



**СИНДРОМ УХОДОВ И БРОДЯЖНИЧЕСТВА
У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ:
КЛИНИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ**

Пособие для врачей

Санкт–Петербург
2012

Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Санкт-Петербургский научно-исследовательский
психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева
Министерства здравоохранения и социального развития
Российской Федерации

УТВЕРЖДЕНО
Решением Ученого Совета
Протокол №10 от 20.10.2011
Директор ФГБУ «СПБ НИПНИ им. В.М.
Бехтерева»
Министр здравоохранения России,
И.И. Шендерович, профессор



Иванов Н.Г.

СИНДРОМ УХОДОВ И БРОДЯЖНИЧЕСТВА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ: КЛИНИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ

Пособие для врачей

Санкт-Петербург
2012

Синдром уходов и бродяжничества у детей и подростков: клиника и реабилитация. Пособие для врачей. — СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2012. —41 с.

Пособие подготовлено и составлено в отделении детской психиатрии Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева и затрагивает вопросы клинической диагностики, систематики, медикаментозной и психотерапевтической коррекции синдрома уходов и бродяжничества у детей и подростков при различных психических заболеваниях и расстройствах. Пособие позволяет улучшить диагностику и дифференциальную диагностику синдрома уходов и бродяжничества, а также определяет пути фармакологической и психотерапевтической коррекции данного синдрома при непсихотических и психотических вариантах заболевания.

Издание рассчитано на детских и взрослых психиатров, психотерапевтов и психологов.

Составители: руководитель отделения, главный научный сотрудник, д. м. н. И.В. Макаров; врач-психиатр, к. м. н. А.А. Резаков.

Оглавление

Введение	4
Характеристика больных.....	6
Характеристика методов	7
Клинические характеристики синдрома уходов и бродяжничества	8
Синдром уходов и бродяжничества при органическом расстройстве личности и поведения.....	8
Синдром уходов и бродяжничества при умственной отсталости.....	11
Синдром уходов и бродяжничества при шизофрении.....	14
Результаты дополнительных клинических исследований (шкала уходов и бродяжничества).....	17
Клинико-возрастная динамика синдрома уходов и бродяжничества.....	17
Гендерные особенности синдрома уходов и бродяжничества.....	23
Фармакологическая коррекция синдрома уходов и бродяжничества.....	27
Психотерапевтическая коррекция синдрома уходов и бродяжничества.....	31
Заключение	34
Практические рекомендации	37
Приложение	39
Литература	40

Введение

В последние десятилетия повсеместно (как в развитых, так и в развивающихся странах) отмечается увеличение количества детей и подростков, для которых характерны несанкционированные уходы из дома и бродяжничество. Появление огромного числа «уличных детей» никогда не предусматривалось ни в одном национальном плане, но тем не менее, по оценке Хасана Бен Талана, одного из членов Независимой комиссии по международным гуманитарным вопросам (1990), их более 30 миллионов в мире.

В различных странах дети, которые уходят из дома, называются по-разному. В массовом представлении они приобретают отчетливый образ, отражающий ту степень терпимости, с которой к ним относятся. В Неаполе их называют «scugnizzo» — «веретено». В Перу они получили прозвище «pajajo frutero» («фруктовая птичка»): на рынке они предупреждают о появлении полицейских. В Колумбии слово «gamin» («мальчишка») заимствовано из французского языка, но с резко отрицательным оттенком. В Руанде их называют «saligoman» («гадкий мальчишка», «гаденьш»). В Заире этих детей зовут «moineaux» («воробы»). В Камеруне социальные работники называют их «roussins» («мелюзга»), а полиция — «moustigues» («москиты»). В Юго-Восточной Азии предложен термин «дети сумерек».

Множество общих макросоциальных и микросоциальных причин, характерных как для развитых, так и развивающихся стран, создает, по данным детского фонда ООН, Юнисеф (1990), почву для того, чтобы дети чувствовали себя одинокими и начинают существовать вне семьи, вначале на эмоционально-отстраненном от нее уровне, а затем и фактически проживая отдельно от нее, совершая уходы или стремясь к бродяжничеству.

К наиболее распространенным «внутрисемейным» причинам различные исследователи чаще всего относят разводы, раздельное проживание супругов, их плохое обращение с детьми. Кроме того, в развитых странах увеличению детской безнадзорности и беспризорности способствуют нарастание отчуждения и отторжения детей со стороны семьи, рост числа антипатриархальных семей и кризис института семьи в целом. При этом удельный вес перечисленных факторов в популяции с годами увеличивается. В результате, по данным детского фонда ООН, Юнисеф (1990), в США неполные семьи составляют 25% всех семей. В Европе неполные семьи составляют до 20% семей.

В качестве причин, способствующих возникновению уходов и бродяжничеству детей, исследователи указывают также специфические урбанистические проблемы, напрямую не связанные с семейной ситуа-

цией, но приводящие к нарушению патриархальной системы межчеловеческих взаимоотношений, к коммуникативной дистанцированности индивидуумов, их автономности и т. п., особенно в условиях расширяющихся мегаполисов. При этом в развивающихся странах среди населения, находящегося за чертой бедности, «дети улицы» чаще являются продуктом миграции из деревни в город, что связано с трудностью адаптации родителей этих лиц к новым урбанистическим условиям, сложностью нахождения ими постоянной квалифицированной работы. Следствием этого является увеличение числа лиц, страдающих алкоголизмом и/или безработных, а также — бедных и «разбитых» семей. В результате такие дети становятся жертвами отчуждения и систематического отторжения со стороны общества.

В то же время XX и XXI век рассматриваются как эра урбанизации. К 1990 году городское население планеты, по данным детского фонда ООН, Юнисеф, увеличилось на 50%, причем на 247 миллионов увеличилось количество лиц в возрасте 5–19 лет (данные детского фонда, Юнисеф, 1990). Из них 223 миллиона приходится на развивающиеся страны, где 35% населения моложе 14 лет. К 2020 году в Латинской Америке будет жить почти 300 миллионов детей, 30% из них будет сосуществовать на грани нищеты. В связи с этим число уличных детей, полностью или частично безнадзорных, должно увеличиться на десятки миллионов (по сведениям детского фонда ООН, Юнисеф, 1990).

Во всех странах важным фактором является отсутствие или недостаточная эффективность специальной гуманитарной политики со стороны государства.

В России, где уровень жизни в крупных городах неизмеримо выше, чем в провинции и сельской местности, особенно видно «расслоение общества», возникновение различных классов, в связи с чем появление беспризорных и безнадзорных детей и подростков на фоне развлекательных комплексов, торговых центров, крупных универмагов стало феноменом, бросающимся в глаза окружающих. Это находится в странном противоречии с проводимой государственной политикой, созданием федеральных программ, проведением мероприятий по профилактике правонарушений среди несовершеннолетних и охране здоровья молодежи.

Бесспорным является тот факт, что уходы и бродяжничество среди детей и подростков во всем мире «значительно помолодели», эквиваленты уходов выявляются с раннего возраста, начиная с 5–7 лет.

В то же время терминологическая верификация этих поведенческих расстройств не получила достаточного понимания как с точки зрения содержания определяющих характеристик синдрома уходов и бродяжничества, так и с точки зрения его места в общей психопатоло-

гии и девиантологии. Еще больше расхождений имеется у исследователей в отношении различных биологических, психологических и социальных факторов, способствующих формированию этого синдрома. Данных о клиническом и социальном прогнозе лиц, имеющих в детском и подростковом возрасте эти особенности поведения, к сожалению, немного. Различными авторами (Личко А.Е., 1979; Гурьева В.А., Гиндикин В.Я., 1980; Лебединская К.С., Райская М.М., Грибанова Г.В., 1988; Ковалёв В.В., 1995) высказывается мысль о том, что синдром уходов и бродяжничества в детском и подростковом возрасте может быть как единственным проявлением реакции протеста, эмансипации и группирования со сверстниками, то есть базовым (основным) в структуре имеющихся у индивидуумов личностных особенностей, так и дополнительным или факультативным, ассоциируясь с более широко представленными у индивидуумов характерологическими особенностями, рассматриваемыми в рамках выраженных акцентуаций или личностных расстройств (Личко А.Е., 1979; Асанова Н.К. и соавт., 1992; Кернберг О., 1998). Однако специальных исследований, направленных на изучение этого аспекта проблемы, явно недостаточно.

Также разноречивы и немногочисленны исследования, посвященные третьему варианту развития синдрома уходов и бродяжничества, а именно — когда он представляет собой одно из проявлений деформированной (измененной) личности обусловлен наличием у индивидуума серьезного психического расстройства: органического личностного расстройства (Сухарева Г.Е., 1974; Вдовиченко А.А., 1976; Рыбалко М.И., 1983; Линьков В.В., Новиков А.Е., Лобанова Л.В., 2002), умственной отсталости (Лебединская К.С. и соавт., 1988; Ковалёв В.В., 1995), аффективных расстройств (Личко А.Е., 1979; Озерецковский С.Д., 1987; Мюжгинский Ю.В., 1995; Антропов Ю.В., 2001; Иовчук Н.М., 2002; Смулевич А.Б., 2003). Более полно представлены исследования различных авторов (Снежневский А.В., 1972; Личко А.Е., 1979; Цуцельковская М.Я. и соавт., 1986; Ковалёв В.В., 1995; Лусс Л.А., 1996; Жариков Н.М., Тюльпин Ю.Г., 2000; Смулевич А.Б., 2003; Гаммацаева Л.Ш, 2004; Воронков Б.В., 2009) о синдроме уходов и бродяжничества в структуре шизофрении.

Все это делает проблему уходов у детей и подростков еще более острой и актуальной в современном обществе и приводит к необходимости поиска и разработки мероприятий, необходимых для ее решения.

Характеристика больных

Объектом исследования являлись 160 пациентов, находившихся на амбулаторном наблюдении и лечении на базе психоневрологического

диспансерного отделения № 3 СПб ГУЗ «Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» им. С.С. Мнухина».

Все пациенты, в зависимости от психотического или непсихотического уровня психопатологических нарушений, были распределены на две основные группы. В первую группу с непсихотическими расстройствами вошли 144 больных. Во вторую группу с психотическими расстройствами вошли 16 пациентов.

По полу пациенты распределились следующим образом: в первой группе — 112 мальчиков и 32 девочки, во второй группе — 9 мальчиков и 7 девочек.

Распределение пациентов по возрасту отражено в табл. 1.

Таблица 1

Распределение пациентов по возрасту

Возраст к моменту обращения за помощью	Количество пациентов	
	1 группа (непсихотические расстройства)	2 группа (шизофрения)
10–12 лет	30	–
13–15 лет	78	4
16–18 лет	36	12
ИТОГО:	144	16

Распределение по нозологическим формам заболеваний осуществлялось в соответствии с МКБ-10. В первую группу с непсихотическими нарушениями вошли 109 пациентов с диагнозом, соответствующим рубрике «Расстройство личности и поведения органической этиологии. F07» (80 мальчиков и 29 девочек), и 35 пациентов с диагнозом «Умственная отсталость легкой степени. F70» (32 мальчика и 3 девочки). Во вторую группу вошли дети с диагнозом, соответствующим рубрике «Шизофрения. F20». Из них 10 пациентов страдали простой формой шизофрении, 3 пациента — параноидной формой шизофрении с галлюцинаторно-параноидным синдромом, 3 пациента — также параноидной формой, но с тревожно-параноидным синдромом. Давность заболевания у 9 пациентов с простой формой шизофрении составляла 2–2,5 года, у 1 пациента — около 5 лет, у пациентов с параноидной формой шизофрении — около 6 месяцев; только у одной пациентки давность заболевания составила около 4 лет.

