**Психические расстройства и их роль в виктимном поведении детей и подростков**

Н.Б. Морозова

Дети и подростки нередко становятся жертвами преступлений, жестокого обращения и насилия. Многочисленные исследования в области детской и подростковой психиатрии и психологии убедительно свидетельствуют о том, что психологические травмы детства оказывают сильное влияние на всю последующую жизнь человека, формирование его характера, психическое и физическое здоровье, адаптацию в обществе. Многие авторы подчеркивают важные медицинские, социальные и криминальные аспекты жестокого обращения с детьми с формированием у них в последующем своеобразного “цикла насилия” в виде передачи агрессивного паттерна поведения из поколения в поколение и существование прямых корреляций между суровостью наказания и выраженностью агрессивности. Жертвы насилия зачастую сами становятся агрессорами и совершают тяжкие криминальные действия вплоть до убийств. Именно поэтому проблема жестокости и насилия в отношении детей признана во всем мире приоритетной, что закреплено в Международной конвенции ООН по правам ребенка (1989). Особую актуальность она приобрела и в нашей стране в связи с увеличением числа детей -социальных сирот, которые подвергаются жестокости и насилию как внутри семьи, так и за ее пределами. В настоящее время выделяют 3 основные формы жестокого обращения с детьми (физическая, эмоциональная жестокость, сексуальное злоупотребление) и небрежное отношение.

Наиболее скрытым типом жестокого обращения с детьми является сексуальное насилие (Child Sexual Abuse), которое нередко приводит к возникновению специфических расстройств и поэтому в международных классификациях болезней и многими исследователями выделяется в самостоятельную проблему. Статистические данные о распространенности сексуального насилия в отношении детей в разных странах весьма противоречивы, однако они поражают своим масштабом, в частности, от 20 до 30 % взрослых женщин и 10 % мужчин в США и Великобритании в детстве подвергались различным сексуальным посягательствам. Считается, что любой ребенок может стать жертвой сексуального насилия, а девочки ими оказываются в 3 раза чаще мальчиков. По некоторым данным, в нашей стране ежегодно регистрируется 7 —8 тысяч случаев сексуального насилия над детьми, однако реальное число пострадавших, по меньшей мере, в десять раз больше. Растет количество публикаций, посвященных изучению различных аспектов этой проблемы, в рамках первичных и отдаленных последствий сексуального насилия описываются посттравматические стрессовые расстройства, дистресс, личностные нарушения, девиантное сексуальное и аутодеструктивное поведение, алкоголизм, наркомании и даже психотические состояния.

Благодаря работам в области виктимологии убедительно доказано, что преступник, жертва и ситуация образуют единую и подвижную криминальную систему, от функционирования которой и зависит возможность реализации противоправных действий. При этом большое значение имеет поведение жертвы, которое нередко способствует совершению преступлений, особенно сексуального характера, а иногда даже и провоцирует преступника.

С целью установления роли возрастных особенностей и психических расстройств в виктимном поведении детей нами обследовано 98 девочек ?жертв сексуального насилия, проходивших комплексную судебную психолого-психиатрическую экспертизу в ГНЦ социальной и судебной психиатрии с 1995 по 2000 гг. Критериями отбора являлись их возраст (от 7 до 18 лет) и характер совершенных в отношении них противоправных действий, которые квалифицируются по ст. ст. 131, 132, 133, 134, 135 УК РФ ( изнасилование; насильственные действия сексуального характера; понуждение к действиям сексуального характера; половое сношение и иные действия сексуального характера с лицом, не достигшим 14-летнего возраста; развратные действия) и ст. 151 УК РФ (вовлечение несовершеннолетних в совершение антиобщественных действий, в том числе проституцию). У 28 девочек до совершения в отношении них противоправных действий каких-либо психических расстройств выявлено не было, после сексуального насилия у них развивались различные по глубине и продолжительности психогенные состояния. У 70 девочек изначально выявлялась психическая патология (органические психические расстройства, умственная отсталость, формирующиеся расстройства личности и т.д.).

