

СОМАТИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ТРАВМЫ У ДЕВИАНТНЫХ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ

Е.ДОЗОРЦЕВА*

Методам психокоррекционной работы с девиантными подростками посвящена не одна публикация зарубежных и отечественных авторов. Среди психотерапевтических подходов преобладают поведенческие и когнитивно-поведенческие, ориентированные на перестройку сознания и поведения и реализуемые, как правило, в групповых формах. В рамках данных подходов проводится основательная часть реабилитационной работы с несовершеннолетними правонарушителями в специальных учебных заведениях закрытого типа, относящихся к Министерству образования РФ. Специфические же проблемы подростков с противоправным поведением нечасто становятся предметом индивидуальной работы психотерапевта. Между тем, именно для этих мальчиков и девочек подобное вмешательство крайне важно и необходимо. Выросшие в неблагополучных семьях, они с раннего возраста становятся жертвами различных видов жестокого обращения. Автор рассказывает о своей работе с девочками-правонарушительницами, пережившими в прошлом психологическую травму.

По данным зарубежных исследователей, у подростков с делинквентным (противоправным) поведением часто обнаруживаются признаки посттравматического стрессового расстройства (Ulzen, Hamilton, 1998; Vermeiren, 2002). Особенно распространены и выражены подобные расстройства у делинквентных девочек. Среди них более 75% проявляли в течение жизни хотя бы отдельные симптомы ПТСР (Cauffman et al., 1998).

С 1994г. нами в рамках комплексных мультидисциплинарных проектов ведется научно-исследовательская и психокоррекционная работа с делинквентными девочками в возрасте от 12 до 17 лет – воспитанницами специального училища закрытого типа для подростков с девиантным по-

* Е.Г.Дозорцева – руководитель Лаборатории психологии детского и подросткового возраста Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского, доктор психологических наук.

ведением (г. Покров Владимирской области). Такие училища представляют собой своего рода альтернативу женской колонии для несовершеннолетних. В отличие от последней, совершивших преступление подростков направляют сюда с целью не наказания, а психолого-педагогической реабилитации. В Покровском училище содержатся сроком не менее одного года и до нескольких лет около 100 девочек, которые получают там общее среднее и профессиональное образование. Результаты наших исследований показывают, что большинство из них в свое время пострадали от различных вариантов насилия. В то же время факты такого рода, как правило, остаются утаенными. Так, сведения о перенесенных изнасилованиях были отмечены в медицинской документации лишь в 3% случаев. Между тем, комплексное медико-психологическое исследование психосексуального здоровья воспитанниц выявило, что изнасилование в прошлом перенесли 40% девочек, имевших сексуальные связи (*Дозорцева и др.*, 2002). При этом ни один виновный не был наказан: в милицию потерпевшие не обращались, а сам факт изнасилования тщательно скрывали. Абсолютное большинство воспитанниц были жертвами жестокого обращения – физического и эмоционального. Они подвергались избиениям сами и видели сцены насилия по отношению к близким. Некоторые из них были свидетелями убийства собственных матерей.

Перенесенное жестокое обращение, безусловно, отражается на психологическом состоянии подростков. Им присущи хронически пониженное настроение, трудности концентрации внимания, многочисленные соматические жалобы (*Шабанова*, неопубл. данные). Девочки часто жалуются на плохой сон с трудностями засыпания и кошмарными сновидениями, отмечают преследующие их чувства тревоги и страха. Этими переживаниями они, как правило, в прошлом ни с кем не делились, боясь довериться кому-либо, с одной стороны, а с другой – испытывая трудности в выражении и описании эмоций. У воспитанниц училища выявлен высокий уровень алекситимии (*Шабанова*, там же).

Негативные переживания, связанные с психологическими травмами, отражаются на личностном развитии. Отрицательные эмоции окрашивают восприятие прошлого в целом, что не позволяет подросткам интегрировать его в субъективный опыт и использовать в построении своего настоящего и будущего. В свою очередь, будущее в субъективном переживании девочек рисуется в розовых красках, представляя собой идеализированную фантастическую компенсацию прошлого. Диссоциированность и оторванность от реальности различных временных планов жизни препятствует формированию позитивной идентичности подростка (*Дозорцева*, в печати).

