с психическими нарушениями пограничного уровня - резидуальная экзогенно-органическая патология, психический и дисгармонический инфантилизм, повторяющиеся патохарактерологические реакции и патохарактерологическое формирование личности. Отсутствуют признаки психического заболевания или клинически выраженной декомпенсации патологического состояния. Семейная, школьная дезадаптация сочетается с парциальной адаптированностью в микросоциальной среде асоциально ориентированных сверстников.

При устойчивой компенсации латентных, субклинических нервно-психических нарушений и парциальной средовой адаптации оказание консультативной и лечебно-профилактической помощи должно осуществляться с постановкой на консультативный учет в психоневрологическом диспансере. Сохраняется возможность применения мер принудительного воспитания в специальных образовательных учреждения (школы, ПТУ) закрытого типа для детей с девиантным поведением.

Четвертая группа психического здоровья

Нарушения поведения с безнадзорностью носят патологический характер, определяется клинически выраженными состояниями (отдаленные последствия раннего органического поражения головного мозга, формирующаяся психопатия, патологический пубертатный криз). Средовая дезадаптация охватывает сферу и семейных, и школьных, и межличностных отношений. Меры медицинской профилактики включают стационарное диагностическое обследование и коррекционное лечение в детском, подростковом психиатрических стационарах. При компенсации патологических расстройств возможно последующее направление в специальное образовательное учреждение закрытого типа для детей и подростков с девиантным поведением. При этом в направительной документации необходимы указания на рекомендации психопрофилактического и психокоррекционного характера для врачей-психиатров и психологов специальных коррекционных школ для детей с девиантным поведением.

Пятая группа психического здоровья.

Патологические формы поведения с безнадзорностью сопровождаются клинически выраженной декомпенсацией патологического состояния, признаками патологического процесса с малопрогредиентным течением без признаков обострения и дефекта (органический процесс с малопрогредиентным или регредиентным течением) или с признаками обострения или с дефектом. По тяжести состояния применение мер принудительного воспитания невозможно; ведущими являются меры динамичного психиатрического наблюдения при вторичности мер социально-профилактического учета. Направление в специальные (коррекционные) школы противопоказано.

Следовательно, ранняя диагностика нервно-психического состояния детей и подростков с безнадзорностью и девиантным поведением выявляет достаточно высокий удельный вес психических отклонений. На первом месте по частоте выступают проявления резидуальной церебрально-органической недостаточности с компенсированными церебрастеническими расстройствами и парциальной интеллектуальной недостаточностью, редуцированным психоорганическим синдромом; на втором - признаки аномально-личностных свойств с чертами возбудимости, волевой неустойчивости и гипертимности при формирующихся психопатиях, а также повторяющиеся патохарактерологические реакции; на третьем - различные проявления задержки психического развития с выраженной когнитивной недостаточностью, парциальной эмоционально-личностной незрелостью и психофизическим инфантилизмом.

Анализ медико-социальных данных позволяет отметить следующие особенности психической болезненности. Во первых, полиморфизм психических отклонений, который включает и устойчивые патологические состояния, и проявления ретардированного, дисгармонического психического дизонтогенеза в сочетании с психогенными расстройствами непсихотического характера и аддиктивным (алкоголь, токсико-наркотические средства) поведением. Во вторых, высокий уровень микросоциальной, педагогической запущенности (более чем в 2/3 случаев).

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

* высокий уровень функциональной неграмотности с когнитивным дефицитом, неразвитостью познавательных способностей;
* преобладание неустойчивого типа социально-психологической личностной деформации с антиобщественной направленностью поведения;
* повышенный уровень агрессивных форм поведения со следующими особенностями:

а) высокая аффективная заряженность,

б) склонность к импульсивным реакциям на фрустрирующие ситуации;

в) низкий уровень стимулов, вызывающих агрессивные формы

реагирования;

г) малодифференцированная направленность реакций агрессивного типа.