В результате клинико-психопатологического и сравнительно-возрастного изучения установлено, что жертвой сексуального насилия может стать любой ребенок или подросток независимо от возраста и психического здоровья. При этом в ходе функционирования криминальной системы (жертва - преступник - ситуация) большое значение приобретает поведение несовершеннолетних, которое нередко способствует реализации противоправных действий. Выработка эффективных стратегий для предотвращения сексуального насилия зависит от способности потенциальной жертвы по совокупности “сигнальных” признаков определить угрожающий характер предкриминальной ситуации на более ранних этапах, оценить и прогнозировать ее дальнейшее развитие и, в соответствии с этим, регулировать свои действия. Причем специфика регуляции поведения в сексуально значимых ситуациях такова, что она требует наличия у несовершеннолетних осведомленности в вопросах половых взаимоотношений, способности понимать характер и значение сексуальных действий, которые появляются у детей в процессе онтогенеза и зависят от уровня психического и этапа психосексуального развития. При нормативном развитии к 14?и годам —возрасту окончания малолетства, складываются лишь основные психологические структуры этапа полоролевого поведения, ответственные за понимание характера сексуальных действий. Способность в полной мере понимать их значение формируется позже -на этапе психосексуальных ориентаций и зависит также от интериоризации общественных норм проявления сексуальной активности и развитости морального сознания. На поведение малолетних большое влияние оказывают такие возрастные особенности, как внушаемость, подчиняемость авторитету взрослого человека, излишняя доверчивость, некритичность, отсутствие антиципации и жизненного опыта в сочетании с игровым характером интересов, любопытством и любознательностью, которые побуждают детей к исследованию неизвестных явлений, в том числе и в области сексуальных отношений.

Возрастные особенности психического и психосексуального развития девочек подросткового возраста в виде становления платонического, эротического или сексуального либидо, реакций эмансипации, группирования со сверстниками, имитации в сочетании с излишней доверчивостью, недостаточной критичностью, подверженностью механизмам индуцирования со стороны лидеров референтных групп и авторитетных лиц, способствуют возникновению ситуаций, в которых возрастает риск стать жертвой сексуального насилия.

Таким образом, у психически здоровых детей и подростков имеется потенциальный "психологический комплекс виктимности", который проявляется в их поведении при взаимодействии с преступником и способствует совершению противоправных действий.

При анализе группы девочек с психическими расстройствами установлено, что наиболее часто диагностируются органические психические расстройства (-51 %), умственная отсталость (-31 %), гораздо реже личностные расстройства (-13,6 %) и лишь в 2,6 % случаев - шизофрения и в 1,8 % - эпилепсия, что отражает распространенность непсихотических форм психической патологии в общей популяции в детском и подростковом возрасте, а среди них — именно резидуально-органических состояний. У них независимо от нозологической принадлежности психических расстройств выделен “патопсихологический симптомокомплекс виктимности”, который характеризуется нарушением способности потерпевших понимать характер и значение сексуальных действий и (или) регулировать свое поведение в соответствии со сложившейся ситуацией возможного сексуального насилия в результате взаимодействия возрастного, дизонтогенетического и психопатологического факторов. Удельный вес и степень влияния каждого из них зависит от выраженности нарушений психического функционирования. При грубом психическом дефекте с качественным изменением психической деятельности и патологической мотивацией поведения независимо от нозологической формы виктимность определяется психопатологическими структурами. Самостоятельное значение при этом имеют два типа психических расстройств: один из них характеризуется преобладанием интеллектуальных нарушений в виде выраженного умственного недоразвития; второй —эмоционально-волевых расстройств со снижением (апато-абулические состояния) или повышением двигательной активности при психопатоподобном синдроме. При отсутствии выраженных психических нарушений на первый план выступают дизонтогенетические проявления с ретардацией формирования базовых психологических структур полоролевой идентичности, незрелостью личностных образований, эмоционально-волевой неустойчивостью, неразвитостью морального сознания и недостаточностью критических и прогностических функций. Возрастной фактор привносит неспецифически возрастную кризовую симптоматику, которая участвует в формировании виктимного поведения и даже определяет его при патологически протекающем пубертатном кризе.

