

Делинквентное поведение несовершеннолетних воспитанников социальных учреждений с когнитивными расстройствами

ПЕРЕЖОГИН Л.О. ФГУ «ГНЦ Социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского»

Описывается клиническая патогенетическая связь между когнитивными расстройствами и криминальным поведением несовершеннолетних. Описаны клиничко-психопатологические и патопсихологические особенности двух групп несовершеннолетних с когнитивным дефицитом: подростков-правонарушителей в сравнении с беспризорными сопоставимого возраста, не совершавшими криминальных действий.

Ключевые слова: дети, подростки, криминальное поведение, когнитивные расстройства, социальная адаптация, расстройства поведения

Социальная ситуация развития ребенка оказывает существенное влияние на его возрастное психическое развитие, личностное развитие, обуславливает риск формирования социально-зависимых динамических психических расстройств, спровоцированных стрессом. Социальная ситуация развития, протекающая с явлениями безнадзорности, беспризорности и вовлечением в криминальную среду существенным образом влияет на перечисленные аспекты психического здоровья ребенка и обнаруживает непосредственную зависимость от специфических особенностей действия социальных факторов [3]. Известно, что раннее включение в ситуацию безнадзорности определяется преимущественно депривационными механизмами психических расстройств, длительное пребывание в криминальной среде с формированием криминального опыта включает механизм развития психических расстройств по дистрессовому и диссоциальному механизмам [1].

К детям «социального риска» традиционно относят следующие группы: дети, лишенные родительского попечения (сироты, беспризорные и безнадзорные); дети с криминальной активностью, не достигшие возраста уголовной ответственности (14 лет); дети и подростки, находящиеся в связи с антисоциальным поведением в специальных воспитательных и исправительных учреждениях (специальные школы, ПТУ, социальные приюты). Однако эти группы детей «социального риска» существенно различаются характером десоциализации. В каждой из групп детей прямые и косвенные десоциализирующие воздействия могут быть связаны с семейной депривацией, острым или хроническим психосоциальным дистрессом, асоциальным влиянием неформальных подростковых групп. Это определяет различия в типологии психических расстройств и объектов лечебно-терапевтиче-

ской, социотерапевтической помощи, а также различные аспекты правовой поддержки [4].

В последние годы в детской социальной психиатрии наметилась отчетливая тенденция к комплексной, междисциплинарной оценке психического здоровья несовершеннолетних, в основу которой положен принцип сохранности социального функционирования ребенка на уровне школы, микросоциального окружения, семьи [6]. Таким образом, клинической квалификации требует уже не столько психопатологическая феноменология, сколько ее соотношение с иными факторами, обуславливающими, в конечном итоге, социальное функционирование пациентов. В то же время не вызывает сомнений, что наиболее клинически стабильными состояниями, обнаруживающими наименьшую вариабельность, должны являться грубые психические расстройства, в развитии которых участие социальной среды сводится к минимуму. Долгие годы такой группой считались состояния, описываемые как «олигофрени».

Изложенные в настоящем исследовании данные получены в ходе статистической обработки (выполнялась в соответствии с ГОСТ 11.004-74 и ГОСТ 11.006-74) индивидуальных показателей

1) группы несовершеннолетних правонарушителей (группа НП) в возрасте 12—14 лет, все совершили деяния, соответствующие составам преступлений Особой части УК РФ, но не были привлечены к уголовной ответственности в связи с недостижением возраста уголовной ответственности;

2) группы несовершеннолетних беспризорных и безнадзорных в возрасте 12—14 лет (группа ББ), воспитанников социального приюта.

В ходе выполнения исследования использовались данные следующих методов: клиничко-психопатологического, экспериментально-психологического, социально-психиатрического, статистического.

В соответствии со стандартами ВОЗ, нами использована многоосевая классификация психических расстройств у детей [7, 8], базирующаяся на МКБ-10 в качестве клинической классификации психических расстройств. В нашем исследовании в группе НП из 150 наблюдений психические расстройства были диагностированы у 113 чел. (37 несовершеннолетних правонарушителей — психически здоровы, 24,7% группы). Из 113 наблюдений у 16 чел. (10,7% группы) диагностирована умственная отсталость (кодируются по оси 3), у 16 чел. — специфические расстройства психического развития (10,7% группы) (кодируются по оси 2). По оси 1, таким образом, диагностированы психические расстройства у 81 чел. (54,0% исходной группы).

