УДК: 616.89-008.447-071-053.2

Гранкина И.В., Иванова Т.И.

ВЛИЯНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА НА ПРОЯВЛЕНИЕ ОТКЛОНЯЮЩЕГОСЯ ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ: КЛИНИЧЕСКИЙ, ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ И СОЦИАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ

БУЗ ОО «КПБ им. Н.Н. Солодникова»,
ГБОУ ВПО Омский государственный медицинский университет, г. Омск

Резюме. *В статье представлена особенность клинических проявлений психопатоподобного синдрома у детей с психическими расстройствами 7 – 12 лет, находящихся на лечении в психиатрическом стационаре. Описана клиника инициального периода отклоняющегося поведения у детей с умственной отсталостью, органическими расстройствами и расстройствами эндогенного спектра в разрезе эволюционно-динамических (онтогенетических) принципов с изучением как криминального, аддиктивного поведения, так и сексуальных девиаций. Представлена структура психологических особенностей отклоняющегося поведения детей в разрезе нозологических форм. Изучена и представлена особенность качества жизни детей с психопатоподобным синдромом и психическим расстройством.*
Ключевые слова: *дети, психические расстройства, психопатоподобный синдром, клиника, психологические особенности, качество жизни.*

Grankina I.V., Ivanova T.I.

THE IMPACT OF MENTAL DISORDERS ON THE EXPRESSION OF DEVIANT BEHAVIOR IN CHILDREN: CLINICAL, PSYCHOLOGICAL AND SOCIAL ANALYSIS

Abstrac.: *The article presents the clinical manifestations of the syndrome of psychopathy in children with mental disorders 7 - 12 years, being treated in a psychiatric hospital. Described clinic an initial period of deviant behavior in children with mental retardation, organic disorders and endogenous spectrum in the context of evolutionary and dynamic (developmental) principles to the study of how criminal, addictive behavior, and sexual deviancy. The structure of the psychological characteristics of children of deviant behavior in the context of clinical entities. Studied and presented to feature the quality of life of children with psychopathic syndrome and mental illness.*
Keywords: *children, mental illness, psychopathic syndrome, clinical, psychological characteristics, the quality of life.*

Введение. Психическое здоровье подрастающего поколения является актуальной проблемой современной психиатрии в связи с сохранением как интеллектуального потенциала нации в целом, так и психического благополучия в частности [4, 3]. Среди всех психических расстройств детского возраста большой проблемой являются расстройства поведения [5, 2]. Психопатоподобные расстройства поведения у детей, являясь социально опасным и деформирующим процессом нормального онтогенеза личности, сопровождаются не только высоким риском криминального и аддиктивного поведения, но и снижением развития интеллектуальных возможностей ребенка [3,7,8,9,10,12]. Многочисленные исследования подчеркивают, что поведенческие и интеллектуальные проблемы не только сохраняются по мере взросления, но и имеют тенденции к глобализации и утяжелению [8,9]. На настоящий момент расстройства поведения у детей – наиболее частая причина обращения за специализированной психиатрической помощью [4,1,6,11], что актуализирует изучение клинических особенностей отклоняющегося поведения у детей с психическими расстройствами, особенно на ранних этапах онтогенеза личности. Все вышеуказанное послужило основанием для изучения клинических, психологических и социальных составляющих психопатоподобного поведения у детей с психическими и поведенческими расстройствами детского возраста.