Таким образом, дети и многие подростки обладают виктимностью -предрасположенностью при определенных условиях становиться жертвой сексуального насилия. Под виктимностью мы понимаем потенциальный комплекс психофизических свойств, который обусловливает неспособность несовершеннолетних своевременно понять сексуальную направленность действий преступника, их нравственно-этическую сущность и социальные последствия и (или) вырабатывать и реализовывать эффективные стратегии поведения в сексуально значимых ситуациях. Виктимность определяется совокупностью внутренних факторов (возрастного, личностного, дизонтогенетического и психопатологического) и состоит из интеллектуального и волевого компонентов. На этот феномен влияют внешние объективные процессы (ранняя десоциализация в результате деструкции семей), приводящие к увеличению количества детей -социальных сирот и детей с девиантным поведением, которые оказываются в криминогенных условиях с повышенной концентрацией асоциальных личностей -потенциальных преступников. При этом виктимность повышается в результате девиантного поведения детей, обусловленного как психопатологическими, так и социально-психологическими причинами. Виктимность проявляется при совпадении ситуативного и агрессиологического факторов в виктимном поведении жертвы.

Выделено три типа виктимного поведения, которые наблюдаются как у психически здоровых, так и у потерпевших с психическими расстройствами. Наиболее частым является пассивно-подчиняемый ( 40 %) тип поведения, который характеризуется снижением двигательной активности и проявляется в пассивном подчинении и выполнении всех требований посягателя. При этом можно установить пассивно-оборонительный вариант и пассивно-безучастный. В первом случае потерпевшие предпринимают робкие попытки противостоять агрессору, проявляют отрицательное отношение к происходящему, высказывают просьбы их не трогать, стремятся вызвать жалость, однако активного сопротивления они не оказывают. Во втором варианте поведение потерпевших носит абсолютно пассивный характер и проявляется в полном подчинении любым требованиям, отсутствии высказываний или просьб, заторможенности вплоть до полной безучастности к происходящему. Псевдопровоцирующий тип ( 25 %) внешне сходен с провоцирующим поведением взрослых потерпевших и характеризуется повышением двигательной активности, стремлением к взаимодействию с потенциальным преступником, установлением с ним речевого контакта, кокетством, проявлением интереса сексуального характера вплоть до прямого поощрения сексуальной активности и сексуальной расторможенности, а также совместным употреблением алкогольных напитков и эйфоризирующих средств. Неустойчивый тип ( 35 %) проявляется в отсутствии четкой линии поведения, крайней изменчивости поступков и высказываний, противоречивости действий, смене периодов пассивно-подчиняемого, псевдопровоцирующего и активно-оборонительного поведения. Все типы способствуют совершению в отношении несовершеннолетних сексуального насилия. Таким образом, виктимное (способствующее) поведение несовершеннолетних является многофакторным феноменом, который (в отличие от провоцирующего поведения у взрослых) обусловлен нарушением произвольной регуляции поведения (в результате возрастных когнитивно-личностных особенностей или эмоционально-волевых расстройств) и реализацией неэффективных стратегий в ситуациях возможного сексуального насилия, что способствует превращению жертвы из потенциальной в реальную.

Сексуальное насилие зачастую сочетается с физическим и психическим насилием, угрозами для жизни и поэтому нередко оказывает специфическое психотравмирующее действие и приводит к возникновению у потерпевших острых реакций на стресс, посттравматических стрессовых расстройств и расстройств адаптации. Феномен превращения сексуального насилия в специфическую психическую травму и структурно-динамические особенности развивающихся у несовершеннолетних психических расстройств зависят от многих факторов: характеристики сексуального посягательства, индивидуально-психологических особенностей жертвы, наличия патологической “почвы”, типологии криминальных ситуаций, а также дополнительных психогений. Безусловно, возникающие в результате сексуального насилия психогенные расстройства отличаются разнообразием и не всегда четко клинически очерчены. Вместе с тем, у большинства потерпевших выявляются определенные клинико-динамические закономерности, наиболее выраженные в подростковом возрасте, приближающие эти состояния к описанному у взрослых женщин “синдрому травмы изнасилования”.

Первый этап (аффектогенный) продолжается в течение всего периода взаимодействия жертвы с преступником и характеризуется развитием острых аффективных реакций с нарастанием эмоционального напряжения, страха, тревоги, растерянности, аффективного сужения сознания с концентрацией внимания на узком круге психотравмирующих переживаний и вазовегетативными проявлениями. Аффективные реакции у одних потерпевших сопровождаются психомоторной заторможенностью по типу “мнимой смерти” вплоть до полной неспособности оказывать сопротивление, у других -двигательным возбуждением (“моторная буря”) с недостаточным учетом ситуации и даже совершением действий, опасных для жизни, которые в ряде случаев можно расценить как “аффективное суицидальное поведение” ( по А.Е. Личко, 1985).