В группе ББ из 115 наблюдений психические расстройства были диагностированы у 106 чел. (9 несовершеннолетних (7,8% от группы) — психически здоровы). Из 106 наблюдений умственная отсталость диагностирована у 23 чел. (20,0% от группы) (показатель достоверно выше ($t \geq 2$, $p \leq 0,05$) группы НП), специфические расстройства психического развития — у 18 чел. (15,7% от группы). Таким образом, по оси 1 диагностированы психические расстройства у 65 чел. (56,5% от группы).

Состав психических расстройств по группам отражен в табл. 1. В нашем исследовании в группах НП и ББ не встречались по объективным причинам подростки, психические расстройства у которых могли бы

диагностироваться по оси 1 по направлениям 1 (аутизм), 5 (шизофрения) (1 сомнительный в диагностическом плане случай в группе НП и 3 в группе ББ исключены из исследования), 8 (расстройства пищевого поведения) и 9 (расстройства зрелой личности). Следует отметить, что многие несовершеннолетние обнаруживали признаки формирования специфических расстройств личности F60.x, в частности — диссоциального расстройства F60.2, однако мы придерживались рекомендации ВОЗ диагностировать у подростков до 16 лет расстройства поведения F91.x. Не исключено, однако, что в дальнейшем у многих подростков во взрослом периоде будут диагностированы расстройства личности.

Таким образом, умственная отсталость, составляя от 10,7 до 20,0% по группам НП и ББ, являлась одним из ведущих психопатологических синдромов среди несовершеннолетних воспитанников специальных учреждений.

Согласно рекомендациям ВОЗ (1996), по оси 3 кодируются альтернативные, взаимоисключающие состояния: нормативный уровень интеллекта и умственная отсталость, относящаяся согласно МКБ-10 к рубрикам F70—F79. При этом три знака кодируют глубину умственной отсталости (F70—F73 легкая, умеренная, тяжелая, глубокая), а четвертый — наличие нарушений поведения и их степень. При диагностике умственной отсталости особое внимание уделялось исключению имитирующих умственную отсталость состояний [2].

Таблица 1

Психические расстройства у несовершеннолетних правонарушителей и беспризорных/безнадзорных подростков (по группам, %)

Виды расстройств	Группа НП	Группа ББ
Психически здоровы	37 (24,7%)*	9 (7,8%)
Умственная отсталость (ось 3 классификации ВОЗ)	16 (10,7%)	23 (20,0%)*
Расстройства психического развития (ось 2 классификации ВОЗ)	16 (10,7%)	18 (15,7%)
Психопатологические синдромы (ось 1 классификации ВОЗ)	81 (54,0%)	65 (56,5%)
Всего	150	115

Примечание. * — различия между группами статистически достоверны ($t \geq 2$, $p \leq 0,05$)

Таблица 2

Умственная отсталость у несовершеннолетних правонарушителей и беспризорных/безнадзорных подростков (по группам, %)

Диагностические рубрики	Группа НП			Группа ББ
	ЦВИНП	Спецшкала	Всего	
F70.0 — легкая УО с мин. нар. повед.	4 (4,1%)	—	4 (2,7%)	6 (5,2%)
F70.1 — легкая УО со зн. нар. повед.	4 (4,1%)	4 (7,5%)	8 (5,3%)	8 (6,9%)
F71.0 — умер. УО с мин. нар. повед.	—	1 (1,8%)	1 (0,7%)	2 (1,7%)
F71.1 — умер. УО со зн. нар. повед.	2 (2,1%)	1 (1,8%)	3 (2,0%)	7 (6,1%)*
Всего	10 (10,3%)	6 (11,3%)	16 (10,7%)	23 (20,0%)*

Примечание. * — показатели группы ББ статистически значимо превышают показатели группы НП ($t \geq 2$, $p \leq 0,05$)

В нашем исследовании по оси 3 несовершеннолетние распределялись следующим образом (табл. 2).