Одновременно отмечаются черты гиперактивности, снижения самоконтроля, повышенной тревожности и неустойчивой самооценки. В целом агрессивные формы поведения имеют преимущественно гетероагрессивную направленность. Выраженность микросоциальной и педагогической запущенности с признаками формирующейся социально-психологической деформации достигает 65 - 70% случаев.

Часто наблюдаемые психогенные расстройства проявляются в следующих типах нарушений: ситуационные аффективно-личностные реакции, невротические реакции и фиксированные невротические расстройства, повторяющиеся патохарактерологические реакции и формирующиеся патологические формирования характера (возбудимый, неустойчивый варианты) [1].

**3. Особенности социально-психиатрической диагностики нарушений возрастного психического развития и поведения у несовершеннолетних с безнадзорностью и криминальной активностью.**

В связи с тем, что нарушения поведения являются ведущей причиной для социально-профилактических воздействий и определения характера социально-психиатрической помощи, первым шагом должно являться разделение каждой из форм дисоциального поведения (девиантное с безнадзорностью, криминальное) на непатологические и патологические типы.

Непатологический тип не связан психическими расстройствами или нарушениями психического развития (психическим дизонтогенезом) и не является их следствием. Непатологическое асоциальное поведение обусловлено социальными факторами и формируются по психологическим и психосоциальным механизмам. Оно может также наблюдаться у детей и подростков с нетяжелыми последствиями ранних резидуальных органических поражений головного мозга, акцентуациях характера, дисгармонически протекающем пубертатном кризе, который сочетается с педагогической и социальной запущенностью.

Патологические формы поведения, как правило, болезненно мотивированны и возникают при измененной эмоциональности, истинных нарушениях влечений, выраженных личностных расстройствах. Патологическое диссоциальное поведение в соответствии с критериями МКБ-10 расценивается как расстройство социального поведения (F 91.0-3). При его диагностике используются следующие критерии:

* стереотипность, повторяющийся характер асоциальных действий;
* стойкость и неоднократное совершение их за определенный период (не менее 6 месяцев);
* направленность поведения на нарушение основных прав окружающих и социальных норм, законов, включая такие действия, как физическая жестокость, использование опасных предметов, оружия, умышленное причинение вреда, насильственные действия, в том числе сопровождающиеся запугиванием, вымогательством, издевательством.

В соответствии с требованиями МКБ-10 необходимо разделение этих действий на три основные группы:

1. расстройства поведения, ограниченное рамками семьи (F91.0),
2. социализированные расстройства поведения (F91.1),
3. несоциализированные расстройства поведения (F91.2).

Выделенные расстройства поведения не являются собственно клиническими признаками, поэтому их оценка, особенно при решении диагностических и реабилитационных задач, должна опираться на многоосевую квалификационную систему. Это необходимо потому, что кроме клинических признаков существенным является выделение значимых социальных проблем, которые несовершеннолетний испытывал в семье, школе, своем окружении, а также проблем, связанных с отклонениями в возрастном психическом и личностном развитии, соматическом здоровье. Для того, чтобы объединить все эти данные, необходимо использовать многоосевую классификационную систему.

Первая ось – клинические психиатрические симптомы, исключая расстройства психологического развития, или собственно психические расстройства.

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 сопутствующими нарушениями поведения.

Четвертая ось – оценка соматического здоровья и дефектов, которые оказывают 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.

При формулировании многоосевого диагноза необходимо кроме нозологически-синдромологической оценки определить ведущую проблему ребенка и психосоциальные факторы, которые могут способствовать успеху при оказании лечебной или коррекционно-реабилитационной помощи.

Указанный диагностический подход является первым шагом в алгоритме консультативно-диагностической и реабилитационной работы с детьми и подростками, имеющими диссоциальные расстройства.

Вторым шагом следует считать проведение собственно коррекционно-реабилитационной работы. На этом этапе многоосевого многофункционального диагноза уже недостаточно, и он должен быть дополнен личностно-ориентированным подходом. При этом диссоциальное поведение уже понимается не как клинический признак, а как реакция личности ребенка на диссонанс его взаимоотношений с ближайщим окружением. Наиболее общими комплексными проблемами, которые одновременно выступают терапевтическими и реабилитационными «мишенями», являются:

* 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 возникновение сопутствующих психосоматических расстройств или более полиморфных поведенческих нарушений, например, аддиктивное поведение со злоупотреблением алкоголем и психоактивными веществами, демонстративное суицидальное поведение.