Второй этап (адаптационный, эмоционально-когнитивный) характеризуется внутренней переработкой психотравмирующего события с осмыслением случившегося, переживанием негативных эмоций (тревога, страх, обида, стыд, злость, желание наказать обидчика), что сопровождается психогенным фантазированием, фиксацией на отрицательных переживаниях, принимающих доминирующее положение. Психотравмирующий эффект особенно выражен на этапе психосексуальных ориентаций у потерпевших с высоким уровнем интеллектуального развития, неустойчивой самооценкой, склонных глубоко переживать неудачи вследствие понимания ими сущности сексуального насилия на личностно-социальной уровне. Возрастная личностная незрелость и недостаточность механизмов психологической защиты могут способствовать срыву адаптационного барьера (Александровский Ю.А., 1976) и возникновению кризисных состояний с искажением когнитивных процессов, формированием пессимистической концепции будущего, разрушением идеализированных представлений о жизни, утратой веры в людей, появлением идей самообвинения, ощущений униженности, оскорбленности, безысходности и суицидальных мыслей. Риск аутоагрессивного поведения в таких случаях связан с субъективным восприятием такими потерпевшими сложившейся ситуации как безвыходной и собственными представлениями о невозможности ее изменить. Уже на этом этапе появляются отдельные невротические проявления, такие, как нарушения сна с кошмарными сновидениями, навязчивые воспоминания о случившемся, страхи, а также выраженные колебания настроения с плаксивостью, нередко ?раздражительной слабостью. Важным обстоятельством, которое ухудшает состояние потерпевших, является необходимость сообщить о сексуальном насилии родным и сотрудникам милиции.

Третий этап (невротический) по времени совпадает с производством судебно-следственных мероприятий, которые привносят дополнительные психотравмирующие факторы (допросы, очные ставки, медицинские экспертизы, нетактичное поведение окружающих, угрозы со стороны обвиняемых и их друзей и т.д.). Все это нередко становится для потерпевших более травматичным, чем само насилие. При этом у одних несовершеннолетних развиваются депрессивные состояния различной глубины и продолжительности; у других происходит декомпенсация психического состояния или имевшейся ранее психической патологии с заострением характерологических особенностей и появлением неврозоподобных расстройств. Затяжные депрессивные состояния продолжительностью от 2 до 5 месяцев обычно наблюдаются в подростково-юношеском возрасте при наличии у потерпевших патологической “почвы” (явления минимальной мозговой дисфункции, личностных расстройств тормозимого и истероидного круга), а также у гармоничных личностей с чертами возрастной личностной незрелости, идеализированными представлениями о жизни и высокоморальными нравственными установками. Депрессивный аффект внешне проявляется не всегда, типичными являются снижение работоспособности, повышенная истощаемость, несвойственные ранее возбудимость, ранимость, плаксивость в сочетании с отгороженностью, замкнутостью, нарушения сна, сверхценные переживания, разнообразные фобии, депрессивные идеи отношения и чувство вины (“сама виновата —не могла за себя постоять”, “не надо было туда ходить”, “все знают и осуждают” и т.д.). Настроение обычно значительно снижается при дополнительных психогениях, зачастую даже не связанных с основной. При этом могут появляться суицидальные мысли и даже попытки, которые следует расценить как “истинные”, поскольку их мотивация носит депрессивный (психопатологический) характер. У лиц с органической неполноценностью головного мозга депрессивные расстройства носят дисфорическую окраску и сочетаются с усилением церебрастенических и психопатоподобных проявлений. Суицидальный риск у них, а также у преморбидно акцентуированных личностей возникает на фоне декомпенсации психического состояния в период следствия и суда. Ведущая роль в реализации аутоагрессивных тенденций принадлежит патохарактерологическим особенностям с личностной мотивацией поведения. С целью профилактики депрессивных состояний и аутоагрессивных действий большое значение имеют деликатный подход окружающих с оказанием потерпевшим моральной поддержки, своевременность и эффективность психокоррекционных мероприятий, направленных на устранение когнитивных искажений, повышение самооценки и выработку конструктивных форм копинг-поведения, а также и применение адекватной медикаментозной терапии.