Материал исследования. Для оценки влияния психического расстройства на проявления отклоняющегося поведения у детей было проведено изучение невыборочной группы больных, включающей все случаи госпитализации в детское стационарное отделение БУЗ

ОО «КПБ им. Н.Н. Солодникова» (главный врач к.м.н. А. И. Чеперин) в течение трех лет. Все дети проходили первичное клиническое обследование (n = 1276), предметом которого являлось выявление пациентов с ведущим психопатологическим синдромом, определяемым выраженным нарушением поведения. Таким образом, объектом исследования послужили 130 детей (105 мальчиков (80,7%) и 25 девочек (19,3%)) с симптомами отклоняющегося поведения. При изучении нозологической принадлежности основного психического расстройства нами установлено, что чаще девиантные формы нарушенного поведения отмечались среди детей с умственной отсталостью (F 70, F 71) (43,1%; n = 56), практически равнозначно нарушенное поведение отмечалось как у детей с органическими расстройствами (F 06.6 – 30,0%; n = 39), так и у детей с психическими расстройствами шизофренического спектра (F 20.8, F 21.8 – 26,9%; n = 35). Все дети исследуемой группы были обследованы клинико-психопатологическими, экспериментально-психологическими методами (тест эмоций (Басса-Дарки в модификации Г.В. Резапкиной)); шкала «мстительности и обидчивости» (Е.П. Ильин, П.А.Ковалев, 2001); методика «Личностная агрессивность и конфликтность» (Е.П. Ильин, П.А. Ковалев, 2001); шкала патологической агрессии, аффективности (Ю.Б. Можгинский, 2003 – 2005), а также проведено изучение качества жизни (QOL) ребенка с использованием модифицированной шкалы Пирс-Харриса (PECS), количественным методом в баллах (Piers E.V., 1969, Гордеев В. И., Александровский Ю.С., 2001). Опросник самостоятельно заполнялся детьми, либо с помощью психолога (или другого взрослого). Оценка QOL производилась в баллах, при этом лучшее QOL отмечалось при общей сумме баллов = 164, худшее = 0. В модифицированной редакции шкалы использовалось 9 основных факторов: поведение (24 б), интеллектуальный и школьный статус (29 б), внешность (15 б), тревожность (13 б), популярность (19 б), счастье и удовлетворенность (18 б), здоровье (22 б) и психосоциальный статус (24 б).

Проводя изучение структуры клиники отклоняющегося поведения у детей пациентов психиатрического стационара по данным медицинской документации, сопроводительных документов и жалоб близких родственников мы выявили, что среди всех обследованных детей 6,9% из них состояли на учете в инспекции по делам несовершеннолетних, и 3,8% имели приводы в правоохранительные органы за хулиганство, кражи, драки. Регулярное употребление (синдром зависимости) психоактивных (ПАВ) веществ в виде алкоголизации, табакокурения и токсикоманических эпизодов отмечалось у 20% детей исследуемой группы (n – 20), эпизоды потребления ПАВ выявлены у 73,3% обследуемых (n = 95). Эпизодическое употребление алкогольных напитков было отмечено у 53,8% (n = 70) обследуемых детей, средний возраст начала употребления алкоголя составил 7,56 $\pm$ 0,5 лет. Среди содержащих алкоголь напитков дети преимущественно употребляли слабоалкогольные коктейли (ягуар, блек-рашен, казанова, джин-тоник и т.п.) и пиво. Частота потребления составляла около 1 – 2 раз в месяц. Регулярное употребление алкоголя (синдром зависимости) выявлен у 2,3% обследуемых (n = 3). Эпизодическое табакокурение (определяемое респондентами как: пробовали, иногда за компанию и т.п.) отмечено у 48,5% обследуемых (n = 63), систематическое курение выявлено у 15,4% детей (n = 20). Кроме употребления алкоголя и табака, у 9,2% (n = 12) детей выявлены нарушения поведения сексуального характера. При исследовании начальных проявлений сексуальных девиаций установлено, что первые сексуальные перверсии отмечались с началом обучения в школе. По форме проявления сексуальных нарушений среди исследуемой группы детей можно выделить: 1) сексуальную расторможенность в виде обостренного полового любопытства, мастурбации, циничных высказываний, жестов, рисунков сексуального содержания (4 – 33,3 %; все мальчики); 2) провоцирующее сексуальное поведение перед лицами противоположного пола (2 –16,6 %; все девочки); 3) сексуальное насилие несовершеннолетнего, совершающееся под воздействием физической силы, агрессии, запугивания (2 – 16,6 %, из них: 1 девочка – 8,3 %, 1 мальчик – 8,3 %); 4) сексуальное насилие, совершенное несовершеннолетним над другими несовершеннолетними (3 – 25,0%, все мальчики); 5) смешанный вариант: (жертва – насильник), при котором несовершеннолетние, бывшие в прошлом жертвами сексуального насилия, в последующем совершили сексуальное