Таким образом, неразрешенные психологические травмы и связанные с ними незавершенные эмоциональные переживания мешают построению целостного и относительно непротиворечивого образа “Я”, а следовательно, и устойчивой психологической реабилитации воспитанниц училищ. Для развития личности таких подростков в позитивном направлении необходимо, прежде всего, освободить их от тягостного груза минувших жизненных событий.

Решить эти проблемы позволяют методы телесно-ориентированной соматической психотерапии, разработанные Питером Левином (1994). Данная психотерапия особенно интересна для нашего проекта тем, что она позволяет проработать разные виды психологических травм, включая так называемые “травмы развития” – травмы детского возраста, повлиявшие на последующее развитие личности ребенка. Не буду повторяться, излагая основные положения этого подхода. Ограничусь лишь упоминанием того, что основное содержание психотерапевтического процесса состоит в повторном постепенном “проживании” клиентом перенесенной травмы, разрядки обусловленного ею повышенного возбуждения нервной системы и завершении телесной реакции на травматическое событие. Данный подход относится к числу процессуальных психотерапевтических подходов и сочетает в себе директивные и недирективные техники практической работы. Основным методом получил название “соматическое переживание” (*Levine P., 1997*).

Опираясь на “мудрость тела”, соматическое переживание (*СП*), говоря словами Питера Левина, использует трансформационную ценность телесного осознания в процессе исцеления от травматических переживаний. Этот метод раскрывает индивидуальную историю травмы на уровне тела от возникновения дезадаптивных реакций в момент травматического события до последующих посттравматических стрессовых расстройств. Методы соматической терапии предполагают формирование ресурсов, которые рассматриваются как индивидуальные паттерны телесных реакций, способствующие преодолению травмы, и которых человеку не доставало в момент самой травмы. *СП* основывается на превращении травматических ответов из пассивных, застывших дезадаптивных реакций в активные, живые, адаптивные.

С этой целью в условиях постоянного сопровождения со стороны психотерапевта пострадавшему предлагается отслеживать минимальные соматические ощущения, связанные с травматическим переживанием. Далее устанавливается контакт между симптомами травмы (“*воронкой травмы*”, по Левину) и ресурсными состояниями, основанными на положительных телесных переживаниях (“*воронка исцеления*”). В результате такого кон-

такта происходит постепенная нейтрализация травматических ощущений. Ощущения, свидетельствующие о травме (сжатие, давление, холод, тяжесть, скованность), сменяются ощущениями разрядки (тепло, расширение, покалывание, легкость). Постоянный переход от травматических ощущений к ресурсным и обратно (так называемое “*титрирование*”) обеспечивает необходимый баланс и плавное поступательное движение терапии. Роль терапевта заключается в том, чтобы, эмпатически сопровождая весь процесс проработки травмы, эмоционально и телесно резонируя с состояниями клиента, обеспечивая ему поддержку необходимыми ресурсами, вести его в новом повторном переживании травматического события от периферических минимальных – к центральным, наиболее тяжелым и телесно отягощенным эмоциям и состояниям. В ходе такого постепенного “погружения” в травму, постоянно подкрепляемого телесными ресурсами, происходит снижение активации нервной системы и разрядка повышенного возбуждения, включая телесное напряжение. В результате достигается состояние внутреннего баланса и восстановление естественной саморегуляции организма. Одновременно у клиента могут возникать новые образы, эмоции, поведенческие реакции и, в конце концов, новое осмысление пережитого, свидетельствующее об избавлении от травмы и ее тягостного влияния на его/ее жизнь.

Описанный метод используется нами в психокоррекционной работе с воспитанницами училища с 1998г. Особенность нашей деятельности заключалась в том, что в связи с удаленностью училища от Москвы, эта работа проводилась в режиме кратковременных (5-7 дней) выездов, в общей сложности по 2-4 раза в год. В связи с этими вынужденными условиями психотерапия была краткосрочной и достаточно интенсивной в периоды выездов, но последовательной и долговременной в целом.

Наиболее частыми причинами обращения девочек к психологу были симптомы посттравматического стрессового расстройства: плохой сон, кошмарные сновидения, подавленное настроение, чувство усталости и разбитости, постоянные воспоминания о пережитом травматическом событии. В качестве травмы назывались жестокость обращения, изнасилование, смерть близких (нередко – насильственная). В отдельных случаях психотравмирующим фактором служило совершенное самой девочкой правонарушение.