Сложность и своеобразие психогенных расстройств при длительном внутрисемейном сексуальном насилии - инцесте заключаются в том, что они развиваются не после однократных массивных психических травм, а в результате пролонгированного действия своеобразной сексуальной травмы, нередко сочетающейся с другими формами жестокого и небрежного отношения со стороны кровных или некровных родственников. Механизмы действия сексуальной травмы в этих случаях зависят от ее особенностей —массивности (частота и тяжесть сексуальных действий), преобладания острого, неспецифического, шокового или хронического, неагрессивного травматизирования, которое приобретает характер “жизненной ситуации” (Гурьева В.А., 1998) и сочетается с имитацией ребенком поведения посягателя. Кроме того, неоднозначность сексуальных эксцессов определяется возрастом детей, с которого они начинают подвергаться насилию, этапом психосексуального и уровнем психического развития, а также их биологическими и индивидуально-психологическими особенностями. Несмотря на существование многих клинически неразвернутых форм, при длительном инцесте, начавшемся в раннем возрасте, у потерпевших возникают характерные психические расстройства с определенной динамикой, которые укладываются в рамки своеобразных психогенных и патохарактерологических развитий личности. В основе психогенных развитий лежит дистресс, перерастающий в депрессию с аффективным истощением, которая сопровождается формированием личностных и психосексуальных расстройств. Немаловажным обстоятельством является тот факт, что сексуальное насилие при инцесте исходит от близких людей, к которым у детей изначально существуют чувства доверия и привязанности. Первые же сексуальные эксцессы приводят к разрушению веры и появлению у них ощущения незащищенности и постоянной угрозы. Вместе с тем, малолетние дети не осознают специфическое содержание сексуальных действий и не воспринимают их как психическую травму. Поэтому на первом этапе (психогенной сенсибилизации) сексуальные эксцессы приводят к возникновению аффективных субшоковых реакций с последующими астеническими и невротическими проявлениями. С возрастом в процессе психосексуального созревания с появлением и расширением информированности в вопросах половых отношений и морально-нравственных нормах проявления сексуальной активности у них появляется осознание инцеста как общественно неприемлемой формы. Поэтому, на втором этапе (невротическом) примерно с препубертатного возраста у потерпевших формируется комплекс аффективно насыщенных сверхценных переживаний с фиксацией на них, стойкое негативное отношение к посягателю, появляются депрессивные и личностные расстройства, агрессивное аутистическое фантазирование. По клиническим характеристикам чаще наблюдаются астено-депрессивные состояния, у органически стигматизированных лиц депрессия имеет дисфорическую окраску. Преобладает невротический уровень расстройств, но могут развиваться и глубокие депрессивные состояния с рудиментарными психотическими включениями, ауто и гетероагрессивными мыслями и тенденциями. В структуре синдрома фантазирования типичны фантазии на тему избавления от источника насилия с образным представлением сцен его гибели от несчастных случаев или даже мыслями о собственном участии в его смерти. Трансформация личностных структур характеризуется нарастанием мозаичности с преобладанием сензитивной шизоидности или эксплозивности. При патохарактерологическом варианте наблюдается сочетание повседневного травматизирования с прямым культивированием родителями социально неприемлемых форм проявления сексуальной активности и имитацией ребенком существующих в семье отношений. Для него типично наличие выраженных психопатоподобных расстройств, которые сопровождаются психосексуальным дизонтогенезом в виде опережения и извращения становления сексуальности. Для таких детей характерны сексуализированное поведение и игры, в которые они вовлекают других малолетних. Подобное поведение является примером вторичной виктимизации и способствует совершению по отношению к ним повторных посягательств уже другими лицами. По мере взросления девочки с патохарактерологическим развитием личности и искаженными морально-нравственными представлениями нередко ведут беспорядочную половую жизнь, легко вовлекаются в проституцию, зачастую сами принимают участие в групповом сексуальном насилии в отношении несовершеннолетних.