насилие над другими несовершеннолетними (1 мальчик – 8,3 %). Всем детям с нарушениями поведения проведено клинико-психопатологическое обследование с выделением особенностей клинической структуры девиантного синдрома.

Результаты. Рассматривая особенности отклоняющегося поведения у детей с шизофренией, мы изучили 35 клинических случаев (26,9% всей исследуемой группы) детей, проходивших лечение в психиатрическом стационаре. Нозологическая принадлежность основного заболевания определилась как шизотипическое расстройство (F 21.8) – 22,8% (n = 8), шизофрения детский тип (F 20.80) – 77,2 % (n = 27). Средний возраст детей данной группы составил 10,11 ± 1,96 лет. На момент обследования дети исследуемой группы не попадали в поле зрения правоохранительных органов и не употребляли психоактивные вещества (алкоголь, табак). Клинические особенности нарушения поведения носили характер протестного агрессивного поведения, часто принимавшего вид беспричинного двигательного метания, физической недифференцированной агрессии, детям была недоступна задержка собственных желаний, у них легко формировались патологические влечения. Кроме этого, проявлялись отчетливые признаки негативизма, желание совершать недозволенное, делать «все назло». Дети часто становились объектами буллинга (bullying (анг.) - запугивание, преследование, травля). Отмечались аутодеструктивные тенденции. У 8,5% детей (n = 3) обнаружены нарушения поведения сексуального характера. Первые сексуальные перверсии были, отмечались у детей в возрасте старше 9 лет в виде сексуальной расторможенности, обостренного полового любопытства, мастурбации, циничных высказываний, жестов, рисунков сексуального содержания. Оценивая агрессивные проявления у детей с расстройствами шизофренического спектра по шкале патологический агрессии Можгинского Ю.Б. (2005), мы выявили, что в возрасте 7 – 9 лет проявления агрессии имели более тяжелую степень, у 68,4% детей выявлена тяжелая степень патологической агрессии, тогда как в предподростковом возрасте (10 – 12 лет) этот показатель составил только 47,7%. При этом патологическая аффективность (проявление сниженного настроения) несколько тяжелей в возрасте 7 – 9 лет; так у 50% испытуемых обнаружена тяжелая степень депрессивных проявлений по сравнению с 10 – 12 летним возрастом, где данный показатель составил 43,5%. Проведение теста эмоций Баса-Дарки (в модификации Резапкиной Г.В.) показал средний уровень агрессивных проявлений (до 3 баллов) в обеих возрастных группах. Однако в детском возрасте превалировал такой вид агрессии, как раздражение, а в предподростковом возрасте – косвенный вид агрессии. Косвенно данную тенденцию подтверждает оценка обидчивости и мстительности (Ильин Е.П., Ковалев П.А.). Если в детском возрасте выраженная степень обидчивости и мстительности отмечается у 50% детей исследуемой группы, то в предподростковом– уже у 52,2%. Одновременно с увеличением мстительности возрастает и вспыльчивость (шкала вспыльчивости детей Ильин Е.П., Ковалев П.А.), в возрасте раннего пубертата 52,2% детей имели средний уровень эмоциональной возбудимости и 4,3% высокий уровень, а в возрасте 7 – 9 лет 50% детей имели низкую эмоциональную возбудимость и 50% – среднюю. Общая оценка качества жизни детей с расстройствами шизофренического спектра показала снижение показателей по всем шкалам, с общей оценкой 110,9 баллов. В большей степени пациенты отмечали сложности в социальном функционировании по шкалам: поведение (16,97 ± 2,52), интеллектуальный и школьный статус (18,54 ± 3,31), внешность (7,82 ± 3,64) и популярность (11,88 ± 3,41).