Характеристика методов

В работе использовались клинический, клинико-катамнестический (срок катанеза до пяти лет), статистический методы исследования.

По отношению ко всем 160 обследованным пациентам (100%) была также применена специально разработанная «Шкала уходов и бродяжничества», направленная на определение степени выраженности изучаемого синдрома (см. Приложение). Она состоит из 15 вопросов, на которые отвечает пациент во время приема у врача. Темы вопросов — частота уходов за определенный отрезок времени, характер уходов (совершались в одиночку или в группе сверстников), дополнительные аддиктивные вредности и сопутствующие антисоциальные действия, поведение до и во время уходов из дома, неадекватные поступки, наличие или отсутствие критики к своему поведению. Кроме этого, оценивались характер возвращения домой и первичные причины для уходов из дома. По результатам заполнения шкалы определялась нозологическая принадлежность синдрома.

В зависимости от количества полученных баллов, выделялись легкая степень выраженности данного синдрома (до 7 баллов), средняя степень выраженности (до 12 баллов) и тяжелая степень выраженности (от 12 и более баллов). Результаты шкалы учитывались при определении прогностических критериев и реабилитационных мероприятий, в частности при проведении психотерапевтической работы и фармакологической терапии у пациентов.

Все 160 пациентов были обследованы неврологом. Использовался также клинико-инструментальный метод: проводилась ЭЭГ у 160 пациентов (100%) и МРТ головного мозга у 20 пациентов (12,5%). В работе использовались статистический метод с определением среднего значения при среднем отклонении, сравнительный анализ между группами по критерию Манна–Уитни, корреляционный анализ по Спирмену, а также проверка достоверности по критерию Фишера. Различия считались достоверными при $p \leq 0,05$.

Клинические характеристики синдрома уходов и бродяжничества

Синдром уходов и бродяжничества при органическом расстройстве личности и поведения. Синдром уходов и бродяжничества при органическом расстройстве личности и поведения, за исключением пациентов, страдающих эпилепсией, изначально носил реактивный характер и был тесно связан с конфликтами в семье или в интернате. Следует отметить, что первые уходы отмечались в анамнезе заболевания начиная с раннего возраста, с 7–8 лет, в ряде случаев — с 4 лет. Конфликты возникали с родителями или опекунами в связи с пропусками уроков в школе, воровством денег, посещением компьютерных клубов и невыполнением определенных требований, либо со сверстниками и воспитателями в режиме интерната.

Характерными чертами при этом были невротические проявления, переживание своей несостоятельности, школьной и семейной неполноценности, страх физического наказания при возвращении домой, сниженный уровень настроения. Актуальными были также мысли и представления пациентов о возможной реакции родителей или опекунов на их уходы из дома или интерната, особенно выраженные при первичных уходах. При некоторой нормализации семейного микроклимата уходы могли сохраняться, и начальная связь с конфликтами в семье или в интернате терялась, что происходило на фоне заострения личностных черт и наличия «органической почвы».

С течением времени синдром уходов и бродяжничества в этой подгруппе пациентов развивался по следующим четырем вариантам:

- с противоправными действиями и антисоциальным поведением;
- с преобладанием эмоциональных нарушений;
- смешанный, включающий наличие противоправных действий и психопатоподобные проявления;
- протекающий с сумеречным помрачением сознания при амбулаторном автоматизме (при эпилепсии).

В группу с первым вариантом синдрома (с противоправными действиями и антисоциальным поведением) вошли 25 пациентов, со вторым (с преобладанием эмоциональных нарушений) — 6 пациентов, с третьим (смешанный) — 73 пациента, с четвертым — 5 пациентов.

При варианте синдрома уходов и бродяжничества, протекающего с противоправными действиями и антисоциальным поведением, у пациентов наблюдались эпилептоидные и истеро-эпилептоидные черты характера. Выраженных эмоциональных и психопатоподобных проявлений не отмечалось или они были минимальными. При этом варианте имели место уходы из дома, бродяжничество, попрошайничество у прохожих, подрабатывание старших подростков в качестве грузчиков на рынке или путем перепродажи жетонов на станциях метрополитена. В качестве противоправных действий следует назвать участие в ограблении прохожих, в кражах продуктов в магазинах и сотовых телефонов, в ряде случаев — участие в угонах автомашин.

Если уходы и бродяжничество отмечались с частотой более трех раз в месяц или на срок более двух месяцев, на первый план постепенно выступало усиление поведенческих расстройств в виде выраженной конфликтности, агрессивности по отношению к родителям дома или воспитателям в интернате либо в группе сверстников.

Далее присоединялись токсикоманические и аддиктивные тенденции ($p \leq 0,05$) со снижением критики к своему поведению. 109 пациентов (100%) курили, 100 пациентов (91,7%) употребляли алкоголь, 51 пациент (46,8%) — токсические вещества, 5 пациентов (4,6%) — наркотические вещества. У девочек в этих случаях отмечались выражен-

ные нарушения поведения, занятия проституцией, проживание в приютах и частных квартирах. У мальчиков преобладали уходы в группе, участие в угонах автомашин, нападение на пьяных или пожилых прохожих, кражи сотовых телефонов и выраженная агрессия в группе. При возвращении домой силами милиции или родителей пациенты вели себя крайне раздражительно, преобладали реакции злости, эмоциональной неустойчивости, ярости с применением физической силы, эпизоды психомоторного возбуждения, вербализация нецензурных выражений. В школе происходили серьезные конфликты с учителями и одноклассниками. В тех случаях, когда уходы совершались в группе сверстников, отмечались выраженная агрессия в их адрес, стремление к лидерству и подавлению других, более слабых членов группы. Эпизоды алкоголизации и токсикоманическое поведение достаточно быстро приводили к развитию зависимости.

Таким образом, можно говорить о замене первоначально невротического компонента в структуре синдрома на агрессивные поведенческие проявления, что сделало необходимым выделить смешанный вариант протекания данного синдрома, при котором имело место сочетание противоправных действий с психопатоподобными проявлениями. В ряде случаев невротический компонент мог постепенно утрачиваться, и лишь риск возможного наказания за совершенные правонарушения, близость суда и следствия, угроза направления в специальную школу закрытого типа или колонию несколько оживляли невротическую симптоматику. При этом варианте в структуре синдрома невротическая составляющая заменялась аффективной симптоматикой. В этом случае выраженная тревога, эпизоды сниженного настроения, нарушения сна появлялись как во время уходов из привычной среды, так и в знакомой обстановке. Настроение при этом часто было на уровне субдепрессии, с ощущением безвыходности, с тоской и тревогой, идеаторными представлениями о тяжелой дальнейшей судьбе. В шести случаях — у одного мальчика и пяти девочек, имеющих истероидные, истеро-неустойчивые и гипертимные черты характера, — отмечалась суицидальная попытка дома, которая может расцениваться как проявление депрессии. При возвращении домой принудительно, с помощью родителей и милиции, настроение продолжало оставаться на субдепрессивном и депрессивном уровне, усугубляясь конфликтами с родителями и трудностями в школе в связи с пропусками уроков. При своевременно начатом лечении и проведении психотерапевтических мероприятий удавалось добиться коррекции тревожных и депрессивных расстройств.

Вариант синдрома уходов и бродяжничества у пациентов с органическим расстройством личности и поведения в связи с эпилепсией формировался на фоне уже имеющихся генерализованных судорожных приступов.

Актуальны были выраженные дисфорические реакции со злобой, эмоциональной напряженностью, агрессией к членам семьи. Уходы были длительными, без выраженных причин, пациенты могли внезапно выбежать из дома, часто в одежде, не соответствующей сезону, бесцельно блуждать по улицам, совершать далекие поездки, не узнавая знакомых и близких, встречавшихся на пути. Никто из пациентов не смог объяснить причину своих уходов и подробно рассказать о времени, проведенном вне дома. Все это свидетельствует об определенной глубине помрачения сознания по сумеречному типу, амнезии на период помрачения сознания.

Таким образом, можно говорить о четырех самостоятельных вариантах синдрома уходов и бродяжничества у пациентов с органическим расстройством личности и поведения. Самым распространенным был вариант, включающий в себя совершение противоправных действий и психопатоподобные проявления, он же был самым сложным по выраженности клинических проявлений и по трудности проведения лечебных мероприятий. Менее часто встречался вариант синдрома только с совершением противоправных действий и еще более редко — вариант синдрома с эмоциональными нарушениями и вариант синдрома, протекающий с сумеречным помрачением сознания при состоянии амбулаторного автоматизма.

Очевидно, что разная структура синдрома уходов и бродяжничества при органическом расстройстве личности и поведения обуславливает различные принципы терапии, актуальные в практической работе врача-психиатра, и, кроме того, различный прогноз в отношении наблюдаемого синдрома.

Синдром уходов и бродяжничества при умственной отсталости. Синдром уходов и бродяжничества отмечался у 35 пациентов первой группы с умственной отсталостью.

Синдром уходов и бродяжничества при умственной отсталости имел ряд закономерностей. В частности, степень выраженности и клиническая картина синдрома зависели от формы олигофрении. Для ее определения использовалась клинико-физиологическая классификация форм умственной отсталости, предложенная С.С. Мнухиным (1968) и Д.Н. Исаевым (1970, 1971).

Выделялись следующие варианты синдрома уходов и бродяжничества:

- с бесцельными уходами и немотивированным бродяжничеством;
- с колебаниями настроения и эмоциональной лабильностью;
- комбинированный (с расстройством влечений и нарушением в аффективно-волевой сфере).

Вариант с бесцельными уходами и бродяжничеством без четких мотивов чаще отмечался при атонической форме олигофрении, вариант

синдрома с преобладанием колебаний настроения — при стенической форме олигофрении, а комбинированный вариант — при дисфорической форме олигофрении.

Вариант синдрома с бесцельными уходами и немотивированным бродяжничеством сопровождался двигательным беспокойством пациентов, определенной неустойчивостью их аффективного фона, который, однако, не превалировал над расстройством влечений. Уходы совершались на срок более одного месяца; во время уходов отсутствовало общение со сверстниками, отмечалось даже избегание общения с ними. Пациенты проживали на заброшенных стройках или дачах за городом, много времени проводили в бесцельном бродяжничестве. Противоправные действия и употребление алкоголя не совершались, эпизодически могли быть токсикоманические тенденции, часто присутствовало извращение пищевого поведения — несколько пациентов с интеллектом ближе к выраженной дебильности или нерезко выраженной имбецильности ели без чувства брезгливости отходы на свалке, нечистоты.

Следует отметить, что при этом варианте синдрома отсутствовала психологически значимая причина для уходов из дома или интерната либо связь с конфликтами в семье была крайне мала. У всех пациентов, включенных в эту категорию, присутствовала нейросенсорная тугоухость различной степени выраженности и снижения слуха; слуховой аппарат в большинстве случаев не использовался. При дальнейшем бесцельном бродяжничестве синдром приобретал стойкий выраженный характер, что подтверждалось при тестировании по шкале уходов и бродяжничества (в количественном отношении 13 баллов). Пациенты уезжали далеко за пределы своего места жительства, часто за черту города, стремились к уединению.

Вариант с преобладанием колебаний настроения и эмоциональной лабильности характеризовался доминированием в клинической картине определенной развязностью поведения, снижением чувства дистанции в общении с незнакомыми, благодушно-эйфорическим фоном настроения, дурашливостью. При возникновении конфликтных ситуаций в семье или в интернате благодушно-эйфорический фон настроения резко менялся на дисфорический.