Кроме психогенных расстройств, сексуальное насилие, сопровождающееся нанесением жертве телесных повреждений, может приводить к травматическим повреждениям (ЧМТ) головного мозга, которые имеют не только медицинское, но и большое судебно-психиатрическое и юридическое значение, поскольку при них у потерпевших нередко наблюдаются различной глубины нарушения сознания и последующая амнезия событий криминального периода. В таких случаях перед психиатрами ставится сложный комплекс вопросов по определению их юридически значимых способностей и тяжести “вреда здоровью”. Нами обследовано 15 девочек в возрасте от 13 до 18 лет, которые в криминальной ситуации перенесли черепно-мозговые травмы с нарушением сознания. Большинство из них преморбидно были психически здоровыми. Механизмы получения черепно-мозговых травм потерпевшими в криминальных ситуациях были двух типов. В 5 наблюдениях в ходе совершения сексуального насилия жертвам наносились телесные повреждения, в том числе и травмы головы. В 10 случаях потерпевшие сами, стремясь избежать сексуального насилия, совершали опасные для жизни поступки -выпрыгивали из машин на полном ходу, из окон домов, получая при падении черепно-мозговые травмы и другие телесные повреждения. Большинство потерпевших получали закрытые ЧМТ различной тяжести. Лишь у 1 потерпевшей была открытая ЧМТ -ей были причинены рубленные раны головы. Следует отметить, что при определении тяжести и клинических форм ЧМТ среди исследователей имеются значительные расхождения. Мы придерживаемся точки зрения, что понятие “тяжесть состояния” во многом является производным от понятия “тяжесть травмы”, но гораздо динамичнее последнего. Тяжесть состояния есть отражение тяжести травмы в данный момент и зависит от состояния сознания, жизненно важных органов и очаговых неврологических функций. Ведущими причинами затянувшегося тяжелого состояния могут быть и нецеребральные факторы (травматический шок, внутреннее кровотечение и т.д.).

У 6 потерпевших была легкая ЧМТ, у 4 потерпевших — ЧМТ средней тяжести и у 5 девочек -тяжелая. Несмотря на особенности клинического оформления, во всех группах выявлялся общий стереотип динамики. Он заключался в остром возникновении нервно-психических нарушений в связи с органическим поражением головного мозга и травматическим шоком с наибольшей их интенсивностью в начальном периоде и последующим регредиентным течением. Острейший, “хаотический” период по Н.Н. Бурденко (1937, 1950) выявлялся только при тяжелых ЧМТ. В этот период у потерпевших преобладали общемозговые явления и расстройства сознания по типу “выключения” и “угнетения” с нарушением восприятия окружающей действительности (сопор, кома). Восстановление сознание при тяжелых ЧМТ происходило медленно (от 3 до 10 дней), в определенной последовательности и длительными периодами “спутанности”.

По мере восстановления ясности сознания “светлые промежутки” становятся все более продолжительными, на первый план выступают выраженная астеническая, церебрастеническая, вазовегетативная и вестибулярная симптоматика и амнестические расстройства (фиксационная, ретро- и антероградная амнезия). Больные легко истощаемы, жалуются на головные боли, головокружение, двоение в глазах. Ретроградная амнезия обычно охватывает небольшой промежуток времени до ЧМТ (от нескольких часов до суток), со временем подвергается редукции, воспоминания восстанавливаются почти полностью. Антероградная амнезия распространяется на весь период нарушенного сознания и мало подвержена редукции, воспоминания этого периода практически не восстанавливаются (только на “светлые промежутки”). Антероградная амнезия наблюдается при тяжелых ЧМТ, нарушения памяти при легких ЧМТ ограничиваются кратковременной ретроградной амнезией или лишь амнезией момента травмы. Амнезия момента нанесения ЧМТ в остром периоде ТБГМ наблюдалась у всех потерпевших, редуцировалась она незначительно ( у 10 % потерпевших). Антероградная амнезия наблюдалась у всех потерпевших с тяжелой ЧМТ и у половины -с ЧМТ средней тяжести, редукции она не поддавалась. В 2-х случаях у потерпевших с легкой ЧМТ также наблюдалась антероградная амнезия, При анализе этих случаев оказалось, что наряду с травмой головы эти девочки получили массивные телесные повреждения (перелом позвоночника, костей таза) и у них наблюдался травматический шок, чем и можно объяснить тяжесть их общего состояния, что, по-видимому, оказало влияние на возникновение антероградной амнезии. Ретроградная амнезия наиболее подвержена обратному развитию.