По группе НП средний возраст несовершеннолетних с умственной отсталостью составил 13,5 года, из них 75% проживали в Москве или других городах, 25% — в сельской местности. Среди них была максимально высокой (50,0%) доля сирот и подростков, лишенных родительского попечения. Как правило, эти подростки являлись младшими детьми в семьях (старших братьев и сестер имели 93,8%, младших — 12,5%), их старшие братья и сестры жили обычно отдельно от семьи, мало общались со своими родителями, большинство вело социальный образ жизни. Вероятно, это обстоятельство связано с динамикой деградации и распада семьи. В семье, начавшей деградировать (прежде всего, в связи с пьянством родителей) младшие дети рождались в тот период, когда родители окончательно утрачивали связь с социумом, спивались, лишались работы, средств к существованию, начинали промышлять мелкими кражами, попрошайничеством. Четверть подростков в данной группе неграмотны, притом лишь 12,5% никогда не посещали школу. Часто дети этой группы не имели представления о частях света, не могли назвать столицу России, не знали, что кошка и крокодил относятся к разным группам живых существ, не могли прочесть наизусть даже четверостишия А.С. Пушкина, не знали, когда приблизительно началась Великая Отечественная война и т.д. Однако те же самые подростки обнаруживали высокую осведомленность в вопросах быта, они хорошо ориентировались в ценах на продукты, спиртные напитки, были интегрированы в подростковые неформальные коллективы (часто криминального характера), знали, как выманить деньги у прохожих, что и как удобнее украсть. Хорошие отношения в семьях сохранили 12,5% детей (или четверть тех, кто воспитывался в семье), преобладающим типом воспитания (37,5%) являлась гипоопека (следует учесть, что в семье воспитывалась только половина подростков), подавляющее большинство систематически попрошайничали, «подрабатывали» гомосексуальной проституцией, регулярно совершали противоправные деяния.

Даже отрывочные анамнестические данные, которые удалось собрать о подростках данной группы, весьма красноречивы: половина родителей (включая матерей) страдали алкоголизмом, у трех четвертей матерей беременность протекала с токсикозом, угрозой прерывания, роды — с той или иной патологией. В двух третях случаев отмечалась ранняя постнатальная патология. Отставание в психическом развитии и интеллектуальная недостаточность диагностировалась у детей со значительным запаздыванием — либо при поступлении в школу (7—8 лет), либо при поступле-

нии в детский дом (как правило, в 4—5 лет). Половина детей в исследуемой группе обнаруживали различные хронические соматические заболевания.

Большинство подростков исследуемой группы избегали игр, сторонились сверстников, в группах выполняли роли аутсайдеров, служили мишенями для издевательств, насилия. 62,5% детей систематически госпитализировались в психиатрические клиники. Среди детей данной группы 6,3% совершили убийство, 12,5% — хулиганство, 100% — преступления против собственности (кражи, грабежи). В среднем на одного несовершеннолетнего пришлось 4,6 правонарушений. Правонарушения совершались, как правило, в группе. При совершении правонарушений преобладали корыстные мотивы (93,8%), мотивы подчиняемости (62,5%, в отличие от правонарушений подростков с сохранным интеллектом, отличие статистически достоверно, $t \geq 2$, $p \leq 0,05$).

К числу психологических особенностей исследуемой группы, кроме ведущего признака снижения интеллекта, относились: эмоциональная лабильность (43,8%), снижение мнестических показателей (68,8%), трудности выполнения логических операций, включая сравнение, исключение, обобщение (87,5%), личностная незрелость (87,5%), такие личностные особенности, как раздражительность, обидчивость, склонность к внешнеобвиняющим установкам, волевые нарушения (68,8%). В целом экспериментально-психологическое исследование с подростками осложнялось рядом факторов, как то: заинтересованность подростков в результатах исследования, желание показать себя с лучшей стороны, продемонстрировать покладистость, дружелюбие, конформизм; стереотипное воспроизведение ряда ассоциаций, ответов с опорой на «внутренние стандарты» подростковых коллективов, следование в работе с методиками инструкциям лидеров коллективов; низким образовательным и культурным уровнем обследуемых.

Клинически, кроме нарушений интеллекта, на первый план выходили: употребление алкоголя (75,0%) и токсических веществ (68,8%), преимущественно — клея и бензина. У 18,8% прием токсических средств провоцировал делирии. У 12,5% подростков отмечались нерегулярные эпилептические пароксизмы, у 6,3% (1 подросток) — регулярные генерализованные припадки (G40.3). Эмоциональные расстройства и неупорядоченность поведения обуславливали в подавляющем большинстве случаев (68,8%) необходимость в наблюдении и лечебном воздействии. В условиях ЦВИНПа ГУВД г.Москвы психиатрическая помощь подросткам не оказывалась, в спецшколе — оказывалась районным психиатром. Как правило, назначались нейролептики в средних дозах (аминазин по 50 мг 2—3 раза в сутки).