Уходы были длительными, на срок до 1 месяца и более, отмечались только в группе, сопровождалась выраженными колебаниями настроения, переходом эйфорических состояний в депрессивные и депрессивно-дистимические. Связь синдрома с конфликтами в семье или в интернате отмечалась при первых уходах, а в дальнейшем она «размывалась», приобретая в большей степени сезонный характер (обострения осенью/весной). Отмечалось явление «сенсорной жажды», то есть получение особого удовольствия от езды, ходьбы по улице, поэтому уходы станови-

лись неодолимыми, трудно корригируемыми окружающими. По шкале уходов и бродяжничества отмечалась средняя степень выраженности синдрома (в количественном отношении до 10 баллов).

При варианте с колебаниями настроения и эмоциональной лабильностью отличительной особенностью являлось обострение данного синдрома на фоне постоянных вспышек гнева, длительного эмоционального напряжения; связь с конфликтами в семье или в интернате прослеживалась во всех случаях. Уходы были длительными, неодолимыми, протекали без борьбы мотивов, совершались на срок более одного или двух месяцев, приближались к дромомании и выражали патологию влечений, которая проявлялась также в повышении аппетита и сексуальных эксцессах. В последних случаях отмечались сексуальные контакты со сверстниками в группе или с более младшими ребятами, в том числе и в интернате. У мальчиков отмечались гомосексуальные контакты, иногда с садистическим компонентом, у девочек — повышенный интерес к старшим ребятам, ранняя половая жизнь с одним или несколькими партнерами. Актуальны были занятия проституцией, причем в двух случаях у мальчиков. Уходы могли совершаться как в одиночку, так и в группе, протекать с различными противоправными действиями. Критика полностью отсутствовала, при принудительном задержании милицией в городе, на вокзалах, в подвалах и чердаках домов пациенты реагировали примитивными аффективными реакциями истероформного характера — падали на пол, выкрикивали нецензурные выражения, рвали на себе одежду. В ряде случаев отмечалось демонстративно-шантажное суицидальное поведение с имитацией попытки уйти из жизни — открывали окна на глазах окружающих, пытались выброситься из окна; наносили неглубокие порезы на тыльной поверхности кисти. Вторичные наслоения в виде употребления алкоголя и токсикоманических тенденций лишь способствовали развитию соответствующих зависимостей и прогрессированию синдрома. В дальнейшем синдром уходов и бродяжничества приобретал стойкий характер и, при тестировании по шкале уходов и бродяжничества, демонстрировал тяжелую степень выраженности. В некоторых немногочисленных случаях синдром спонтанно редуцировался, чаще у девочек 17–18 лет. В этих случаях, при условии отсутствия общения с прежней компанией и установлении устойчивых взаимоотношений с молодыми людьми и дальнейшем сожительстве с ними, пациентки совсем уходили из родительского дома, переселяясь к своему возлюбленному и прекращая бродяжничать. В других, более многочисленных случаях, протекая на фоне плохих отношений с противоположным полом и прогрессированием сексуального влечения, этот вариант синдрома мог трансформироваться в комбинированный вариант с преобладанием нарушений влечения и нарушениями в аффективно-волевой сфере.

Таким образом, можно говорить о трех самостоятельных вариантах синдрома уходов и бродяжничества при умственной отсталости. При этом наиболее стабильным в выраженности клинических проявлений оказывался вариант с преобладанием нарушения влечений. Вариант же синдрома, протекающего с колебаниями настроения и эмоциональной лабильностью, мог перейти в комбинированный вариант изучаемого синдрома, когда преобладающими, помимо особенностей аффективно-волевой сферы, оказывались нарушения влечения.

Синдром уходов и бродяжничества при шизофрении. Синдром уходов и бродяжничества отмечался у 16 пациентов второй группы с шизофренией.

При шизофрении отмечались два варианта синдрома уходов и бродяжничества:

- вариант синдрома при простой форме заболевания;
- вариант синдрома при параноидной форме заболевания в сочетании с тревожно-параноидным или галлюцинаторно-параноидным синдромом.

При **простой форме шизофрении** у пациентов в первые годы развития заболевания уходов из дома не было. Данный вариант отмечался у девяти пациентов, имеющих давность заболевания 2–2,5 года, и у одного пациента с давностью заболевания более 5 лет. На первый план выступали нарушения поведения в виде выраженной раздражительности, эмоциональной неустойчивости, конфликтности с родителями, а также негативизма и враждебности — симптомов, отсутствующих ранее. Пациенты часто проявляли протестные аффективные реакции против определенных установленных правил в школе и дома. Следует отметить, что после первоначальной враждебности к близким людям появлялась немотивированная жестокость на эмоционально-холодном фоне. При этом пациенты наносили определенный вред, портили предметы обстановки, мебель, одежду. Отмечались также различные неадекватные поступки и действия: один пациент мазал красной краской стены и пол, другой выбросил из окна квартиры все зимние вещи, третий мог надеть колготки матери и заснуть в них, четвертая пациентка выбрасывала из окна свои фекалии. С течением времени эмоциональные реакции становились все более неадекватными и непредсказуемыми. Вместе с пропусками уроков в школе отмечались уходы из дома с эпизодами воровства денег и ценных вещей. Все пациенты испытывали необходимость в общении, однако это общение во время уходов из дома было непродуктивным, нелепым, в ряде случаев бессмысленным и не соответствовавшим установившемуся ранее типичному кругу общения; при этом имевшиеся ранее дружеские связи разрывались. Все уходы совершались на довольно длительный срок, до одного-двух месяцев. Также быстро пациенты стали употреблять алко-

голь, более редко — наркотические препараты, без формирования выраженной зависимости, но с искажением ожидаемого опьяняющего эффекта. Противоправные действия при этих уходах также могли присутствовать и отмечались в группе сверстников. Домой возвращались, как правило, самостоятельно, без помощи милиции. При возвращении домой проявляли нарастающую эмоциональную отгороженность и неадекватность, стойкое нежелание посещать школу, выраженную враждебность к родственникам. С течением времени уходаы стали более редкими, сократились на срок до нескольких дней, во время уходов уже отсутствовало общение в прежних компаниях, утрачивались приобретенные в последнее время, хотя и не свойственные им ранее, интересы. Пациенты при возвращении домой могли безучастно лежать на кровати в одежде, отказываться от приема пищи, соблюдения элементарных гигиенических процедур. Критика к поведению отсутствовала полностью. При тестировании по шкале уходов и бродяжничества отмечалась тяжелая степень выраженности синдрома (от 13 до 14 баллов в количественном отношении).

Таким образом, уходаы и бродяжничество при простой форме шизофрении возникают не сразу, сочетаются с эмоциональной неадекватностью, несвойственной ранее жестокостью к самым близким людям, неадекватными поступками и действиями, имеют тенденцию к усилению с течением времени, с последующим затуханием по мере развертывания других клинических проявлений заболевания. При этом уходаы в структуре простой формы шизофрении могут отмечаться как в качестве самостоятельного симптомокомплекса, при преимущественно негативных психопатологических проявлениях и так называемой «бедной симптомами» шизофрении, так и во взаимосвязи и сложном сочетании с включенными в структуру простой формы гебоидными и психопатоподобными проявлениями.

Синдром уходов и бродяжничества при **параноидной форме шизофрении** имел ряд особенностей. Давность заболевания составляла в среднем до шести месяцев, только одна пациентка наблюдалась психиатром в течение четырех лет. Наряду с начинающейся враждебностью и агрессивностью к близким родственникам, у всех шести пациентов с параноидной формой шизофрении, включенных в исследование, отмечались эпизоды патологического фантазирования. Пациенты представляли себя определенными персонажами, почерпнутыми, вероятнее всего, из предшествующего жизненного опыта, интересов и полученного большими образования. При дальнейшем течении заболевания состояние характеризовалось тревожно-бредовыми переживаниями, когда достаточно быстро возникали идеи отношения, воздействия, преследования, бредовая трактовка ситуации. В связи с этим близким людям, особенно матерям и бабушкам, приписывалось желание причинить

вред пациентам, убить их, отравить. Уходы из дома возникали в тесной связи с этими идеями, а также в связи с возникшими псевдогаллюцинациями и психическими автоматизмами, часто неразвернутыми.

Псевдогаллюциаторная симптоматика была представлена слуховыми обманами восприятия в виде «голосов» в области головы угрожающего или комментирующего характера, которые призывали пациентов к различным действиям, в ряде случаев — к уходам из дома. На этом фоне отмечалась выраженная тревога, страх, дезориентировка в месте, времени и собственной личности. К неразвернутым психическим автоматизмам можно было отнести ощущение «контроля за своими действиями, мыслями», «иной работы» внутренних органов.

Уходы при тревожно-бредовой и галлюциаторно-параноидной психопатологической симптоматике были непродолжительными, на срок от нескольких дней до двух недель, совершение противоправных действий и общение в группе сверстников, как правило, не отмечалось. Характерным было бродяжничество в общественных местах, где пациенты всегда привлекали к себе внимание окружающих своим неадекватным поведением, часто задерживались и доставлялись в районное отделение милиции, откуда уже госпитализировались в психиатрические стационары. После недобровольного лечения в стационаре и обрыве психотической симптоматики уходы из дома не совершались до дальнейшей декомпенсации в психическом состоянии. При преобладании бреда в клинической картине заболевания уходы имели связь с его фабулой; при возобновлении галлюцинаций — связывались с их содержанием. При прогрессировании эмоциональной холодности, отгороженности, враждебности нарастала социальная дезадаптация с отрывом пациентов от реальности, с уходом в свой внутренний мир, нарастающей аутизацией. Критика к своему поведению полностью отсутствовала. После перенесения психотического приступа развивалась частичная амнезия с невозможностью вспомнить отдельные детали нарушенного поведения.

При тестировании пациентов по шкале уходов и бродяжничества отмечалась тяжелая степень выраженности данного синдрома (в количественном отношении от 13 до 14 баллов).

Таким образом, синдром уходов и бродяжничества при параноидной форме шизофрении находился в тесном синдромальном взаимодействии с тревожно-параноидным и галлюциаторно-параноидным синдромами. Уходы совершались под действием имеющейся продуктивной симптоматики и определялись фабулой бредовых идей отношения, воздействия, отравления, а также содержанием неразвернутых психических автоматизмов и псевдогаллюциаторных слуховых обманов восприятия.

Результаты дополнительных клинических исследований (шкала уходов и бродяжничества)

В группе пациентов с органическим расстройством личности и поведения при тестировании по шкале уходов и бродяжничества отмечалась средняя степень выраженности данного синдрома (от 10 до 12 баллов) с тенденцией к тяжелой степени: среднее значение 11,7 при среднем отклонении 0,7.

У пациентов первой группы с умственной отсталостью отмечалась тяжелая степень выраженности данного синдрома (от 12 до 13 баллов в количественном выражении): среднее значение 12,8 при среднем отклонении 1,1.

Во второй группе у пациентов с шизофренией также отмечалась тяжелая степень выраженности синдрома (от 13 до 15 баллов и более в количественном отношении): среднее значение 14,8 при среднем отклонении 0,4. Поэтому, исходя из результатов тестирования пациентов по данной шкале, следует подчеркнуть, что наиболее выражен в количественном отношении изучаемый синдром у пациентов первой группы в структуре умственной отсталости и у пациентов второй группы при шизофрении. Полученные результаты подтверждались данными катamnестического исследования (сроком до двух лет) и динамикой от проводимого фармакологического и психотерапевтического лечения.