В терапевтическую программу несомненно должны включаться и способы воздействия на коморбидные психопатологические нарушения, например, гипердинамические расстройства поведения, признаки редуцированного или развернутого психоорганического симптомокомплекса с органическими эмоционально-лабильными, когнитивными расстройствами, аффективные нарушения с сопутствующими сомато-вегетативными дисфункциями. Соотношение в диссоциальном поведении симптомов коморбидных психопатологических расстройств и личностной составляющей определяет соотношение лекарственных и психокоррекционных воздействий в терапевтической программе.

Ограниченность диагностической установки на нозологически- синдромологическом принципе приводит к тому, что терапевтическое воздействие чаще не касается личностного аспекта и остается симптоматическим.

Психолого-педагогическая помощь детям и подросткам с диссоциальными личностными расстройствами должна осуществляться как совокупность социально-профилактических, психокоррекционных и реабилитационных мер. Она должна быть обращена к механизмам психологической защиты, повышения форм позитивной личностной активности, к организации социально-психологической поддержки и направлена на формирование навыков разрешения конфликтов неагрессивным путем, на расширение адаптивных возможностей ребенка и вторичную переработку диссоциальных личностных установок. Эти задачи не могут быть решены средствами краткосрочной психокоррекционной и реабилитационной помощи, так как относятся к необходимости изменения достаточно фиксированных личностных структур. Они также не могут быть решены без выведения ребенка с устойчивыми асоциальными формами поведения из среды, которая поддерживает у него асоциальные механизмы реагирования. Наиболее оптимальным методами и средствами для такой работы располагают в настоящее время работники специальных школ для детей с девиантным поведением Министерства образования Российской Федерации.

Критериями отбора детей и подростков для обоснования предлагаемого социально-психиатрического подхода являлись следующие признаки:

1. совершение правонарушений до возраста достижения уголовной ответственности (14 лет);

2. стойкая социальная дезадаптация с постановкой на учет в отделениях профилактики правонарушений несовершеннолетних органов внутренних дел (ОППН);

3. наличие клинически выраженных признаков пограничных психических расстройств, обусловленных ранними церебрально-органическими поражениями резидуального характера формирующимися психопатиями и психогенными расстройствами, связанными с прямыми десоциализирующими влияниями - семейная депривация, насилие и жестокое обращение, дидактогеническая школьная среда. [1].

**4. Расстройства психического здоровья и нарушения поведения у детей и подростков с криминальной активностью (психопрофилактический и клинический аспекты).**

Среди подростков-правонарушителей число лиц с психической патологией, включая нарушения возрастного психического развития, составляет менее 50% случаев.

Структура психической патологии имеет следующие особенности:

1. на первом месте по частоте встречаются признаки резидуальной церебрально-органической недостаточности с редуцированным психоорганическим синдромом, включая симптомы церебрастенических расстройств и интеллектуальной недостаточности различной степени выраженности;
2. на втором - полиморфные признаки задержки психического развития с парциальной интеллектуальной недостаточностью, эмоционально-личностной незрелостью, а также пограничные формы умственной отсталости;
3. на третьем - признаки аномально-личностных свойств при формирующихся психопатиях и повторяющиеся патохарактерологических реакциях;
4. на четвертом - ранняя алкоголизация с формированием первичного патологического влечения; смешанные варианты алкоголизации в сочетании с проявлениями наркотизма и токсикомании.

Частота встречаемости невротических расстройств составляет менее 5,0% случаев. При сравнительном анализе детей и подростков с безнадзорностью и детей и подростков с криминальной активностью необходимо отметить следующее:

* отягощенность психического состояния в обеих группах симптомокомплексами, характерными для раннего органического поражения головного мозга;
* большую отягощенность подростков-правонарушителей, проявлениями задержанного психического развития и пограничных форм умственной отсталости;
* большую отягощенность второй группы по признакам симптоматического алкоголизма и аддиктивного поведения.