Анализ динамики состояния потерпевших, перенесших тяжелую ЧМТ и травму средней тяжести показывает, что по мере редуцирования общемозговых проявлений и расстройств сознания в остром периоде и на этапе реконвалесценции астенический синдром приобретает ведущее значение и носит “сквозной” характер. В отличии от тяжелых, при легких ЧМТ начальный период выделить не удается. В таких случаях после кратковременной потери сознания (на несколько секунд) у потерпевших появляется общемозговая симптоматика (тошнота, рвота, головокружение, головная боль, диплопия и т.д.), вялость, заторможенность, сонливость. У большинства потерпевших эти явления непродолжительны, отмечается кратковременная ретроградная амнезия, которая вскоре редуцируется почти полностью.

Психические расстройства психогенного и травматического генеза, возникающие у потерпевших в результате насилия и жестокости могут обусловливать "беспомощное состояние" жертвы. Кроме того, эти расстройства должны быть рассмотрены как "вред здоровью", что также оценивается судом как обстоятельства, отягощающие ответственность обвиняемого по делу и влияет на вынесение приговора. В соответствии с постановлением Пленума Верховного Суда РФ № 4 от 22 апреля 1992 г. “О судебной практике по делам об изнасилованиях” оно признается “беспомощным”, если потерпевшая в силу физического или психического состояния (физические недостатки, малолетний возраст, расстройство душевной деятельности и иное болезненное либо бессознательное состояние) не может понимать характер и значение совершаемых с ней действий или оказывать сопротивление. Констатация “беспомощного состояния” относится к компетенции суда, выявление психических расстройств или психологических особенностей, которые в момент сексуального насилия обусловливают нарушение указанной категории - задача комплексной психолого-психиатрической экспертизы. Наряду с психическими расстройствами "беспомощное состояние" жертвы может быть обусловлено состоянием алкогольного, наркотического или токсикоманического опьянения. Согласно указанному Постановлению Пленума Верховного Суда РФ № 4, суды должны исходить из положения, что не имеет значение, каким образом у потерпевшей возникло состояние алкогольного опьянения (привел ли ее обвиняемый в такое состояния, напоил пьяной или она уже находилась в состоянии опьянения независимо от его действий). Состояние потерпевшей может быть признано “беспомощным” при такой степени опьянения, которая лишает ее возможности оказывать сопротивление виновному. У несовершеннолетних потерпевших даже при употреблении незначительных доз алкогольных напитков или наркотических средств часто наблюдается выраженное опьянение, при котором нарушается способность правильно воспринимать обстоятельства происходящего, отсутствуют попытки защитить себя, оказать сопротивление. Состояние зачастую характеризуется полной пассивностью и безучастностью, переходящей в наркотический сон с последующей амнезией криминального периода. В последующем, после восстановления ясности сознания, потерпевшие не могут вспомнить происшедшие события, о случившемся догадываются по повреждениям и болевым ощущениям в половых органах, беспорядку в одежде и другим признакам. Все это свидетельствует о нарушении восприятия юридически значимых обстоятельств и актуальной способности понимать характер и значение сексуального насилия, а также и оказывать сопротивление. При легком или умеренно выраженном алкогольном или наркотическом опьянении признаков глубокого помрачения сознания обычно не возникает, а имеет место легкое оглушение, которое не лишает их способности в целом воспринимать окружающую действительность (место, время, находящихся рядом людей, последовательность их действий и т.д.). Вместе с тем, состояние опьянения влияет на критические и прогностические функции потерпевших, на их способность своевременно и правильно оценить “сигнальные” моменты в поведении обвиняемых и возможные варианты развития ситуации. Кроме того, у большинства потерпевших наблюдается миарелаксирующее действие алкоголя или наркотика, что приводит к снижению или полной утрате ими способности оказывать сопротивление.