При органическом расстройстве личности и поведения отмечался лучший прогноз в отношении синдрома уходов и бродяжничества при своевременных методах коррекции, что подтверждалось клиническими наблюдениями в данной группе пациентов и результатами катamnестического осмотра пациентов, а также при их тестировании по «шкале уходов и бродяжничества». Однако, в связи с риском совершения противоправных действий, сложной семейной ситуацией, а также с наличием определенных черт характера (истероидных, неустойчивых, эпилептоидных) и «измененной органической почвы», существует значительная вероятность утяжеления степени выраженности изучаемого синдрома.

Клинико-возрастная динамика синдрома уходов и бродяжничества. У пациентов с органическим расстройством личности и поведения уходы возникали в ряде случаев еще в младшем дошкольном возрасте, начиная с четырех лет. В этот период отмечались кратковременные побегии от воспитателей в детском саду или от родителей на прогулке. Видимой причины для них не было, и эти уходы можно было трактовать как импульсивные. Дети, как правило, плохо удерживались в детских дошкольных коллективах, часто вступали в драки со сверстниками, были капризными, плаксивыми, требовали к себе повышенного внимания.

У пациентов первой группы с умственной отсталостью, которые проживали в этом возрасте в домах ребенка, часто отмечалось психомоторное возбуждение в ответ на получаемое наказание со стороны персонала, что часто купировалось введением нейролептиков седативного спектра действия. В группе пациентов с органическим расстройством личности и поведения физическое наказание со стороны родителей также вызывало определенные реакции в виде кратковременных истероформных проявлений: пациенты могли упасть на пол, кричать, плакать, бить руками по полу и бросать различные предметы. В дальнейшем уходы возникали в виде протестных реакций в младшем школьном возрасте, начиная с 7–8 лет. Это были кратковременные транзиторные уходы не более чем на один-два дня, имеющие реактивное происхождение. Возникали они всегда после конфликтной ситуации, значимой для пациентов. Это могла быть конфликтная ситуация с матерью или отцом, в ряде случаев с отчимом, либо с воспитателями и персоналом школы-интерната. В некоторых случаях, при проживании в условиях школы-интерната, у пациентов отмечались сложные конфликтные отношения с другими воспитанниками. Страх физического или иного наказания при возвращении обратно и мысли об этом могли доминировать у большинства. Истинных нарушений влечения не отмечалось, в таких уходах больше было переживаний неразрешимости сложившейся ситуации, колебаний настроения с субдепрессивной окраской и тревогой.

При возвращении в привычную среду такие уходы закреплялись как типичная форма протестного поведения, особенно у пациентов с органическим расстройством личности и поведения.

Уже с 10–12 лет, с началом препубертатного периода, уходы совершались на более длительный срок, несколько дней и более, и тогда постепенно утрачивали реактивный компонент. При наличии резидуально-органического поражения головного мозга, подтверждаемого данными осмотра невролога и проведением инструментальных методов исследования, таких как электроэнцефалограмма и магнитно-ядерная томография головного мозга, уходы приобретали истинный компонент расстройства влечения и достигали выраженности дромомании. В этом возрасте имели место первые кражи денег у родителей, которые могли тратиться на посещение компьютерных клубов, покупку сладостей и игрушек. У пациентов из подгруппы с умственной отсталостью уходы часто носили подражательный характер, совершались вместе со старшими ребятами из школ-интернатов. В таких случаях уходы могли сопровождаться ингалированием паров токсичных веществ, что отмечалось у 18 пациентов с умственной отсталостью (51,4% всех категории пациентов с этим диагнозом), с появлением чувства эйфории, ощущением ускорения времени, появлением истинных

кратковременных зрительных галлюцинаторных переживаний: пациенты «могли видеть» персонажей мультфильмов, троллей, червей, устрашающих зверей. Актуальны были и вербальные обманы восприятия в виде кратковременных «голосов». При наличии органического расстройства личности и поведения токсикоманические тенденции отмечались у 51 пациента (46,8% от всей категории пациентов с данным диагнозом; $p \leq 0,05$). При наличии умственной отсталости токсикоманические тенденции наблюдались у 17 пациентов (48,6% от всей категории пациентов с умственной отсталостью; $p \leq 0,05$) и возникали значительно раньше, чем при органическом расстройстве личности и поведения.

Помимо этого, со временем присоединялись эпизоды употребления алкоголя вместе со сверстниками и табакокурение. В состоянии алкогольного опьянения появлялась эйфория, улучшалось общение; теряла значимость ранее актуальная ситуация, из-за которой происходили уходы. Употреблялись большие дозы алкогольных напитков во время длительных уходов из дома или школы-интерната, с выпадениями из памяти событий периода опьянения. Через 5–6 месяцев после начала употребления алкоголя формировалось неодолимое патологическое влечение к употреблению алкоголя, которое способствовало уходам на более длительный срок и кражам денег у родителей. Эпизоды алкоголизации отмечались у 33 пациентов с умственной отсталостью (94,3% от всей категории пациентов с данным диагнозом) и у 100 пациентов с органическим расстройством личности и поведения (91,7% от всей категории пациентов с данным диагнозом; $p \leq 0,05$).

В пубертатный период, в возрасте 13–16 лет, уходы могли совершаться на более длительный срок, до одного месяца и более. Под действием алкоголя, в тех случаях, когда уходы отмечались в группе, совершались различные противоправные действия (кражи, хулиганские действия в публичных местах и акты вандализма, в одном случае убийство). Усиление полового влечения способствовало многочисленным половым контактам, иногда и гомосексуального характера, быстрой смене половых партнеров, занятиям проституцией, особенно у девочек. В этом возрасте большинство из включенных в обследование подростков состояло на учете у инспектора по делам несовершеннолетних (120 пациентов из группы с непсихотическими заболеваниями — 83,3% пациентов всей группы). Часто пациенты вызывались на комиссию по делам несовершеннолетних (113 пациентов — 78,5% пациентов всей группы), некоторые находились в специальных школах закрытого типа по решению суда (15 пациентов — 10,4% всех пациентов группы), 3 пациента (2,1% всех пациентов группы) находились в следственном изоляторе ($p \leq 0,05$).

В поведении на первый план выступали конфликтность, агрессивность, эмоциональная неустойчивость. Актуальны были трудности в обучении в школе в связи с пропуском уроков, дублированием классов. Уходы были длительными, стойкими, с утратой реактивного компонента и чувства критики; в тех случаях, когда во время уходов отмечалось посещение компьютерных клубов, утрачивалось чувство реальности и изменялось ощущение времени. Нарастала социальная дезадаптация, и подростки полностью запускали учебу в школе.

В возрасте 16–18 лет, с началом постпубертатного периода, уходы и бродяжничество отмечались значительно реже, поведение несколько изменялось, появлялись размышления о своем поведении и желание что-то изменить в нем. Правда, это больше касалось пациентов с органическим расстройством личности и поведения, у которых могла происходить определенная положительная динамика. У пациентов с умственной отсталостью в этом возрасте отмечались даже некоторое усиление уходов, совершаемых, как правило, в группе, и выраженное бродяжничество с противоправными действиями. Эти уходы были стереотипными, фиксированными, повторялись с течением времени. Алкоголизация носила уже не эпизодический, а систематический характер. При полном отсутствии критики к своему поведению, уходы у этой категории пациентов протекали с нарушением влечений и выраженными психопатоподобными проявлениями.

Таким образом, можно говорить о лучшем прогнозе синдрома уходов и бродяжничества при органическом расстройстве личности и поведения, когда он имеет приступообразный характер, в отличие от аналогичного синдрома с непрерывным характером при умственной отсталости.

При психотических заболеваниях, в частности во второй группе при шизофрении, первые уходы из дома отмечались у пациентов в возрасте 12 лет. Они возникали, в отличие от уходов и бродяжничества при непсихотических заболеваниях, без наличия значимых причин, на холодном эмоциональном фоне и протекали с неадекватными действиями как во время уходов, так и после возвращения домой. Психологически понятная причина при таких уходах отсутствовала, все поведение пациентов не соотносилось с семейной ситуацией и взаимоотношениями с родителями. При шизофрении они носили выраженный элемент нарушений влечения, наряду с садистическим компонентом и нарушением пищевого поведения, в основном у девочек. Садистический компонент был представлен удовольствием от истязания домашних животных, птиц, а также причинением физического вреда близким людям.

Уходы из дома совершались сразу на длительный срок, на один месяц и более, были неодолимыми и достигали уровня дромомании.

Следует подчеркнуть, что при простой форме шизофрении присутствовало общение со сверстниками, но общение было странным, поверхностным, не соответствовало прежним привязанностям и интересам пациентов, проходило при постоянной смене интересов и потребностей, миграции из одной компании в другую. Присоединение эпизодов алкоголизации и курения способствовали развитию аддиктивного поведения. Далее поверхностное общение и смена интересов пациентов с простой формой шизофрении замещались нарастающей аутизацией и эмоциональной отгороженностью.

В возрасте 13–16 лет уходы достигали своего пика при простой форме шизофрении, тогда как при параноидной форме могли только появляться. Выраженная агрессия, наряду с аутизацией пациентов на холодном эмоциональном фоне с продолжающимися неадекватными поступками и действиями, составляла сложное сочетание при простой форме шизофрении. При параноидной форме уходы, как описывалось ранее, только возникали и тесно были связаны с галлюцинаторной симптоматикой и бредовыми переживаниями. При этих уходах общение отсутствовало, так же как совершение противоправных действий и употребление алкоголя. По времени они были непродолжительными, до двух недель, с постепенной редукцией на фоне проводимого лечения.

В постпубертатный период, начиная с 16–18 лет, стремление к уходам постепенно ослабевало, продолжительность уходов сокращалась на фоне выраженной эмоциональной отгороженности пациентов при простой форме шизофрении. Пациенты могли нигде не учиться и не работать, были полностью социально дезадаптированными. К этому времени они уже имели оформленную пенсию по своему основному заболеванию и числились обучающимися на дому.

У пациентов с параноидной формой шизофрении в этот период, при самостоятельной отмене лечения, могли возобновляться бредовые идеи с бредовой настороженностью и трактовкой ситуации, выраженной враждебностью и агрессией в поведении. В двух случаях возникшие «голоса» призывали пациентов к разрушительным действиям и уходам из дома. Наряду с этим, на короткий период времени возникали транзиторные уходы из привычной среды, во время которых совершение противоправных действий и наличие аддиктивного поведения никогда не были характерными. На фоне проводимого лечения, при редукции бредовых и галлюцинаторных проявлений и в период ремиссии такие пациенты никогда не уходили из дома, что подтверждалось данными катамнеза сроком до двух лет.

Таким образом, проведя анализ клинико-возрастной динамики изучаемого синдрома, можно выделить основные его различия при заболеваниях непсихотического и психотического уровня и внутри рассматриваемых подгрупп.

1. При заболеваниях непсихотического уровня синдром уходов и бродяжничества начинал формироваться значительно раньше, чем при заболеваниях психотического уровня. Ранние уходы могли возникать уже в возрасте четырех лет и оценивались как импульсивные. В возрасте 7–8 лет уходы приобретали реактивный компонент и связывались с конфликтами в привычной среде или с возможным физическим наказанием.

С началом препубертатного периода, в 10–12 лет, реактивный компонент постепенно утрачивался, и уходы были проявлением нарушений влечения, достигая выраженности дромомании. В этот же возрастной период имели место эпизоды злоупотребления алкоголем и ингалирование паров токсичных веществ, причем у пациентов с умственной отсталостью зависимость формировалась быстрее, чем у пациентов с органическим расстройством личности и поведения.

С началом пубертатного периода, с 13–16 лет, нарушения в поведении и противоправные действия становились все более выраженными и соотносились с длительностью уходов и бродяжничества при заболеваниях непсихотического уровня.