Комплексный анализ полученных данных позволяет отметить следующие особенности психической болезненности у детей и подростков с криминальной активностью:

* полиморфизм психических расстройств, который включает и устойчивые патологические состояния, и проявления ретардированного, дисгармонического психического дизонтогенеза в сочетании с психогенными расстройствами непсихотического характера и аддиктивным (алкоголь, токсико-наркотические средства) поведением;
* полиморфизм вариантов противоправного поведения;
* социально-психологические личностные свойства у подростков-правонарушителей чаще включали черты личной активности, самостоятельности, инициативности и сочетались с устойчивыми негативными личными качествами с асоциальной направленностью установок. Для группы подростков-правонарушителей с психическими отклонениями более характерной оказалась структура личности с неустойчивостью личностных отношений и интересов, аморфностью ценностных ориентаций и мотиваций.

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

* отсутствие интереса к познавательной деятельности и, связанная с семейной и педагогической запущенностью, когнитивная дефицитарность, которая может при поверхностной оценке производить впечатление умственной отсталости, особенно, если эта дефицитарность осознанно или неосознанно утрируется. При этом, как правило, отмечается сохранная социальная ориентировка в сочетании с умением манипулировать другими людьми или использовать внешние обстоятельства в свою пользу;
* отсутствие способности к эмпатии (сочувствию, сопереживанию), недостаточность глубины эмоциональных отношений, равнодушие к чувствам других людей в сочетании с неспособностью устанавливать и поддерживать эмоционально насыщенные, стабильные отношения;
* стремление к получению простых удовольствий без определенного волевого усилия и труда. Эта особенность может сочетаться с повышенным стремлением к замещению чувства пустоты состоянием измененного настроения, вызываемого алкоголем, токсиконаркотическими средствами;
* неустойчивое настроение со склонностью к раздражительности, гневливым реакциям, состояниям безмотивного внутреннего напряжения в сочетании с неадекватным, аффективно усиленным реагированием по агрессивному типу на конфликтные ситуации; наклонность к индивидуальной и особенно групповой жестокости;
* индифферентное или пренебрежительное отношение к общечеловеческим ценностям, облегченное усвоение навыков асоциального поведения и общий социально-правовой нигилизм;
* выраженная эгоцентричность с чувством правомерности своего асоциального поведения и постоянным стремлением к его оправданию или обвинению окружающих в последствиях своих поступков;
* отсутствие глубоких личностных реакций с чувством вины за серьезные социальные последствия своих проступков;
* повышенная подверженность влиянию взрослых правонарушителей или групповому воздействию.

Набор этих признаков в соответствии с критериями Международной классификации психических болезней 10 пересмотра (МКБ-10) характеризует так называемое диссоциальное расстройство личности у взрослых. Опыт работы с детьми-правонарушителями позволяет констатировать формирование этих признаков у детей уже в возрасте 10-11 лет.

В младшем школьном и подростковом периодах они имеют:

* неустойчивый, факультативный характер;
* значительно чаще, чем у подростков сочетаются с признаками когнитивной дефицитарности, а также задержанным психическим развитием с чертами психического инфантилизма. [1].
1. **Оказание психологической помощи детям**

Психологический портрет трудного подростка, подаваемый в современной литературе, выглядит примерно так: «Подросток с девиантным поведением агрессивен, тщеславен, упрям, эмоционально неуравновешен, апатичен, не приемлет общественных норм. Поведение имеет импульсивный характер, система ценностей подменена групповыми нормами, ориентирована на досуг».