Работа начиналась с того, что девочка в общих чертах рассказывала о пережитом ею событии и о тех симптомах, которые ее беспокоили. Затем психолог кратко объяснял ей смысл предстоящей работы. Для сенсбилизации к телесным ощущениям проводилась специальная подготовительная тренировка, включающая ряд несложных упражнений, которые

способствуют повышению чувствительности в различных частях тела и фиксации на них внимания. Создавались и усиливались ресурсные состояния, связанные с положительными эмоциональными переживаниями. После этого начиналась собственно терапевтическая работа с травмой.

Прежде всего, девочкам предлагалось вспомнить какое-либо иное, не связанное с травмой, неприятное событие из недавнего прошлого, которое произвело на них отрицательное впечатление, хотя и не слишком сильное. Обычно они выбирали в качестве такой ситуации конфликт с воспитателем или другими учащимися, какое-либо запомнившееся обидное высказывание в их адрес и пр. Далее происходила проработка связанного с этим случаем телесного напряжения. Работа велась в форме диалога между психотерапевтом и клиенткой. Оба сидели на стульях лицом друг к другу на некотором расстоянии. Терапевт фиксировал телесные ресурсы своей подопечной в виде опоры на пол, сидение и спинку стула. Затем он просил девочку со всеми подробностями и как можно более последовательно описать неприятную ситуацию и внутренне вновь постепенно (“как в кино, по кадрам”) прожить ее. Замечая и эмпатически ощущая возникающие по мере рассказа изменения в состоянии клиента, терапевт прерывал рассказ и просил описать актуальные соматические ощущения, подтверждал их, повторяя или перефразируя сказанное клиентом, и предлагал фиксировать на них внимание (“понаблюдай, побудь с этим чувством”). Обычно ощущение перемещалось, видоизменялось и, в конце концов, исчезало, сменяясь разрядкой. Если этого не происходило, то терапевт вновь переводил внимание клиента на ресурсные ощущения и лишь затем возвращался к травматическим, интенсивность которых уменьшалась, пока вскоре они также не пропадали. Вся процедура повторялась при возникновении чувства дискомфорта у клиента на каждой стадии события.

По окончании рассказа терапевт предлагал клиенту еще раз пройти всю ситуацию. При этом проверялось, остались ли признаки напряжения на каком-либо ее этапе, и если они обнаруживались, то снимались уже описанным способом. В заключение терапевт обсуждал с клиентом изменения его отношения к проработанному событию. Как правило, наблюдалось снижение значимости этого случая, эмоциональное отстранение от него, отделение от переживания “Я”. Девочки говорили, что это их больше не волнует, “как будто в газете прочитала”.

Предварительная проработка малозначительного события преследовала несколько целей. Во-первых, она позволяла терапевту провести диагностику ресурсов клиента, темпа и характера протекания телесных процессов. Во-вторых, эта процедура активизировала и отчасти гармонизировала процессы в нервной системе клиента, подготавливая его к более глубокой

психотерапевтической работе. В-третьих, она давала возможность клиенту познакомиться с процедурами и общей схемой работы, делала их для него привычными. В-четвертых, достигнутый успех способствовал созданию положительного эмоционального фона в психотерапевтических отношениях и уверенности в положительном исходе более серьезной интервенции.

Второй этап работы, проходивший обычно на следующий день, был посвящен заявленной девочкой проблеме. Часто события, которые вызывали глубокие травматические переживания у девочек, относились к давним периодам их детства. В качестве примера можно привести случай Люды Ш.

Люда, 16 лет, находилась в Покровском специальном училище в течение 2,5 лет по направлению суда за соучастие в убийстве. Фактически же девочка была пассивным свидетелем убийства, совершенного группой подростков, к которой она принадлежала. Само убийство стало для нее серьезной психологической травмой. К травматическим событиям относилось и перенесенное Людой изнасилование. Однако на данном этапе поводом для работы служила тревожившая память девочки попытка удушения ее отчимом, когда ей было 5-6 лет. Фабула ситуации, как она была описана Людой, состояла в следующем. Отчим пришел с работы пьяный. Начал бить ее по щекам, потом повалил на кровать и стал душить. Она вырвалась и убежала. Пришла мать, увидела дочь, заплаканную и бледную, и, узнав, в чем дело, стала бить отчима сумкой по лицу.