В постпубертатный период у пациентов с органическим расстройством личности и поведения стремление к уходам ослабевало, эпизоды бродяжничества возникали реже, а у пациентов с умственной отсталостью наблюдалась обратная ситуация: усиление проявления данного синдрома с нарастанием противоправных действий и алкоголизации.

2. Внутри группы пациентов с заболеваниями непсихотического уровня отмечались изменения в прогнозе и течении синдрома уходов и бродяжничества. У пациентов с органическим расстройством личности и поведения прогноз в отношении изучаемого синдрома был лучше, что подтверждалось данными катамнеза, в отличие от пациентов с умственной отсталостью. Из 109 пациентов с органическим расстройством личности и поведения к 18-летнему возрасту уходы и бродяжничество сохранялись у 14 человек (13% обследуемых), из 35 пациентов с умственной отсталостью в возрасте 18 лет у 11 человек сохранялся данный синдром (31,4% обследуемых) ($p \leq 0,05$).

3. У пациентов с органическим расстройством личности и поведения изучаемый синдром носил приступообразный характер течения, тогда как у пациентов с умственной отсталостью — непрерывный.

4. В группе пациентов с шизофренией первые уходы возникали в более поздний возрастной период, по сравнению с уходами при непсихотических заболеваниях (в возрасте 12 лет). Они развивались без видимых причин, на холодном эмоциональном фоне и сочетались с различными неадекватными действиями и поступками, не свойственными ранее пациентам. Уходы были отражением нарушений влечения и быстро достигали уровня дромомании. Садистический компонент присут-

ствовал в ряде случаев, наряду с агрессией и враждебностью к близким людям.

5. Внутри группы пациентов с шизофренией также отмечались разная выраженность синдрома уходов и бродяжничества и разный прогноз. У пациентов с простой формой заболевания уходы возникали в значительно более младшем возрасте, чем у пациентов с параноидной формой. В пубертатный период у пациентов с простой формой шизофрении выраженность синдрома достигала своего максимума, сочетаясь с противоправными действиями, тогда как у пациентов с параноидной формой шизофрении уходы только появлялись и противоправных действий никогда не наблюдалось. При параноидной форме шизофрении в клинической картине заболевания, кроме уходов, преобладали бредовые идеи и галлюцинаторные переживания, чего не отмечалось при простой форме.

В постпубертатный период уходы при простой форме шизофрении постепенно редуцировались на фоне эмоциональных и волевых расстройств, которые можно рассматривать как проявление определенного дефекта от перенесенного заболевания. При параноидной форме шизофрении возникшие уходы и бродяжничество отмечались на фоне прекращения поддерживающей терапии в этот возрастной период и при возобновлении лечения не возникали.

6. Таким образом, можно говорить о непрерывно-прогредиентном характере течения синдрома уходов и бродяжничества с последующей его редукцией при простой форме шизофрении и о приступообразно-прогредиентном характере при параноидной форме шизофрении. Из 16 пациентов, включенных в группу с шизофренией, у 3 человек (19% обследуемых) сохранялись уходы в постпубертатный период, по достижении 18 лет ($p \leq 0,05$). Лучший прогноз в отношении синдрома уходов и бродяжничества отмечается при параноидной форме шизофрении, чем при простой форме.

7. При непсихотических состояниях уходы и бродяжничество обратимы, быстрее редуцируются, прогностически более благоприятны, чем при шизофрении. При непсихотических состояниях уходы и бродяжничество имеют четкую связь с неправильным воспитанием в семье, конфликтами с ближайшим окружением, школьной дезадаптацией, что отсутствует при психотических состояниях.

Гендерные особенности синдрома уходов и бродяжничества. В группе пациентов с непсихотическими заболеваниями у мальчиков синдром формировался в дошкольном или младшем школьном возрасте. Уходы трудно было отграничить от импульсивных влечений, часто они носили неодолимый характер. В поведении мальчики демонстрировали большой уровень агрессии; в основном физическую агрессию с применением силы. Характерны были драки с одноклассниками,

братьями или сестрами, иногда с родителями, при уходах из дома и общении в асоциальной группе присутствовали конфликты с другими членами этой группы.

У мальчиков в пубертатном возрасте имели место противоправные действия — с угонами автомашин, хищением сотовых телефонов и денег у сверстников или детей младшего возраста, в ряде случаев у прохожих на улице при групповом нападении. Некоторые мальчики в постпубертатном возрасте во время уходов подрабатывали грузчиками на рынках или мойщиками машин на автозаправках или самостоятельно на трассах, иногда перепродавали на станциях метро жетоны и карточки.

Раннее употребление алкоголя, ингалирование паров токсических веществ и курение с развитием аддиктивного поведения уже при первых уходах приводили у некоторых к развитию зависимости от перечисленных вредностей. Алкогольное опьянение во время уходов часто носило у мальчиков патологический характер. Уходы из дома или интерната у мальчиков с аддиктивным поведением или с уже сформированной зависимостью были необходимы для употребления алкогольных напитков, продолжения ингалирования паров токсичных веществ и курения. Развивался определенный замкнутый круг, когда уходы совершались с целью реализации влечения к алкоголю или токсическим веществам, как правило, в группе сверстников, а сами уходы и бродяжничество способствовали дальнейшему формированию зависимостей. Мальчики обнаруживали большую криминогенность во время уходов и готовность к повторным уходам из дома, по сравнению с девочками. Выраженная криминогенность и совершение противоправных действий у мальчиков находились в прямой зависимости от их возраста, при достижении ими пубертатного и постпубертатного периода частота совершения противоправных действий во время уходов имела тенденцию к усилению. Причем совершение правонарушений в группе во время уходов преобладало над аналогичными правонарушениями, совершаемыми при одиночных уходах, когда общение в группе сверстников отсутствовало. Это может служить подтверждением криминогенной опасности, исходящей от сформировавшейся антисоциальной группы несовершеннолетних лиц.

Посещение компьютерных клубов во время уходов из дома или интерната также было характерно для мальчиков. Компьютерные клубы посещались в вечернее и ночное время, в основном осенью или зимой, при этом деньги на посещение воровались из дома, у родителей или занимались у друзей. Мальчики из подгруппы с умственной отсталостью компьютерные клубы посещали в меньшей степени, нежели мальчики из подгруппы с органическим расстройством личности и поведения и шизофренией. В ряде случаев компьютерный клуб служил своеобразным местом ночлега, когда посещающий его мог заснуть на

всю ночь в теплом месте. Домой мальчики возвращались, как правило, с помощью милиции и инспектора по делам несовершеннолетних, лишь в очень немногочисленных случаях они возвращались домой самостоятельно. Это происходило в вынужденных ситуациях: при голодании, в очень холодное время года или в случае соматического заболевания, а также в ситуациях, когда заканчивались деньги.

Реализация сексуального влечения во время уходов, как, впрочем, и его формирование, у мальчиков возникали значительно позже, чем у девочек. В возрасте 15–16 лет отмечались первые сексуальные контакты, в ряде случаев гомосексуального характера. Они были характерны для мальчиков, которые бродяжничали в группе. У некоторых старших подростков отмечался сексуальный интерес к старшим женщинам, половое созревание у них наступало быстрее, чем у их сверстников. При беседе с врачом многие подростки могли рассказывать о своих «сексуальных подвигах», однако зачастую эти рассказы носили фантазийный характер, с оттенком бравады и демонстрации.

Изменение характерологических свойств формирующейся личности, усиление психопатоподобных проявлений, взрывчатости, склонности к вспышкам агрессии больше были характерны для мальчиков. В основном все они имели эпилептоидные черты характера на фоне резидуально-органического поражения головного мозга.

По длительности первых возникших уходов из дома мальчики также опережали девочек. Они уходили на более длительный срок в первый и последующие разы, от одной недели до месяца, однако при повторных уходах из дома данная закономерность у мальчиков не прослеживалась.

У девочек первые уходы из дома возникали значительно позднее, чем у мальчиков, в препубертатном и пубертатном периоде, и сопровождалась более выраженными аффективными колебаниями настроения. Колебания настроения характеризовались наличием субдепрессивных и депрессивных проявлений, со снижением настроения, нежеланием посещать школу, выполнять домашние поручения. Видимой причиной для этого могли быть конфликты с родителями, сложные отношения в семье, трудности с учителями, с одноклассниками, с противоположным полом. Вначале уходы возникали как реакция на ситуацию, на короткий период времени, сроком не более чем несколько дней; девочки уходили преимущественно к подругам, однако в дальнейшем происходило увеличение длительности уходов, на срок от двух недель и более. При сохранении конфликтной ситуации в семье, в ряде случаев при безответной влюбленности, имело место суицидальное поведение. Так, у пяти девочек с органическим расстройством личности и поведения отмечалось совершение суицидальной попытки при возвращении домой, причем это было не демонстративно-шантажное поведение, а

истинные намерения. Положительная динамика при приеме антидепрессантов служила подтверждением наличия депрессивных проявлений.

По сравнению с мальчиками, у девочек готовность к повторным побегам формировалась медленнее, однако сами побеги во второй и последующий разы были более длительными. Многие девочки во время уходов знакомились на улице со своими сверстницами, которые занимались в конной секции, и уходили на конюшни, где помогали ухаживать за лошадьми и выгуливали их. Несмотря на видимую позитивность своих поступков, они могли полностью уйти из дома и проживать вместе со своими питомцами, забросив школу и интересуясь только узким кругом общения.

Довольно быстро у них возникали аддиктивное поведение с употреблением алкогольных напитков, курением, а также ранняя половая жизнь. В дальнейшем аддиктивное поведение быстро формировало зависимость от употребления алкоголя, что отличало их по срокам формирования данной зависимости от мальчиков. В среднем зависимость от алкоголя формировалась за 6–8 месяцев его регулярного приема.

Следует отметить, что сексуальное влечение к противоположному полу и сексуальные контакты у девочек наступали значительно раньше, нежели у мальчиков, и приходились на возраст 13–14 лет. У большинства девочек сексуальное влечение формировало дальнейшие уходы из дома, когда они во время уходов вступали в контакты со сверстниками или с более взрослыми мужчинами. Некоторые стали проживать в притонах, где занимались проституцией. В этих случаях они не появлялись дома месяцами, вели полностью асоциальный образ жизни, заработанные деньги тратили на покупку одежды, косметики, алкоголя и сигарет. Только в одном случае отмечалась заинтересованность девочки с органическим расстройством личности и поведения в помощи своей семье, куда она приносила заработанные деньги. При задержании милицией девочки, занимающиеся проституцией, демонстрировали грубость, развязность, полное отсутствие критики. При наблюдении за ними в динамике и по данным катанеза до двух лет можно сделать вывод об увеличении с годами длительности уходов из дома, полном разрыве связей с прежним семейным окружением и отсутствии положительной динамики от фармакологического и психотерапевтического лечения.

Две девочки с умственной отсталостью ушли проживать к цыганам, с которыми вместе вели кочевой образ жизни и бродяжничали, вместе с ними они участвовали в кражах и грабежах. Однако этот пример служит скорее исключением, чем правилом, поскольку совершение таких противоправных действий, как разбойные нападения, грабежи, участие в угонах автомашин, никогда не было характерным для дево-

чек. Воровство денег из дома, продуктов или вещей из магазинов, ювелирных украшений из дома подруг были типичными противоправными действиями у девочек. Во время своих уходов из дома девочки демонстрировали более выраженную жестокость в сформировавшейся группе со своей строгой иерархической системой, по сравнению с мальчиками. Она могла проявляться в нанесении побоев более слабым девочкам, придумывании способов наказания провинившимся в группе с применением различных методов, имеющих садистический компонент, групповом избиении. В ряде случаев имела место пассивная агрессия, когда девочки в группе наблюдали за коллективным избиением сверстницы и своими словами выражали одобрение таким действиям.