Рассматривая особенности отклоняющегося поведения у детей с умственной отсталостью, мы изучили 56 клинических случаев (43,1% всей исследуемой группы) детей, проходивших лечение в психиатрическом стационаре. Нозологическая принадлежность основного заболевания определилась как умственная отсталость легкой степени (F 70.0) – 91,1% (n = 51), умственная отсталость умеренной степени тяжести (F 71.0) – 8,9 % (n = 5). Средний возраст детей на момент исследования составил 9,75 ± 1,59 лет. На момент обследования 14,3% детей (n = 8) данной группы состояли на учете в инспекции по делам несовершеннолетних в связи с регулярным совершением противоправных деяний (кражи, хулиганство, участие в коллективных актах насилия над взрослыми и детьми и индивидуальная агрессия по направлению к сверстникам). Эпизодически курили либо пробовали курить 24 (42,8%) ребенка,

среди которых 7 детей (12,5%) курили систематически. Алкоголь к моменту обследования пробовали либо употребляли редко 43 ребенка (76,8%), систематически употребляли и имели симптом зависимости 3,6% детей (n = 2). Клиника отклоняющихся форм поведения определялась раздражительностью, неустойчивостью настроения, грубыми шалостями, наклонностью к примитивным двигательным реакциям на фоне низкой психической активности. Эмоциональные реакции отличались поверхностностью. В предпубертатном возрасте отмечалась грубость, раздражительность, колебания настроения становились более выраженными, кроме этого имело место повышение сексуальных влечений, наклонность к агрессивно-насильственным способам разрешения конфликтов, высокая частота рискованного поведения, стремление к быстрому получению простых удовольствий без волевого напряжения, неумение предвидеть последствия своих поступков. У 3,6% (n – 2) детей выявлены нарушения поведения сексуального характера; среди них одна девочка (1,8%) с ярко выраженным провоцирующим сексуальным поведением: использование ярко выраженной декоративной косметики, одежды, обнажающей отдельные участки тела, стремление находиться в контакте с лицами противоположного пола, откровенные предложения вступить в сексуальную связь. И один мальчик (1,8%) с сексуальной расторможенностью в виде примитивных сексуальных влечений к лицам обеих полов, проявляемой нецензурными высказываниями, действиями, интересом к продукции порнографической индустрии, откровенной мастурбации. Оценивая агрессивные проявления по шкале патологический агрессии Можгинского Ю.Б. (2005) выявлено, что у детей с умственной отсталостью в детском возрасте проявления агрессии имели менее тяжелую степень проявления, чем в предподростковом. Так, только у 33,3% (n = 8) детей уровень агрессивных проявлений оценивался как тяжелая степень и у 37,5 % (n = 9) – крайне тяжелая, а в предподростковом возрасте эти показатели составляли по 40,6% (n = 13). При оценке проявлений патологической аффективности у детей с девиантным синдромом при умственной отсталости выявлено, что как в детском, так и предподростковом возрасте отмечается низкий уровень депрессивных проявлений (уровень до 3 баллов у детей составил 58,3% и подростков 56,3%). Легкий уровень патологии фона настроения одинаково проявляется как у детей, так и подростков (41,7% и 43,7% соответственно). Проведение теста эмоций Баса-Дарки (в модификации Резапкиной Г.В.) показало средний уровень агрессивных проявлений (до 3 баллов) в обеих возрастных группах. Оценка обидчивости и мстительности (Ильин Е.П., Ковалев П.А.) выявила, что в детском возрасте превалирует обидчивость детей (58,3% сумма баллов до 10), в предподростковом возрастает мстительность, доходящая до враждебности (53,2% более 10 баллов по указанной шкале). Одновременно с увеличением мстительности и враждебности возрастает и вспыльчивость (шкала вспыльчивости детей Ильин Е.П., Ковалев П.А.), в предподростковом возрасте 40,6% детей имеют средний уровень эмоциональной возбудимости и 40,6% высокий уровень. Общая оценка качества жизни пациентами с умственной отсталостью составила 127,7 баллов, со значительным снижением по шкалам популярность (14,62 $\pm$ 2,61), счастье и удовлетворенность (14,55 $\pm$ 2,23) и шкале оценки собственного здоровья (16,83 $\pm$ 2,9).