Приводим в сокращенной форме описание процесса терапии.

Создается ресурсное состояние: фиксация на опоре.

***Терапевт:** Расскажи о том, что произошло, как можно более подробно.*

***Клиентка:** Отчим пришел с работы пьяный. Я была дома одна...*

***Т.:** Что ты чувствуешь сейчас в теле, вспоминая, как он пришел?*

***К.:** Радость, что папа пришел. Я хотела идти на кухню, его кормить.*

***Т.:** Дальше.*

***К.:** Он на меня стал кричать.*

***Т.:** Что ты чувствуешь сейчас, когда рассказываешь об этом?*

***К.:** Страх.*

***Т.:** Чувствуешь страх. Где он в теле?*

***К.:** В сердце (показывает). Я ощущаю боль.*

***Т.:** Последни за этим ощущением. Одновременно дыши глубже.*

Пауза.

К.: Боль уходит.

Т.: Что было дальше?

К.: Он начал меня бить по щекам.

Т.: Что ты сейчас ощущаешь?

К.: Щекам больно, они горят.

Т.: Следи за этим ощущением, дыши глубоко.

Пауза.

К.: Щекам становится тепло.

Т.: Это приятное или неприятное ощущение?

К.: Скорее, приятное.

Т.: Что происходило дальше?

К.: Он начал меня душить, повалил на кровать.

Т.: Что ты сейчас чувствуешь в теле?

К.: Боль, комок в горле. Трудно дышать.

Т.: Старайся сохранять глубокое дыхание... Что сейчас чувствуешь?

К.: Комок в горле хочется проглотить.

Т.: Попробуй сделать это.

К.: (Глокает.) Да. Он куда-то исчезает. Но горло еще болит.

Т.: Последи за этим ощущением.

К.: Оно исчезает тоже.

Т.: Что происходило дальше?

К.: Я хочу убежать. (Двигает ногами.)

Т.: Убегай, но старайся, чтобы движения были очень медленными.

К.: Стало легче, особенно в ногах.

Т.: Что дальше?

К.: Приходит мама. Бьет отчима по лицу сумкой. (Шевелит рукой.)

Т.: Что хочется сделать руке?

К.: Хочется удержать мамину руку, чтобы она его не била. Его жалко.

Т.: Сделай это медленно.

К.: Да, удержала.

Т.: Что чувствуешь?

К.: Рука легкая. Все хорошо.

После первичной проработки ситуации насилия и ослабления связанных с ней неприятных ощущений весь процесс проводится вновь. В описываемом случае при повторном “проживании” травмы некоторые ее симптомы еще сохраняются: напряжение в горле в момент удушения девочки, чувство страха, связываемое с неприятными ощущениями в левом боку. Эти ощущения также отслеживаются и устраняются. Третье возвращение к ситуации показывает, что все симптомы утратили прежнюю силу.

Пережитое Людой травматическое событие относится к категории травмы физического насилия (удушения). Оно сохраняло для девочки свою значимость в течение длительного времени. Как свидетельствует протокол работы, травма имеет множественные проявления, которые включают в себя не только различные физические, но и выраженные эмоциональные компоненты. В пользу этого говорят разнообразные ощущения боли, жара, комка в горле. Травматические симптомы достаточно сильны, и для их нейтрализации постоянно требуются ресурсы в виде глубокого ритмичного дыхания. Эпицентр, или “воронку травмы”, представляет момент удушения. Он наиболее резистентен к терапии, но, в конце концов, также поддается воздействию ресурса. Разрядка переживается в виде ощущений тепла, легкости. Завершающий характер имеют поведенческие реакции девочки, ее желание вмешаться в ситуацию, изменить ход событий. Они выражаются в движениях глотания, бегства, побуждения удержать руки матери. Подобное стремление к активности может рассматриваться в качестве действий по разрешению травмы. В процессе устранения симптомов отчетливо прослеживается изменение чувств девочки: от сильного страха к чувству жалости по отношению к обидчику. В этом проявляется и смена ее внутренней позиции.