В группе пациентов с психотическими нарушениями гендерные особенности при уходах из дома и бродяжничестве несколько отличались от группы пациентов с непсихотическими нарушениями. Мальчики с шизофренией уходили из дома гораздо позже мальчиков с непсихотическими нарушениями. Их уходы начинались в пубертатном возрасте, в структуре нарушений поведения было больше неадекватности, нелепости, эмоциональной разлаженности, с постепенным ослаблением выраженных вначале уходов из дома. Несмотря на усиление агрессии к близким людям в домашней обстановке, у мальчиков с шизофренией отмечалась определенная беспомощность при нахождении в группе во время уходов, где они могли занимать подчиненное положение по отношению к другим членам группы.

Девочки с шизофренией, по сравнению с девочками с непсихотическими нарушениями, не стремились к общению со сверстницами, а проявляли интерес к общению со странными, чужаковатыми и значительно старше себя по возрасту людьми. Потеря интереса к общению и пребыванию в подобной среде происходила достаточно быстро, наличествовала миграция из одной группировки в другую одновременно с потерей всех прежних интересов, с нарастанием эмоциональной отгороженности и аутизацией, что и отличало поведение девочек с шизофренией от поведения девочек с непсихотическими нарушениями. Употребление алкоголя и ингалирование паров токсичных веществ не приводили к развитию зависимости, а лишь способствовали формированию аддиктивного поведения. У девочек с шизофренией отмечалось нарушение пищевого поведения в виде транзиторной нервной анорексии, которая никогда не отмечалась у девочек с непсихотическими нарушениями. Собственно антисоциальные формы поведения во время уходов из дома у них не приобретали такую выраженность, как у девочек с непсихотическими нарушениями, хотя и отмечались в самом начале уходов.

Фармакологическая коррекция синдрома уходов и бродяжничества. При лечении пациентов с синдромом уходов и бродяжничества учитывались ведущий вариант изучаемого синдрома и его нозологическая

принадлежность. Поэтому в основе терапии лежал дифференцированный подход с учетом влияния препарата на определенные симптомы, присутствующие в клинической картине того или иного варианта синдрома.

При варианте синдрома уходов и бродяжничества, протекающего с противоправными действиями и антисоциальным поведением (у пациентов с органическим расстройством личности и поведения), использовались препараты из группы нейролептиков, в частности неуплепсил в 4% растворе, в суточной дозе до 40 мг/сут, хлорпротиксен в суточной дозе до 100 мг/сут и тизерцин в суточной дозе до 100 мг/сут. Все препараты снижали влечение к уходам в остром периоде, когда отмечались первичные уходы, несколько сглаживали периоды возбудимости, эмоциональной неустойчивости и, таким образом, проявляли седативный эффект, который наступал уже в конце первой недели приема препаратов. При постепенном наращивании дозы препаратов побочных эффектов не отмечалось. Лишь в единичных случаях имели место явления ортостатической гипотензии в утреннее время после приема тизерцина и неуплепсила. Хлорпротиксен лучше переносился пациентами и не вызывал побочных явлений при приеме, лишь в ряде случаев отмечалась некоторая сонливость в утреннее время. Использовались небольшие дозы препаратов, учитывая невыраженные клинические проявления нарушений поведения при данном варианте синдрома. Акцент делался на социально-трудовой реабилитации пациентов, работе с семьями и проведении психотерапевтических занятий.

При варианте синдрома уходов и бродяжничества, протекающего с эмоциональной лабильностью (у пациентов с органическим расстройством личности и поведения), использовался препарат сбалансированного действия из группы антидепрессантов анафранил. Препарат назначался в суточной дозе до 125 мг/сут в комбинации с утренним и вечерним приемом транквилизатора небензодиазепинового ряда атаракса (гидроксизина) в суточной дозе до 100 мг/сут. Прием анафранила приводил к редукции субдепрессивных и депрессивных переживаний, улучшению настроения, снижению актуализации неприятных мыслей, связанных с имеющейся психотравмирующей ситуацией в семье. Прием атаракса в утренние и вечерние часы приводил к купированию тревожных переживаний, улучшению сна и, кроме того, служил для профилактики появления возможного стимулирующего действия анафранила. Антидепрессивный эффект анафранила развивался на второй неделе приема и постепенно нарастал к четвертой неделе, противотревожный эффект атаракса был замечен уже на второй-третий день от начала терапии.

При смешанном варианте синдрома при органическом расстройстве личности и поведения (протекающего с противоправными действиями и психопатоподобными проявлениями) использовались высокие дозы нейролептических препаратов, таких как неуплепсил, тизерцин, клопиксол,

хлорпротиксен, тиапридал и сонапакс (порядок перечисления препаратов обусловлен уменьшением выраженности седативного эффекта, достигающей максимума на третьей-четвертой неделе приема). Наиболее перспективным препаратом был неулептил с выраженным седативным действием и редукцией взрывчатости, аффективной неустойчивости и агрессивности. Он использовался в суточной дозе до 30 мг/сут. Тиапридал оказывал более мягкое седативное действие в суточной дозе до 300 мг/сут, и его прием осуществлялся при незначительных психопатоподобных проявлениях. Тизерцин использовался в суточной дозе до 100 мг/сут, хлорпротиксен в суточной дозе до 75 мг/сут, сонапакс в суточной дозе до 100 мг/сут. Пациенты с этим вариантом синдрома хуже поддавались медикаментозной коррекции, так как возникшие побочные явления в виде сонливости, заторможенности, выраженной седации приводили к нежеланию принимать препараты. В связи с этим у пациентов, которым назначались эти препараты и которые вскоре прекращали их прием из-за побочных эффектов, вскоре возникали повторные уходы.

Пациентам с вариантом синдрома уходов и бродяжничества, протекающего на фоне сумеречного помрачения сознания эпилептического характера, назначалась комбинация препаратов из группы нейролептических средств и противосудорожных препаратов. Основными критериями при назначении нейролептической терапии у пациентов с данным вариантом синдрома были следующие факторы:

- один или несколько эпизодов сумеречного помрачения сознания в анамнезе заболевания или на момент лечения, выраженная дезориентировка в месте, времени, собственной личности;

- выраженные нарушения поведения в виде агрессивных проявлений и состояний психомоторного возбуждения;

- включение в клиническую картину заболевания аффектов злобы, страха, тревоги и эмоционального напряжения.

Противосудорожная терапия включала в трех случаях прием депакина-хроно в суточных дозах до 1500 мг/сут в течение длительного времени. К этой терапии добавлялся прием хлорпротиксена в суточной дозе до 100 мг/сут. В трех других случаях пациенты принимали топамакс (топирамат) в суточной дозе до 100 мг/сут и рисполепт (рисперидон) в суточной дозе до 6 мг/сут. Рисполепт и хлорпротиксен проявляли антипсихотическое действие и приводили к обрыву имеющейся вне приступов симптоматики в виде аффектов злобы, страха и тревоги; появлялась ориентировка в собственной личности, в месте нахождения и окружающем; снижались агрессивные проявления в поведении.

При всех вариантах синдрома уходов и бродяжничества при органических расстройствах личности и поведения назначались препараты ноотропной группы, такие как пантогам, энцефабол, фезам, фенибут и фенотропил. Также применялись кортексин и актовегин. Препараты

назначались курсами, несколько раз в год, для улучшения когнитивных функций, способствовали обучению пациентов в школе, снижению их утомляемости при определенных нагрузках.

При варианте синдрома с бесцельными уходами и немотивированным бродяжничеством (у пациентов с умственной отсталостью) назначались препараты нейролептического ряда, такие как азалептин в суточной дозе до 75 мг/сут, тизерцин, также в суточной дозе до 75 мг/сут, и неулептил до 30 мг/сут. Препараты проявляли выраженное седативное действие уже в течение первой недели терапии, подавляли стремление пациентов к уходам. Терапия проводилась длительно, на протяжении двух месяцев.

При варианте синдрома уходов и бродяжничества, протекающего с колебаниями настроения и эмоциональной лабильностью (в структуре умственной отсталости), в качестве стабилизатора настроения или нормотимика принимался карбамазепин в суточной дозе до 600 мг/сут. Снижение раздражительности, колебаний настроения отмечалось уже на второй неделе приема препарата; вся терапия осуществлялась на протяжении двух месяцев и при необходимости повторялась.

Комбинированный вариант синдрома уходов и бродяжничества при умственной отсталости, протекающий с расстройством влечений и нарушениями в аффективно-волевой сфере, требовал назначения препаратов нейролептического ряда, таких как аминазин в суточной дозе до 100 мг/сут, галоперидол в суточной дозе до 1,5 мг/сут и тизерцин в суточной дозе до 75 мг/сут. Препараты в ряде случаев давали выраженную седацию с сонливостью, тогда суточная доза несколько снижалась, что не требовало полной отмены терапии.

При синдроме уходов и бродяжничества в случае простой формы шизофрении использовался rispoleпт в суточной дозе до 6 мг/сут. Препарат ослаблял агрессивные проявления в поведении, снижал частоту уходов, улучшал эмоциональное состояние пациентов. Препарат назначался на довольно длительный срок, до шести месяцев и более, переносился хорошо, в отличие от других препаратов нейролептического ряда, не давал осложнения в виде нейролептического синдрома.

При параноидной форме шизофрении назначались нейролептические средства. Использовались такие препараты, как клопиксол в суточной дозе до 75 мг/сут, азалептин в суточной дозе до 200 мг/сут и трифтазин в суточной дозе до 40 мг/сут. При применении высоких доз препаратов редуцировалось психомоторное возбуждение, упорядочивалось поведение, далее происходила редукция галлюцинаторно-бредовых переживаний. Большие дозы нейролептических препаратов способствовали возникновению нейролептического синдрома в виде мышечной ригидности, гипокинезии, тремора верхних конечностей,

что требовало назначения корректоров нейролептической терапии — циклодола в суточной дозе до 6 мг/сут.

Следует отметить, что при проведении фармакологической терапии у пациентов с синдромом уходов и бродяжничества, независимо от того, в структуре какого заболевания он проявлялся, существовали определенные сложности. Во-первых, при работе с семьями пациентов наблюдалось сопротивление со стороны родителей, которые не хотели давать психотропные препараты, боясь зависимости и побочных эффектов. Даже при частых уходах из дома и далеко зашедших нарушениях поведения требовались длительная работа с родителями, разъяснения по поводу механизма действия, побочных явлений и сроков проводимой терапии. Во-вторых, нежелание самих пациентов принимать препараты из-за некоторых встречающихся побочных эффектов (а в ряде случаев и без объяснения причины вообще), а также невозможность проведения регулярной терапии в связи с повторными уходами и пребыванием вне дома. При проживании пациента в условиях интерната или детского дома отмечались трудности, связанные с хранением препаратов, назначаемых психиатром, с отсутствием специальных сейфов для их хранения и, следовательно, с невозможностью регулярного приема. Все эти факторы затрудняли проведение терапии у пациентов с синдромом уходов и бродяжничества и способствовали возникновению рецидивов.