При рассмотрении особенностей отклоняющегося поведения у детей с органическими расстройствами нами изучено 39 клинических случаев (30% от всей клинической выборки) у детей, находящихся на госпитализации в детском психиатрическом стационаре. Среди них 15,4% девочек (n = 6) и 84,6% (n = 33) мальчиков, средний возраст которых составил 9,43 + 1,43 лет. Нозологическая принадлежность основного заболевания определилась как органическое эмоционально-лабильное расстройство (F 06.6). На момент обследования 12,7% (n = 5) детей данной группы состояли на учете в инспекции по делам несовершеннолетних в связи с регулярным совершением противоправных деяний (кражи, хулиганство, агрессия по направлению к сверстникам). Все дети исследуемой группы эпизодически курили либо пробовали курить, среди них 10% (n = 13) детей курили систематически. Алкоголь к моменту обследования пробовали либо употребляли редко так же все дети (100%), систематически употребляли и имели симптом зависимости 3,6% детей (n = 1). Клиника отклоняющихся форм поведения определялась повышенной аффективной возбудимостью, импуль-

сивностью, суетливостью, нецеленаправленным двигательным беспокойством, неумением подчиняться требованиям дисциплины, что затрудняло их адаптацию в детском коллективе. У 35,8% (n = 14) обследованных детей проявлялись симптомы буллинга, сформированные по отношению к определенным детям в коллективе. Дети высмеивали, вербально и физически унижали определенную группу сверстников на протяжении длительного времени. В предподростковом возрасте присоединялись реакции оппозиции, компенсации, гиперкомпенсации, группирования, что усугубляло социальную дезадаптацию. Симптомы индивидуального булинга перемещались в структуру групповой травли запугиваемых детей с присоединением криминальных форм унижения: у детей вымогались деньги или другие материальные блага, над ними регулярно совершались действия насильственного характера.

В процессе исследования у 17,9% (n = 7) детей с органическими расстройствами выявлены нарушения поведения сексуального характера. Наиболее часто встречались сексуальные перверсии в виде сексуального насилия, совершенного несовершеннолетним над другими несовершеннолетними, данное расстройство отмечалось у 7,7% (n = 3, все мальчики) обследуемых детей и сопровождалось грубыми формами нарушенного поведения, недоброжелательностью и агрессией по отношению к сверстникам и младшим детям. Причем в ряде случаев сексуальное насилие совершалось исключительно над мальчиками. С одинаковой частотой встречалась как сексуальная расторможенность у мальчиков 2,6% (n = 1) в виде сексуальных домогательств к лицам противоположного пола (стремление уединиться, откровенные высказывания, демонстрация грубой силы), так и демонстративно агрессивное поведение с использованием угроз сексуального содержания и провоцирующих жестов к мальчикам. Кроме этого провоцирующее сексуальное поведение девочек 2,6% (n = 1) по направлению к лицам противоположного пола своего или старшего возраста. Оценивая агрессивные проявления по шкале патологический агрессии Можгинского Ю.Б. (2005), мы выявили, что у детей с органическими расстройствами уровень агрессивных проявлений равнозначный как в детском, так и подростковом возрасте, и оценивается у половины детей как средний уровень агрессивных проявлений и у второй половины как тяжелый уровень. Изучение патологической аффективности (Можгинский Ю.Б., 2005), выявило, что у детей с органическими расстройствами, независимо от возрастного периода, тенденций к сниженному настроению не выявлено (суммарный балл во всех возрастных группах менее 3). Проведение теста эмоций Баса-Дарки (в модификации Резапкиной Г.В.), показало средний уровень агрессивных проявлений (до 3 баллов) в обеих возрастных группах. Оценка обидчивости и мстительности (Ильин Е.П., Ковалев П.А.) выявила высокий уровень обидчивости как в детском, так и предподростковом возрасте, но не доходящий до уровня мстительности (суммарный балл менее 10). Общая оценка качества жизни детей данной группы составила 115,02 баллов, в большей степени за счет следующих шкал: поведение (12,46 $\pm$ 3,09), тревожность (6,43 $\pm$ 2,39).