Хотелось бы отметить, что к «трудным детям» относят различные категории подростков. Это и педагогически запущенные дети и социально дезадаптированные и трудновоспитуемые, к которым часто относят акцентуированных подростков, конфликтных, подростков с высоким уровнем негативизма, демонстрирующих нонконформистские тенденции в поведении. Также, к девиантам относят и подростков с антисоциальной направленностью. Все эти категории подростков обычно объединяются в одну группу - подростки с «отклоняющимся поведением». [2]

Психолого-педагогическая помощь - это процесс и результат оказания психологического, социального, педагогического содействия детям и взрослым, испытывающим трудности в процессе социализации. Также психолого-педагогическая помощь - это внешнее действие, которое придает личности ресурс, недостающий в какой-либо конкретной социальной ситуации.

Данный вид помощи осуществляет, прежде всего, психолог. Работу данного специалиста с безнадзорными детьми можно разделить на два направления: профилактическое и коррекционно-реабилитационное.

Профилактическая направленность психолого-педагогической деятельности с этими детьми включает в себя:

1. работу по организации благоприятной среды воспитания и общения;
2. своевременную коррекцию семейных отношений;
3. поиск форм занятости детей в свободное время и форм опеки детей в период объективной занятости родителей и членов семьи;
4. постановка детей на социально-педагогический учет;
5. патронирование отдельных детей.

Коррекционно-реабилитационное направление предполагает скорую психолого-педагогическую помощь, такую как:

1. постановка ребенка на учет;
2. экспресс-диагностика состояния несовершеннолетнего;
3. диагностика личностных особенностей и социальной ситуации развития ребенка;
4. решение вопроса о месте, куда будет направлен несовершеннолетний;
5. информирование семьи (или государственного учреждения) о месте пребывания ребенка;
6. определение состояния несовершеннолетнего и программы дальнейшей работы с ним;
7. организация необходимых контактов со специалистами для оказания психологической, медицинской, правовой помощи несовершеннолетнему;
8. разработка и реализация программы по адаптации ребенка к социально здоровой среде, восстановлению или компенсации утраченных социальных связей, позитивных форм активности в игре, познании, труде. [4].

Психологическая помощь детям – сиротам и детям, лишенных родительского попечительства, как правило, эти дети имеют непростые показатели в своем анамнезе: могут быть отклонения в физическом и психическом развитии, выявляется задержка умственного развития, искажение развития личности (от эмоциональной сферы до жизненной перспективы), нарушение половой идентификации и др. В этом источник склонности к наркотизации и формирования криминогенности.

Чтобы ребенок комфортно чувствовал себя в эмоциональном плане, необходимы специальные условия, которые определяют его быт, его физическое здоровье, характер его общения с окружающими людьми, его личные успехи.

Психологическая обоснованная помощь должна состоять и в умении создать у этих детей правильную позицию по отношению к людям, в умении снять позицию потребительства, негативизма, отчуждения не только к известным взрослым и детям, но и к людям вообще.

Для оценки значения реальной помощи детям важно обсудить методологическую позицию, исходя из которой, строятся основы психологической помощи. Для оказания психологической помощи детям пользуются методом идентификационной коррекции личности. Этот метод сочетает собственно диагностику личности ребенка и коррекционные приемы. Диагностика осуществлялась методом соотношения депривации с основной схемой структуры самосознания личности. Диагностику депривируемого звена структуры самосознания осуществляется через: проективный метод идентификации; метод депривации реализации потребности в признании; доверительную беседу, метод проблемных проективных ситуаций и другие методы, работающие с данным контингентом детей.

Доверительная беседа и метод проблемных проективных ситуаций проводится с ребенком индивидуально в атмосфере доброжелательности, сочувствия и поддержки. Психолог устанавливает биографические данные в интерпретации самого ребенка, также исследует особенности его психологического времени. Все это делается для выявления стресогенных факторов и для последующего их снятия и реабилитации детской личности. Включенность психолога в судьбу ребенка, заинтересованность его проблемами, правильное (психологически обоснованное) поведение с ребенком позволяет перейти на следующий этап реабилитации.