Психотерапевтическая коррекция синдрома уходов и бродяжничества. В основе проведенных занятий у пациентов с уходами и бродяжничеством лежала индивидуальная поведенческая психотерапия, а также семейная психотерапия. Она проводилась у пациентов с органическим расстройством личности и поведения и у пациентов с шизофренией. В психотерапевтическую группу включались больные с интеллектуальными показателями, находившимися на уровне возрастной нормы, низкой возрастной нормы или на пограничном уровне с умственной отсталостью. В основном это было обязательным условием для пациентов с органическим расстройством личности и поведения. Для пациентов с шизофренией условиями включения в психотерапевтическую работу являлись отсутствие признаков психотической симптоматики в форме бредовых переживаний и галлюцинаторных проявлений в остром периоде, а также отсутствие выраженного эмоционально-волевого дефекта. Из 109 пациентов с органическим расстройством личности и поведения в психотерапевтическую работу были включены 87 человек (80% всех пациентов подгруппы). Оставшиеся пациенты данной подгруппы — 22 человека (20,1%) — выразили категорический отказ от посещения психотерапевта и от проведения занятий с ними. Из 16 пациентов с шизофренией 8 человек (50% всех пациентов подгруппы) были включены в психотерапевтическую работу, оставшиеся 8 человек (50% обследуемых) либо находились на стационарном лечении, либо отсутствовали в связи с уходами из дома. Пациенты с

умственной отсталостью были исключены из работы, учитывая их сниженный интеллект, низкий реабилитационный потенциал и отсутствие мотивации к изменению своего поведения. Поэтому к ним применялась социально-трудовая реабилитация, направленная на развитие трудовых навыков в специальных учреждениях.

В работе использовались метод, ориентированный на изменение поведения пациента, и метод, ориентированный на изменение отношений в семье пациента.

К методу, ориентированному на изменение поведения пациента, можно отнести проведение проблемно-ориентированного тренинга, во время которого с пациентом проводилась беседа по поводу впервые возникших уходов из дома или интерната, выявлялись возможные причины этого, определялись пути решения проблемы и готовность пациента к изменению своего поведения. В первые дни работы у пациентов выявлялся определенный негативизм, связанный с приходом к врачу, в специфическое лечебное учреждение, под контролем родителей. Поэтому первый этап работы был для пациентов достаточно сложным. При постепенной работе негативизм уходил, уступая место заинтересованности в происходящем. На этом этапе пациент учился признавать наличие у себя нарушений поведения в виде уходов из дома, пропусков уроков в школе, воровства денег или ценных вещей и бродяжничества.

На втором этапе психотерапевт обучал пациента анализировать ход собственных действий, при этом проигрывалась определенная конфликтная ситуация, потенциально вызывающая уход из дома. Это достигалось с помощью проведения игрового диалога, в котором пациент изображал того, из-за кого, по его мнению, он уходил из дому, а психотерапевт принимал на себя роль пациента. С помощью такой ролевой игры пациент приходил к выводу о недостаточном контроле за своим нарушенным поведением, неправомерности определенных высказываний и ошибочности совершения ряда поступков по отношению к самому себе и к родителям.

На третьем этапе пациент продумывал отдельные шаги к стабилизации поведения и, таким образом, осуществлял внутреннюю саморегуляцию. При этом часто пациент принимал самостоятельное решение оставить прежнюю компанию, где происходило употребление алкоголя, ингалирование паров токсичных веществ и курение, и начать мероприятия по собственному спасению. Одновременно у пациента формировалось желание найти новых друзей, с интересами, которые могли бы совпасть с его собственными, стремление посещать спортивные клубы и секции. Таким образом, происходил отрыв пациента от уличной среды и общения с прежней асоциальной компанией и формировался новый алгоритм поведения.

На последнем этапе индивидуальной поведенческой психотерапии осуществлялась выработка определенных правил и задач, которые способствовали бы формированию и сохранению контроля за своими действиями в дальнейшем. Это был самый сложный этап для пациентов, так же как и первый этап. Объяснялось это тем, что, наряду с посещением психотерапевта и положительной динамикой в поведении дома или в условиях интерната, у многих сохранялась потребность к уходам, что могло усиливаться конфликтами в семье или со сверстниками, влиянием прежнего окружения, а также другими причинами. Пациенты с органическим расстройством личности и поведения хуже посещали занятия с психотерапевтом, чем пациенты с шизофренией, больше пропускали занятия в начале работы. Однако на протяжении определенного времени данная закономерность не прослеживалась, более того, отмечалась обратная ситуация. Пациенты с шизофренией хуже поддавались психотерапевтической работе, что объяснялось достаточно выраженными эмоционально-волевыми нарушениями, нарастающей аутизацией, апатией и снижением какой-либо продуктивной деятельности и побуждений. Из 87 пациентов с органическим расстройством личности и поведения, включенных в психотерапевтическую работу, 53 больных показали хорошую динамику, что составило 61% обследуемых. Это подтверждалось данными катамнеза за шесть месяцев.

Из восьми пациентов с шизофренией, включенных в психотерапевтическую работу, у шести отмечалась положительная динамика, причем все пациенты были с параноидной формой шизофрении. У двух других пациентов с простой формой шизофрении уходы сохранялись вместе с неадекватными действиями, враждебностью и агрессивными проявлениями.

К методу, ориентированному на работу с родителями и семьей, относился поведенческий тренинг родителей. В ходе этого тренинга выяснялись взаимоотношения в семьях пациентов, типы воспитания и меры, предпринимаемые родителями для снижения частоты уходов. В семьях пациентов формировался определенный порочный круг, когда после первых уходов применялось физическое наказание, особенно если отмечались эпизоды воровства. Страх при возвращении домой лишь увеличивал длительность уходов; кроме этого, многие пациенты проявляли протестные реакции, выражающиеся в усилении нарушений поведения. Родителям разъяснялись на первом этапе недопустимость такой линии поведения и необходимость замены физического наказания на альтернативные меры, связанные с лишением определенных привилегий или желаний, имеющихся у пациентов. Кроме этого, родителей учили справляться с собственными негативными переживаниями в виде реакций обиды, злости, ощущений беспомощности, отчаяния и с чувством вины в ситуациях, когда, несмотря на проводимые мероприя-

тия, уходы из дома сохранялись или в случаях с присоединением противоправных действий. Эффективность терапии оценивалась через шесть месяцев после ее проведения. Положительная динамика отмечалась в случаях, когда работа велась одновременно и с пациентом, и с его семьей (35% случаев), в отличие от тех случаев, когда работа велась изолированно (65% случаев). Родители пациентов с шизофренией проявляли большую заинтересованность в решении проблем в семье и изначально вели себя более активно, в то время как родители пациентов с органическим расстройством личности и поведения относились к психотерапии более формально, менее ответственно, чаще пропускали психотерапевтические сессии без значимой причины. Кроме этого, их первичная позиция до психотерапевтической работы характеризовалась переключением ответственности за своего ребенка на психотерапевта, что никак не упрощало проблему. Родители пациентов с шизофренией изначально представляли себе возможные трудности и были готовы к ним, что объяснялось более тяжелым состоянием их детей.

Заключение

Синдром уходов и бродяжничества у пациентов, включенных в исследование, никогда не протекал изолированно, а имел сложную связь с характером психического расстройства, с характерологическими особенностями, возрастом и гендерными факторами. При этом в случае психических расстройств непсихотического уровня важное значение имеют личностные особенности пациентов и та социальная среда, в которой они существуют, а при психотическом уровне расстройств — особенности протекания эндогенного заболевания.

При анализе клинических характеристик синдрома при органическом расстройстве личности и поведения выделялись его четыре основных варианта: 1) с собственно противоправными действиями и антисоциальным поведением, 2) с преобладанием эмоциональных (субдепрессивных) нарушений у личностей с личностными истероидными, истеро-неустойчивыми или гипертимными чертами характера, 3) смешанный вариант с противоправными действиями и психопатоподобными проявлениями, и 4) вариант с сумеречным помрачением сознания при амбулаторном автоматизме эпилептического характера.

При умственной отсталости выделены следующие варианты синдрома уходов и бродяжничества: с бесцельными уходами и немотивированным бродяжничеством (преимущественно при атонической форме умственной отсталости); с колебаниями настроения и эмоциональной лабильностью (преимущественно при стенической форме умственной отсталости); комбинированный вариант с нарушением аффективно-волевой сферы и расстройством влечений (преимущественно

при дисфорической форме умственной отсталости). При этом отмечено, что, являясь самостоятельными, выделенные варианты синдрома могут трансформироваться друг в друга (например, вариант синдрома, протекающий с колебаниями настроения и эмоциональной лабильностью, мог перейти в комбинированный вариант с преобладанием нарушения влечения и нарушениями в аффективно-волевой сфере).

При психотическом уровне нарушений (при шизофрении) выделены два варианта синдрома уходов и бродяжничества, связанных с особенностями клинической картины эндогенного расстройства: при простой форме шизофрении и при параноидной шизофрении (тревожно-параноидных и галлюцинаторно-параноидных переживаниях).

Возраст пациентов имел существенное значение при непсихотическом характере расстройств и играл незначительную роль при его психотическом характере. При расстройствах непсихотического уровня синдром формировался в более раннем, чем при расстройствах психотического уровня, возрасте, имел четкую связь с неправильным воспитанием в семье, конфликтами с ближайшим окружением, школьной дезадаптацией. При шизофрении первые уходы возникали у пациентов в возрасте старше 12 лет, при этом более рано при простой форме и несколько позже при параноидной форме, не были связаны с особенностями микро- и макросоциального окружения, развивались без видимых причин, на эмоционально-холодном фоне, достигая уровня дромомании. С течением времени проявления синдрома уходов и бродяжничества у пациентов с простой шизофренией редуцировались в результате развития апато-абулического дефекта (при непрерывно-прогредиентном течении основного заболевания), а при параноидной форме — в результате редукции продуктивной психопатологической симптоматики под влиянием проводимой психофармакологической терапии (приступообразно-прогредиентное течение основного заболевания).

Гендерные различия в проявлениях синдрома уходов и бродяжничества отмечались как у непсихотических, так и у психотических пациентов.

При непсихотических расстройствах у мальчиков чаще, чем у девочек, синдром формировался в дошкольном или младшем школьном возрасте; отмечалась большая, чем у девочек, длительность первых уходов из дома, что в дальнейшем нивелировалось. Наблюдались большая, чем у девочек, представленность эпилептоидных характерологических особенностей, меньшая связь уходов с внешними психологическими факторами, более раннее возникновение аддиктивного, а затем делинквентного поведения, большая выраженность стремления к автономному существованию во время уходов и бродяжничества, более раннее начало употребления алкоголя, появления токсикоманических тенденций с нередким патологическим алкогольным опьянением, большая готовность к повторным уходам из дома, более частое посе-

щение компьютерных клубов, более редкое самостоятельное возвращение домой, более поздняя реализация сексуального влечения.

У девочек чаще, чем у мальчиков, первые уходы случались в препубертатном и пубертатном возрасте и были кратковременны. Имели место большие, чем у мальчиков, выраженность косвенной агрессии (обида, раздражительность), угрызения совести и чувства вины, наличие выраженных аффективных колебаний настроения, большая связь с внешними факторами (проявлениями реакции на ситуацию), большая суицидальная настроенность с характером истинных намерений, более позднее начало девиантного поведения с быстрым формированием зависимости и редким формированием делинквентного поведения, более раннее начало реализации сексуального влечения, часто принимающего характер промискуитета или проституции, выраженная жестокость в сформировавшейся группе с более строгой, чем у мальчиков, иерархической системой.