Таким образом, проведённое исследование показало, что клиника психопатоподобного поведения существенно зависит от основного психического расстройства. Ранний дебют проявления расстройств поведения характен для детей с органическими поражениями ЦНС (9,43 $\pm$ 1,43 лет), а у детей с расстройствами шизофренического спектра нарушения поведения экзацербируются ближе к возрасту раннего пубертата (10,11 $\pm$ 1,96 лет). Яркое аддиктивное поведение с ранним началом употребления психоактивных веществ было характерно в большей степени для пациентов с органическими поражениями и в меньшей степени для пациентов с умственной отсталостью. У пациентов с расстройствами поведения шизофренического спектра аддактивного поведения не отмечалось. В поле зрения правоохранительных органов чаще попадали пациенты с психопатоподобным поведением при олигофрении (14,5%) и в меньшей степени - пациенты с органическими расстройствами (12,5%). Криминальное поведение у пациентов с расстройствами поведения эндогенной этиологии не выявлено. Сексуальные перверсии чаще были отмечены у пациентов с органическими расстройствами (17,9%) и в меньшей степени у пациентов с нарушениями поведения эндогенного спектра (8,5%), у пациентов с умственной отсталостью сексуальные девиации практически не отмечались (3,6%). Проведенное клинико-психологи-

ческое обследование детей с психическими расстройствами и проявлениями отклоняющегося поведения выявило, что наиболее высокий уровень пато-логической агрессивности, по шкале патологический агрессии Можгинского Ю.Б. (2005), имели дети с умственной отсталостью. Оценка патологической аффективности, как возможности совершения аутодеструктивных поступков, показала, что наиболее глубокая степень депрессивных проявлений выявлена у детей с расстройствами шизофренического спектра, а среди детей с органическими поражениями ЦНС не отмечалось аутодеструктивных тенденций. Проведенное изучение обидчивости (мстительности) по шкале Ильин Е.П., Ковалев П.А. выявило, что у детей с органическим расстройством отмечалась низкая степень этих проявлений, в отличие от детей с расстройствами шизофренического спектра (52,2%) и у детей с олигофренией (53,2%), где отмечены высокие показатели мстительности. Однако оценка показателей вспыльчивости (шкала Ильин Е.П., Ковалев П.А) выявила, что высокая степень вспыльчивости отмечалась у детей с органическими расстройствами и у детей с умственной отсталостью в (40,6%). Низкие показатели по этой шкале отмечены у детей с расстройствами шизофренического спектра. Оценка показателей QOL у детей с отклоняющимися формами поведения и психическими расстройствами выявила, что у детей с расстройствами шизофренического спектра, оценка собственной внешности ниже (7,82 $\pm$ 3,64 б) чем у детей других групп (12,0 $\pm$ 1,45 – F 70 и 12,38 $\pm$ 1,75 – F 06) ($p>0,05$). Однако дети с умственной отсталостью оценивали свою популярность выше (14,62 $\pm$ 2,61 б), чем дети с органическими расстройствами и дети с расстройствами шизофренического спектра (11,94 $\pm$ 1,46 балла и 11,88 $\pm$ 3,41 балла соответственно). Худшую оценку своему поведению давали пациенты с органическими расстройствами (что в свою очередь подчеркивает способность этой группы поведения к критической оценке своих поступков) в сравнении с другими группами (12,46 $\pm$ 3,09 б. – F 06.6; 16,97 $\pm$ 2,52 б. – F 20 18,32 $\pm$ 2,07 б. – F 70), однако при этом данная группа детей достаточно высоко оценивала свой школьный статус (22,66 $\pm$ 3,21 б. – F 06.6; 18,57 $\pm$ 3,31б. – F 20; 20,57 $\pm$ 2,99 б. – F 70).