Защита детей и подростков от насилия и жестокости и предупреждение преступлений против них является чрезвычайно социально важной и актуальной задачей, решение которой носит междисциплинарный, комплексный характер (работа правоохранительной системы, органов опеки и попечительства, социальной и педагогической сфер, медицинской и психологической служб). Российское законодательство четко определяет те действия, которые считаются насильственными преступлениями, направленными на половую неприкосновенность личности (ст. ст. 131-135, 151 УК РФ). Право ребенка на защиту своих интересов закреплено также в Семейном кодексе РФ и в международной Конвенции ООН о правах ребенка, принятой в нашей стране. Сложность заключается в том, что государство не всегда обеспечивает соблюдение и действие существующих законов и, следовательно, защиту несовершеннолетних от жестокого обращения с ними. Поскольку реализация противоправных действий зависит от функционирования криминальной системы (преступник - жертва -ситуация), то и меры их профилактики должны быть направлены на каждый элемент, находящийся в ее структуре. Виктимологически ориентированная система предупреждения противоправных действий в отношении детей и подростков должна строиться с учетом типологии поведения потерпевших в предкриминальной и криминальной ситуациях, факторов виктимности и состоять из мер первичной и вторичной профилактики.

Первичная профилактика заключается в комплексном воздействии на все факторы виктимности и виктимного поведения потерпевших, которые проявляются в ходе взаимодействия с агрессором и способствуют совершению преступлений (возрастной, личностный, дизонтогенетический, психопатологический и ситуационный) с целью снижения их значимости в структуре функционирования криминальной системы.

Социально-педагогический аспект включает широкий круг мер, направленных на обеспечение нормального и гармоничного развития личности, создание безопасной и благоприятной микросоциальной среды. Сюда относится санация деструктивных семей, профилактика ООД психически больных, алкоголизма и наркоманий у лиц из ближайшего окружения несовершеннолетних для исключения возможности совершения ими противоправных действий в отношении детей и подростков, жестокого обращения с ними. Важное значение имеет правильное и своевременное полоролевое воспитание детей, формирование у них знаний в области взаимоотношения полов и морально-нравственных принципов об общественно приемлемых формах и безопасных стереотипах поведения в различных ситуациях. Безусловно, большую роль играет просветительская работа среди населения, направленная на популяризацию информации о наиболее распространенных преступлениях, связанных с посягательством на жизнь и достоинство граждан, обстоятельствах возникновения такого рода криминальных ситуаций, эффективных способах выхода из них, особенностях поведения преступников и т.д. С детьми и подростками в детских учреждениях и школах должны проводиться разъяснительные беседы и психологические тренинги, направленные их обучение для предупреждения противоправных действий (например, не открывать дверь посторонним, не входить с ними в подъезд и лифт, не знакомиться, не поддаваться уговорам) и выработку стратегий поведения в сексуально значимых и угрожающих жизни ситуациях. К мерам профилактики агрессивных преступлений следует отнести и мероприятия, влияющие на изменение безнравственного или даже асоциального образа жизни некоторых молодежных и подростковых групп, вплоть до привлечения к административной и уголовной ответственности их лидеров за вовлечение несовершеннолетних в антиобщественную деятельность, проституцию и т.д. Следует больше внимания придавать организации подростковых клубов для проведения безопасного досуга, развития интересов и коммуникативных способностей молодежи и с целью профилактики аддиктивного поведения.

Медико-психологический аспект предусматривает предупреждение, своевременное выявление и лечение психических расстройств как у взрослых, так и у детей и подростков (профилактика перинатальной патологии, ранняя диагностика и коррекция психологических девиаций, нарушений психического и психосексуального развития, психопатоподобных расстройств и девиантного поведения, которые могут иметь виктимное значение). Адекватная лекарственная терапия бредовых, аффективных и психопатоподобных нарушений, особенно сопровождающихся расстройством влечений, наряду с рациональной психотерапией может способствовать улучшению социальной адаптации, нормализации поведения и уменьшению риска для лиц с психическими расстройствами оказаться жертвами агрессивных преступлений.

Вторичная профилактика заключается в оказании медико-психологической помощи жертвам насилия с целью купирования имеющихся у них психических расстройств, возникших в результате преступлений, предупреждения суицидальных тенденция и вторичной виктимизации, которая особенно часто наблюдается у лиц подросткового возраста, где существует миф о “доступности” жертв изнасилований и они нередко подвергаются им повторно. В таких случаях важное значение приобретает оказание юридической помощи потерпевшим, которую они могут получить как в правоохранительных органах, так и в центрах для лиц, потерпевших от жестокости и насилия, где оказывается медико-психологическая помощь.