При психотических расстройствах, в отличие от непсихотических, имели место следующие особенности синдрома: уходы начинались в более позднем возрасте, не отмечалась связь уходов с внешними факторами; в структуре уходов было больше неадекватности, нелепости, эмоциональной разлаженности с постепенным ослаблением интенсивности первоначально частых уходов из дома. При этом у мальчиков отмечались более выраженная, чем у девочек, агрессия к близким людям в домашней обстановке, беспомощное поведение при нахождении в группе во время уходов с подчиненным положением внутри группы. У девочек отмечались: стремление к общению со странными, чудаковатыми и более старшими по возрасту людьми, миграция из одной группы в другую с нарастающей эмоциональной отгороженностью и аутизацией, употребление алкоголя и ингалирование паров токсических веществ без формирования зависимости, а лишь с формированием аддиктивного поведения, проявления нарушения пищевого поведения (нервной анорексии).

Следует отметить, что проводимая психофармакологическая терапия зависела от особенностей варианта синдрома, выделенного в рамках основного заболевания. Психотерапевтическая коррекция включала поэтапную поведенческую психотерапию, проводимую с пациентом, и семейный поведенческий тренинг с его родителями. Пациенты с умственной отсталостью были исключены из психотерапевтической работы, учитывая состояние их интеллекта, низкий реабилитационный потенциал и отсутствие мотивации к изменению своего поведения. Поэтому наряду с психофармакологической терапией целесообразно проведение с ними социально-трудовой реабилитации.

Дополнительными отягощающими факторами при формировании синдрома уходов и бродяжничества являются:

1. «Социальное расслоение» общества и невысокий уровень качества жизни большинства данных пациентов, что имеет место в непол-

ных семьях, когда мать вынуждена искать дополнительный заработок. Это приводит к уменьшению ее воспитательных возможностей, обуславливая воспитание ребенка в условиях безнадзорности, и, как следствие этого, к формированию его девиантности, включающей, в том числе, и уходы из дома.

2. Низкий образовательный и интеллектуальный потенциал родителей; выраженная алкоголизация большого числа родителей, что приводит к воспитанию ребенка по типу эмоционального отвержения, противоречивому воспитанию или воспитанию по типу гипопротекции.

3. Антисоциальное поведение родителей, являющееся «матрицей» для подобного же поведения у ребенка либо вызывающее у него чувство протеста, выражающегося, в том числе, и в уходах из дома.

4. Антипсихиатрическая парадигма, поддерживаемая некоторыми СМИ и «правозащитными» организациями.

Практические рекомендации

1. К мероприятиям, которые способствовали бы ранней профилактике и возможному предотвращению нарушений поведения у несовершеннолетних, можно отнести плановую диспансеризацию детей и сирот в условиях детских домов, школ-интернатов и в коррекционных школах.

2. Целесообразно проведение углубленных осмотров детей и подростков для определения групп риска возможных антисоциальных форм их поведения. К таким группам можно отнести детей и подростков, которые не справляются со школьной программой в условиях учреждения, где они обучаются, часто пропускают уроки без уважительной причины. К группам риска следует относить и несовершеннолетних с сформированным аддиктивным поведением или первыми эпизодами употребления алкоголя и токсических веществ, а также с эпизодами воровства или иных противоправных действий. Кроме этого, в такие группы риска можно отнести лиц, имеющих признаки резидуально-органического поражения головного мозга и нарушений поведения в виде повышенной возбудимости, конфликтности, драчливости, а также лиц с умственной отсталостью, особенно с осложненными ее формами. Дети и подростки с неблагоприятной наследственностью и данными, свидетельствующими об имеющемся у них опыте проживания в асоциальных семьях или в семьях родителей, злоупотребляющих алкоголем, также должны быть включены в такие группы риска.

3. В зависимости от выраженности нарушений поведения в этих группах следует проводить раннее амбулаторное или стационарное лечение с обязательными психотерапевтическими мероприятиями, направленными на пациента и его семью.

4. Для определения степени выраженности (количественного определения) изучаемого синдрома следует использовать шкалу уходов и бродяжничества.

5. При проведении дифференцированной фармакологической терапии целесообразен учет варианта синдрома, встречающегося в рамках конкретного заболевания.

6. Психотерапевтическая работа по коррекции уходов из дома должна проводиться как с пациентами, так и с его семьей, что может осуществляться путем сочетанного проведения индивидуальной поведенческой терапии с больными и семейного тренинга — с их родителями.

Приложение

ШКАЛА УХОДОВ И БРОДЯЖНИЧЕСТВА

1. Синдром уходов и бродяжничества у пациента отмечается с частотой:

- 1 раз в месяц (не более 5–7 дней) — 1 балл
- 2 раза в месяц (на общий срок до 14 дней) — 2 балла
- 3 недели и более 1 месяца — 3 балла
- От 3 до 6 месяцев и более — 4 балла

2. Уходы и бродяжничество совершаются:

- в одиночку — 1 балл
- в группе сверстников — 2 балла
- в среде малознакомых или незнакомых взрослых лиц — 3 балла

3. Наличие дополнительного аддиктивного поведения по отношению к курению (1 балл), к ингалированию паров токсичных веществ (2 балла), к употреблению алкоголя, наркотических или психоактивных веществ (3 балла); при наличии сформированной зависимости ко всем баллам прибавляется 1 балл.

4. Синдром сопровождается только бродяжничеством (1 балл), попрошайничеством денег и продуктов (2 балла), мелкими кражами денег из дома или продуктов их магазинов (3 балла), разбойным нападением: одиночным (4 балла), в группе (5 баллов), угонем автомашины (5 баллов), причинением тяжких телесных повреждений (6 баллов), убийством (7 баллов).

5. Наличие критики к поведению у пациентов: полная или частичная критика с возможным раскаянием (1 балл), формальная критика (2 балла), отсутствие критики к поведению (3 балла).

6. Существование странных и неадекватных поступков во время уходов: если есть, то присваивался 1 балл; если нет, то 0 баллов.

7. Возвращение домой осуществлялось: самостоятельно (1 балл), с помощью родителей или опекунов (2 балла), с помощью милиции и инспекции по делам несовершеннолетних (3 балла).

8. Характеристика поведения перед уходом из дома или интерната: спокойное поведение (0 баллов), с колебаниями настроения, эпизодами сниженного или повышенного настроения (1 балл), выраженная агрессия, враждебность или подозрительность (2 балла).

9. Наличие объективных причин для уходов: есть (1 балл), есть, но дальше связь с ней теряется (2 балла), нет причины (3 балла).

10. Синдром отмечается в структуре непсихотического заболевания, в том числе органической природы (1 балл), психотического заболевания (2 балла).

11. Существование до или во время уходов суицидальных мыслей (1 балл), суицидальных высказываний (2 балла), суицидальных действий (3 балла). При их отсутствии 0 баллов. Данное утверждение спра-ведливо и после возвращения домой или в закрытое учреждение.

12. Наличие борьбы мотивов перед уходом: есть (1 балл), нет (2 балла).

13. Уходы возникли впервые (1 балл), повторно после длительного перерыва (2 балла), повторно сразу же после предыдущего ухода (3 балла).

14. Соотношение уходов и процессов обучения в школе или в ином учебном учреждении: пропуски отдельных уроков на протяжении несколько дней (1 балл), пропуски уроков на две недели (2 балла), систематические пропуски уроков с явной школьной дезадаптацией (3 балла).

15. Отношение пациента к лечебным мероприятиям при уходах из дома: отрицательное с выраженной оппозицией (2 балла), формальное или нейтральное (пассивное) (1 балл), сотрудничество и выполнение назначений врача (0 баллов).

Расшифровка полученных результатов:

— до 7 баллов: легкая степень выраженности синдрома

— до 12 баллов: средняя степень выраженности синдрома

— от 12 баллов и более: тяжелая степень выраженности синдрома.

Литература

1. Бандура А. Подростковая агрессия: изучение влияния воспитания и семейных отношений / А. Бандура, Р. Уолтерс. — М.: Апрель-Пресс; Эксмо-Пресс, 2000. — 512 с.
2. Барденштейн Л.М. Патологическая агрессия подростков / Л.М. Барденштейн, Ю.Б. Можгинский. — М.: Медпрактика, 2005. — 260 с.
3. Борисов В.А. «Дети улицы». Подростково-молодежные альтернативы (знакомство, пути взаимодействия, профилактика и реабилитация) / Под ред. В.А. Борисова. — СПб.: Гос. центр по работе с детьми и подростками, 2000. — С. 79.
4. Дети улицы. Образование и социальная адаптация безнадзорных детей / Под ред. А.П. Майорова. — М.: Инфра, 2001. — 114 с.
5. Дети улицы. Растущая трагедия городов. Доклад для независимой комиссии по международным гуманитарным вопросам. Данные детского фонда ООН, Юнисеф / Под ред. С. Аньелли. — М.: Международные отношения, 1990. — 148 с.

6. Егоров А.Ю. Расстройства поведения у подростков: клинико-психологические аспекты / А.Ю. Егоров, С.А. Игумнов. — СПб.: Речь, 2005. — 436 с.
7. Змановская Е.В. Девиантология (Психология отклоняющегося поведения): учебное пособие для студентов вуза / Е.В. Змановская. — М.: Изд. центр «Академия», 2006. — 218 с.
8. Клейберг Ю.А. Социальная психология девиантного поведения: учебное пособие / Ю.А. Клейберг. — М.: ТЦ Сфера, 2004. — 191 с.
9. Климантова Г.И. О профилактике беспризорности и безнадзорности несовершеннолетних, находящихся в трудной жизненной ситуации / Г.И. Климантова, Т.А. Федотовская // Аналитический вестник. — Сер. № 46: «Основные проблемы социального развития России». — 2002. — № 20 (176). — С. 23–24.
10. Коннор Д. Агрессия и антисоциальное поведение у детей и подростков. Исследования и терапевтические стратегии / Д. Коннор. — М.: Олма-медиа групп, 2005. — 286 с.
11. Кривоносов А.Н. Исторический очерк борьбы с беспризорностью / А.Н. Кривоносов // Государство и право. — 2003. — № 7. — С. 95–97.
12. Озеров В.А. Детская безнадзорность и беспризорность как один из факторов угрозы национальной безопасности России / В.А. Озеров // Аналитический вестник. — Сер. № 46: «Основные проблемы социального развития России». — 2002. — № 20 (176). — С. 17.
13. Подросток-мигрант. Информация Московского городского центра «Дети улиц» // Социальное обеспечение. — 2002. — № 12. — С. 2–3.
14. Состояние детской безнадзорности и беспризорности в Российской Федерации. Информация Министерства Внутренних Дел Российской Федерации // Аналитический вестник. — Сер. № 46: «Основные проблемы социального развития России». — 2002. — № 20 (176). — С. 81.
15. Guerra N.G. Evaluative factors in social problems solving by aggressive boys / N.G. Guerra, R.G. Slaby // Journal of Abnormal Child Psychology. — 1989. — Vol. 17. — P. 209–219.
16. Malmquist C.P. Conduct disorder: Conceptual and diagnostic issues / C.P. Malmquist // Textbook of Child and Adolescent Psychiatry / ed. by J.M. Wiener. — Washington: American Psychiatric Press, 1991. — P. 279–287.

Издательский центр Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева приглашает всех заинтересованных лиц воспользоваться следующими услугами:

- Оперативная печать авторефератов, брошюр, методических пособий, буклетов.
- Копировально-множительные работы.
- Издание монографий, сборников научных трудов, тезисов конференций малыми и средними тиражами.

Тел/факс: 365-20-80. E-mail: onmi@bekhterev.ru

Адрес: Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д.3, корп.6

Издательский центр СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева

Подписано в печать 20.10.2011. Формат 60x84/16.

Отпечатано с готового оригинал-макета
в типографии СПб НИПНИ им В.М. Бехтерева
методом оперативной полиграфии.

Заказ № . Тираж 100 экз.

Типография СПб НИПНИ им В.М. Бехтерева.
192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева д. 3, тел. 365-20-80