Учитывая проведенные исследования, планирование реабилитационных программ для детей с расстройствами поведения должны ориентироваться не только на возраст ребенка, структуру и степень симптомов отклоняющегося поведения, но и на основное психическое расстройство.

Литература:

1. Кирина Ю.Ю. Факторы, способствующие формированию девиантного поведения у несовершеннолетних с наркологическими расстройствами / Ю.Ю. Кирина, А.А.Лопатин, А.М. Селедцов //Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2015. – № 2 (87). – С 43-48
2. Клиническая и судебная подростковая психиатрия / В. А.Гурьева [и др.] – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2007. – 488 с.
3. Кузнецов В.Н. Особенности структуры личностного потенциала при формировании алкогольной зависимости в молодом возрасте / В.Н. Кузнецов, Т.Г. Бохан, О.Н. Галажинская, И.Э. Анкудинова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2015. – №1. (86) – С. 67 – 74.
4. Куприянова И.Е. Клинико-психологические, биологические и социальные факторы риска развития психопатологических нарушений у детей с ограниченными возможностями здоровья / И.Е. Куприянова, Б.А.Дашиева, И.С. Карауш // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – № 3. – С. 36-40.
5. Хритинин Д.Ф. Медико-социальная адаптация безнадзорных несовершеннолетних с психическими расстройствами / Д.Ф.Хритинин, Б.Д.Цыганков, Ю. Б. Барыльник // Материалы XIV съезда психиатров России. – М., 2005. – С. 250.
6. Beauchaine T.P. Comorbidities and continuities as ontogenic processes: Toward a developmental spectrum model of externalizing psychopathology / T.P.Beauchaine, T. McNulty // Development and Psychopathology. – 2013. – 25 (4 PART 2). – P. 1505-1528.
7. Bokhan N. A. Mental and behavioral disorders in substance use among adolescents under conditions of the Far North /N.A.Bokhan, A.I. Mandel, R.RGusamov. // Alaska medicine. – 2006. –T. 49, № 2. –Suppl. –P. 251-254.

8. Boynton-Jarrett R. Turbulent times: Effects of turbulence and violence exposure in adolescence on high school completion, health risk behavior, and mental health in young adulthood Original Research Article / R. Boynton-Jarret, E.Hair , B. Zuckerman // Social Science & Medicine. – October 2013. – Volume 95. – P. 77-86.
9. Children with co-occurring academic and behavior problems in first grade: Distal outcomes in twelfth grade Original Research Article/ D. Darney[et al.] //Journal of School Psychology. – 2013. – Volume 51, Issue 1. – P. 117-128.
10. Schwartz C. Treating concurrent substance use and mental health disorders in children and youth: A research report prepared for child and youth mental health policy branch / C. Schwartz, O.Garland, E.Harrison, C. Waddell / British Columbia Ministry of Child and Family Development.– 2007. – Retrieved from www.childhealthpolicy.sfu.ca.
11. Suicidal behavior in minors – Diagnostic differences between children and adolescents / A.Ben-Yehuda [et al.] // Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics. – 2012 .– V. 33(7). – P. 542-547.
12. Windle M. Early onset problem behaviors and alcohol, tobacco, and other substance use disorders in young adulthoodOriginal Research Article / M. Windle,R.C. Windle// Drug and Alcohol Dependence. – 2012. – Volume 121, Issues 1–2. – P. 152-158.