Вместе с ребенком психолог устанавливает, какое из звеньев структуры самосознания у него депривируется («Тебя постоянно дразнят», «Ты хочешь быть успешным (признанным, принятым), но у тебя не получается») и т.д. Самооценка зависит также от психологического бытия личности во времени, которое является пространством развития его как индивидуальности. Прошлое, настоящее и будущее личности одинаково значимо для ее нормального самочувствия. Бытие личности, обладающей правами и обязанностями, среди людей также имеет принципиальное значение для того, как ощущает себя человек. Вместе с ребенком психолог выявляет депривируемые звенья самосознания и анализирует причины депривации.

Следующий этап коррекционной рабаты состоит в расширении ценностной сферы ребенка с уровня эгофиксированности до уровня бытия общественных отношений людей до уровня «мы» как представителя человеческого рода. Ребенку объясняют его собственную уникальность, а также необходимость освободиться от зависимости от прошлых стрессов: соотнести свои проблемы, свое горе с таковыми и других; найти в себе силы и обрести уверенность в своем будущем; осознать, что его энергия и способности должны посвящаться служению на пользу другим людям. С ребенком проводятся доверительные беседы о суженном сознании обиженных судьбой людей (не только детей – сирот и детей, лишенных родительского попечительства), о том, что это усугубляет их страдания. В этом случае пользуются техникой идентификации. Разрабатываемая технология психологической помощи эффективно работает с детьми всех возрастов (от дошкольного до старшего школьного).

Для малышей (дошкольники и младшие школьники) применяется метод идентификации с куклой или любимой игрушкой. Эти игрушки могут стать для ребенка объектом эмоционального общения, выступить в качестве заместителя идеального друга, который все понимает и не помнит зла. Метод идентификации с игрушкой дает возможность диагностировать особенность личностного развития ребенка и корректировать трудности, присущие его личности.

Из всего вышесказанного можно сделать вывод, что такие дети нуждаются в особом гуманистическом и профессиональном отношении к ним. Ребенку нужен друг, способный к пониманию, – тот человек, который поможет правильно ориентироваться в жизни. Поражения детей, воспитывающихся в учреждениях, не является неизбежными и возможны весьма действенные мероприятия для их предотвращения. Например, специальная психологическая помощь, приближение воспитателя в учреждении к семейному воспитанию, более совершенное персональное и вещественное оснащение, особый отбор персонала, организация в малой группе, последовательность воспитания) [3]

**Перечень профилактических мероприятий проводимых врачами- психиатрами на территории Ханты-Мансийского автономного округа – Югры**

1. Организация консультаций специалистами психоневрологического профиля (врачи-психиатры, медицинские психологи, психотерапевты) родителей по вопросам профилактики асоциального поведения детей;
2. Оказание специализированной медицинской помощи по профилю «психиатрия», «наркология» в рамках раннего выявления и профилактики девиантного поведения несовершеннолетних (алкоголизм, табакокурение, суицидальное поведение, интернет-зависимость, агрессивное и опасное для жизни поведение);
3. Анализ и распространение эффективной практики, технологий и методов работы по профилактике правонарушений несовершеннолетних;
4. Распространение информационно-методических материалов для специалистов, работающих с несовершеннолетними по вопросам профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних, устранений факторов, им способствующим;
5. Организация мероприятий, направленных на повышение профессионального уровня специалистов органов и учреждений системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних.

**Алгоритм действия специалистов психоневрологической больницы в рамках оказания медико–социальной помощи беспризорным и безнадзорным несовершеннолетним**

****

**Описание алгоритма действия специалистов психоневрологической больницы в рамках оказания медико-социальной помощи беспризорным и безнадзорным несовершеннолетним.**

Профилактика в сфере безнадзорности/беспризорности и правонарушений несовершеннолетних, а также медицинская, психиатрическая, психотерапевтическая, психологическая и социальная помощь детям, оказывается на базе медицинского учреждения оказывающего медицинскую помощь по профилю «психиатрия».

Основными направлениями деятельности медицинского учреждения являются:

1. выявление несовершеннолетних безнадзорных и детей, находящихся в социально опасном положении, когда существует угроза их жизни и здоровью или обстановка, не отвечающая требованиям их содержания или воспитания, выявление фактов жестокого обращения с детьми.
2. оказание необходимой медицинской помощи детям, социально-психологической помощи, проведение реабилитационных мероприятий, совместно с органами опеки решение вопросов по дальнейшему устройству таких детей.