Как правило, по завершении работы над травматическим событием и связанным с ним состоянием, девочки отмечали чувство легкости, новой энергии, освобождения, очищения. Так, одна из воспитанниц, которой требовалась психотерапия в связи с травмой изнасилования, сказала: “У меня было такое чувство, как будто я несю неподъемный рюкзак. А сейчас я его сбросила”. Другая сравнивала появившееся у нее после изнасилования ощущение с “толстой коркой грязи на всем теле”. После сеансов психотерапии она почувствовала, что “эта корка треснула, развалилась на куски и рассыпалась”.

Изменение физического и эмоционального состояния в связи с травматическим событием позволяет подросткам переосмыслить случившееся. Так, Люда Ш. на вопрос терапевта о том, как она теперь воспринимает случай с нападением на нее отчима, ответила: “Его (отчима) жалко. Но он должен понять, что не имел права со мной этого делать”. Если раньше доступ к размышлению о ситуации был – эмоционально и физически – блокирован внутренним мышечным напряжением, то теперь появляется возможность выработать конструктивную позицию и готовность к иным вариантам поведения по отношению к членам семьи. Таким образом, прошлый опыт становится доступным для интеграции в жизненную историю подростка и использования его уроков в будущем.

Определенную сложность в работе с травмой насилия представляло то обстоятельство, что, помимо шоковых травм, о которых шла речь выше, насилие в семьях девочек с делинквентным поведением было систематическим, превращаясь в привычную модель жестокости. Подростки редко прибегали к попыткам осознания такого рода ситуаций, поскольку в их восприятии они представляли сугубо стереотипно, что лишало их остроты непосредственного единичного переживания. Однако эмоции, связанные с подобными событиями, неосознанно накапливались и проявлялись в кошмарных повторяющихся снах. Являясь прямым результатом эмоциональной травмы, такие сны связывались часто с насилием против не самих девочек, а близких, к которым они были привязаны: матерям, бабушкам, дедушкам. В этих случаях мы сочли возможным работать не с реальными событиями, служившими прототипами сна, а с содержанием сновидения, в котором происходило “сгущение” эмоциональных проблем наших клиентов. Сновидение рассматривалось нами как символический эквивалент реального жизненного явления. Принцип проработки содержания травмы оставался тем же. Примером может служить терапия Светы Р.

Света Р., 16 лет, находилась в специальном училище за кражи. Мать, отец и отчим девочки пьянствовали, избивали ее и дедушку, который был для Светы самым близким и любимым человеком. Для того, чтобы прокормить себя и своих младших сестер 5 и 7 лет, Света начала воровать. В училище она переживала за судьбу деда и сестер. В течение длительного времени ей снился один и тот же сон, в котором мать и отчим обижают дедушку. Девочка в страхе просыпалась. Приведем сокращенный протокол основной части терапевтической сессии, на которой прорабатывалось содержание сна.

Т.: Вспомни сон с самого начала.

К.: Отчим, мать и отец собираются вместе и что-то задумывают против дедушки.

Т. Что ты чувствуешь?

К.: Тяжесть в груди.

Т.: Тяжесть в груди. Последи за ней.

К.: Уходит в плечи... В спину...

Т.: Подыши, ощути опору.

Пауза.

К.: Тяжесть исчезает.

Т.: Тяжесть исчезает. Что происходит дальше?

К.: Дедушка встает с постели и идет по переходам в эту комнату.

Т.: Что ты чувствуешь сейчас в теле?

К.: Тяжесть в плечах... Уходит в спину, в позвоночник... Постепенно исчезает.

Т.: Дальше.

К.: Они замахиваются и бьют дедушку.

Т.: Что ты ощущаешь сейчас?

К.: Тяжесть в спине.

Т.: Последи за этим ощущением... Старайся сохранять глубокое дыхание...

Пауза.

К.: Тяжесть уходит...

Т.: Что ты чувствуешь теперь?

К.: ... Легкость. Могу думать об этом сне, он как будто отдельно от меня. Спокойно могу думать.

В этом случае эмоциональная травма была достаточно длительной. О ней свидетельствовали преимущественно однотипные симптомы тяжести, имевшие различную локализацию: в груди, плечах, спине. По мере проработки содержания снов они все больше перемещались из центра тела к периферии. Характерна траектория “ухода” симптома через спину, позвоночник. Циклы освобождения от симптомов по мере проживания ситуации становятся все более короткими. Внешний ресурс в виде глубокого дыхания и ощущения опоры потребовался лишь на первой стадии, в дальнейшем достаточными оказались внутренние ресурсы, и необходимо было лишь отслеживать симптомы и степень их выраженности.

Сновидение имеет то преимущество перед реальностью, что оно может изменяться. В случае Светы в дальнейшем мы преобразовали сновидение так, что она выступала в нем в роли активного, деятельного участника. Она видела себя защитницей деда и чувствовала себя, по ее словам, “сильной, как стена”. Особо следует отметить спонтанное появление этого, архетипического по своей природе, исцеляющего состояния. Здесь очевидно изменение не только эмоционального состояния девочки, но и ее самовосприятия. Благодаря проработке травмы появляется возможность нахождения иных моделей поведения на основе приобретенного чувства спокойствия и уверенности, а также нового образа “Я”.

Немаловажен и еще один эффект работы со сновидениями: после работы с их содержанием сны больше не возобновляются. Девочки начинают спать спокойно, без ночных пробуждений, что положительно сказывается на их общем самочувствии и работоспособности.

В целом, следует отметить, что работа с психологическими травмами в рамках соматического психотерапевтического подхода проходит у подростков быстрее и эффективнее, чем у взрослых. Свойственная их нерв-

ным процессам быстрота, подвижность и гибкость позволяют терапевту относительно быстро справляться даже с сильными и тяжелыми переживаниями, вызванными перенесенным жестоким обращением. Эффект такой работы проявляется не только в устранении травматических симптомов, но и в появлении новых ресурсов: возрастают активность девочек, доверие к окружающим.

Деактивация внутреннего напряжения, связанного с психологической травмой, и улучшение процессов саморегуляции нервной системы у девочек-подростков чрезвычайно важны для нормализации их актуального состояния. Происходит своего рода завершение незавершенных психотравмирующих ситуаций, как оно мыслится в гештальттерапии. Однако это лишь отправная точка и необходимое условие для дальнейшего личностного развития девочек. В связи с этим вполне оправданным представляется мнение Е.С.Мазур (Мазур, 2001, см. также статью, которой открывается данный номер) о необходимости сочетания телесно-ориентированной и экзистенциальной психотерапии, позволяющей содержательно проработать личностные смыслы человека. Для подростков с делинквентным поведением, с нашей точки зрения, уместным кажется дополнение вышеописанных вариантов работы групповыми и индивидуальными видами психокоррекции, направленными на стимулирование их собственных возможностей, выработку навыков общения, разрешения конфликтов, взаимной поддержки, понимания себя и окружающих. К сожалению, после окончания пребывания в училище девочки возвращаются домой в ту же социальную среду и не всегда могут рассчитывать на поддержку со стороны государства и общества. В связи с этим задача психолога состоит и в том, чтобы подготовить их к возможному столкновению со сложными ситуациями и обстоятельствами. Это служит профилактике как ретравматизации, так и собственно делинквентного поведения подростков.

ЛИТЕРАТУРА

- Дозорцева Е.Г., Вострокнутов Н.В., Давыдов Д.М., Морозова Е.И., Савельева И.С., Соколова И.И., Терехина С.А. Психосексуальное здоровье делинквентных девочек (комплексный мультидисциплинарный подход) // *Российский психиатрический журнал*. – № 2. – 2002. – С.29-32.
- Мазур Е.С. Психологическая реабилитация больных с психическими травмами. В сб.: *Подготовка и организация работы клинических психологов в учреждениях здравоохранения, социальной защиты и образования. Материалы научно-практической конференции 21 апреля 2001г. М., 2001, с.61-62.*

- Cauffman E., Feldman S.S., Waterman J., Steiner H. Posttraumatic stress disorder among female juvenile offenders. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 1998. Vol.37. p.1209-1216.*
- Ulzen T.P., Hamilton H. The nature and characteristics of psychiatric comorbidity in incarcerated adolescents. Canadian Journal of Psychiatry. 1998. Vol.43. p.57-63.*
- Levine P. Understanding Childhood Trauma. Mothering. 1994. P.49-54.*
- Levine P. Waking the tiger. Healing trauma. Berkeley, 1997.*
- Vermeiren R. Delinquent disordered? Psychopathology and neuropsychological deficits in delinquent adolescents. Antwerpen. 2002.*