Важная роль в работе с детьми отводится амбулаторно-поликлинической службе. С этой целью функционирует кабинет медико-социально - психологической помощи. Отделение функционирует на основе преемственности и взаимосвязи с другими подразделениями медицинского учреждения, включая участковую службу, а также отделениями оказания медицинской помощи детям в образовательных учреждениях, с территориальными учреждениями социальной защиты, органами попечительства и опеки, образовательными учреждениями.

Одной из основных функций диспансерного отделения является выявление и учёт семей медико-социального риска, выделение из них семей высокого социального риска (семьи алкоголиков, наркоманов, детей-инвалидов, юных матерей, матерей-одиночек и др.), изучение потребностей данных семей в конкретных видах медико-социальной помощи. Сотрудники диспансерного отделения совместно с участковым психиатром активно посещают семьи высокого риска на дому, что даёт возможность наблюдать семью в её естественных условиях и получать больше информации о семье, чем при сборе анамнеза во время посещения ребёнком в поликлинике. Наряду с патронажем, занимающим важное место в деятельности отделения, медицинскими психологами оказывается медико-психологическая помощь несовершеннолетним на основе индивидуального подхода с учётом особенностей личности. Она оказывается как в рамках планового приёма, так и путём консультативного приёма.

В отделении работают врачи: психиатр детский/подростковый, врач психиатр-нарколог. Цель работы диспансерного отделения - оказание не только медицинской помощи детям, но и психологическая и социальная их поддержка.

При госпитализации вне учреждения все несовершеннолетние осматриваются специалистами на наличие телесных повреждений, признаков проявления психического насилия, признаков совершения насильственных действий сексуального характера, проводится обследование на наличие социально значимых заболеваний. Юрист, педагог – психолог и социальный педагог принимают участие в выявлении трудной жизненной ситуации и причин, способствующих безнадзорности, защищают права ребёнка, инструктируют медперсонал о правах ребёнка согласно законодательству.

Врачи психиатры-наркологи участвуют в работе комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав, где выявляются несовершеннолетние, нуждающиеся в психиатрической и наркологической помощи. Профилактические осмотры осуществляются также в инспекциях по делам несовершеннолетних.

**Нормативно-правовая база**

1. Федеральный закон от 24.06.1999 г. № 120 «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних»;

2. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 14.07.2003 г. №307 «О повышении качества оказания лечебно-профилактической помощи беспризорным и безнадзорным несовершеннолетним»;

3. Постановление комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав при Правительстве ХМАО-Югры от 30.06.2017 №75 «Межведомственный план по реализации на территории Ханты-Мансийского автономного округа - Югры Концепции развития системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних на период до 2020 года»

4. Приказ Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры 13.02.2017 г. № 133 «Об информировании медицинскими организациями Ханты-Мансийского автономного округа – Югры органов и учреждений системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних о фактах обращения за медицинской помощью в случае заболевания несовершеннолетнего социально-значимой болезнью, а также противоправных деяний, совершенных в отношении несовершеннолетних, и иных нарушениях их прав и свобод»;

5. Приказ Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры № 842 от 15.08.2017 «О реализации на территории ХМАО-Югры Концепции развития системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних на период до 2020 года».

**Список использованной литературы:**

1. Методические рекомендации: «Социальная и психиатрическая помощь детям с риском безнадзорности» - Н.В. Вострокнутов; Л.О. Пережогин; Е.Г. Дозорцева; В.В. Русинова;
2. Исследовательское поведение: стратегии познания, помощь, противодействие, конфликт - А.Н. Поддъяков;
3. Лишенные родительского попечительства – В.С.Мухина;
4. https://studwood.ru/625572/sotsiologiya/osnovnye\_napravleniya\_psihologo\_pedagogicheskoy\_raboty\_beznadzornymi;