Хотя в целом картина умственной отсталости осложнялась в исследуемой группе коморбидными психическими расстройствами, можно рассматривать противоправное поведение несовершеннолетних не только как следствие психических расстройств, но и как аномальный механизм социальной компенсации. Развитие полной картины психических расстройств и формирование устойчивого противоправного поведения шло параллельно, в рамках аномального личностного развития, когда криминальная активность служила как цели поддержания собственного существования, так и для поддержания «статуса» в подростковом коллективе. Поэтому, учитывая такую особенность подростков, в коррекционной программе мы делали особый упор на личностно-ориентированные методики, конечная цель которых — гармонизация внутриличностных отношений.

В условиях специальной школы в коррекционную группу были отобраны 6 чел. Указанная группа занималась отдельно от других несовершеннолетних со специально обученными психологами специальной школы [2]. По итогам работы отмечено существенное улучшение показателей социализации, упорядочение поведения.

По группе ББ средний возраст несовершеннолетних составил 13,4 года. Из них треть (30,4%) проживали в селах, большинство — в Москве и других крупных городах (69,6%). Доля сирот и подростков, лишенных родительского попечения составила в группе 86,9%. Трое подростков были направлены в приют по ошибке (2 — уехали в Москву и заблудились, один отстал от родителей на вокзале) и были затем возвращены родителям. Большинство несовершеннолетних совершило побег из детских домов; 39,1% подростков в группе оказались неграмотными, хотя все без исключения посещали школу хотя бы 1—2 года. Вероятно это связано с относительно большей частотой более глубоких форм УО (F71.x).

Большинство подростков было задержано сотрудниками милиции и впоследствии переведено в приют в связи с проживанием на вокзалах, чердаках, подвалах. Подростки занимались попрошайничеством, совершали порой мелкие кражи (не подпадающие под действие ст. 158 УК РФ).

Анамнестические сведения о большинстве подростков были крайне скудные, многие совершенно не помнили своих родителей, часть считала, что их родители умерли, отчего они попали в детский дом. В то же время порой подростками высказывались сверхценные идеи разыскать своих мать и отца, для чего они просили написать от их имени письма в архивы, на радио и телевидение, Президенту России и т.д. Среди подростков 34,8% страдали хроническими соматическими заболеваниями.

Психологические особенности несовершеннолетних исследуемой группы были схожи с таковыми в группе НП. За счет большего числа несовершеннолетних с уме-

ренной формой УО обращали на себя внимание общее снижение способности несовершеннолетних к речевой продукции (39,1%), общая и социальная личностная незрелость, снижение уровня навыков самообслуживания (21,7%). Клинически диагностировались алкоголизм (в качестве коморбидного расстройства) — 26,1% и зависимость от токсических веществ 43,5%.

В отличие от несовершеннолетних группы НП, адаптационные возможности подростков в группе ББ были значительно ниже. Выраженный когнитивный дефицит в совокупности с личностными особенностями не позволял им, как правило, интегрироваться в молодежные группировки, они часто не могли полноценно обеспечить свой быт, голодали, но не могли раздобыть ни пищи, ни денег на еду, становились жертвами обмана и насилия со стороны сверстников или взрослых.

В условиях социального приюта в коррекционную группу были отобраны 16 чел. Указанная группа занималась отдельно от других несовершеннолетних со специально обученными психологами социального приюта [2]. Кроме того, с ними по специальной программе проводились психотерапевтические занятия, осуществлялась ноотропная терапия (кавинтон по 10 мг 2 раза в день, финлепсин 100 мг 2 раза в день, дегидратирующая терапия). По итогам работы отмечено существенное улучшение показателей социализации, упорядочение поведения, в первую очередь — снижение уровня агрессивности, приобретение социальных навыков, освоение коммуникации.

Таким образом, анализируя с позиций клинической и социальной психиатрии картину умственной отсталости у несовершеннолетних воспитанников специальных учреждений, можно сделать следующие выводы:

1) делинквентное поведение подростков с умственной отсталостью является специфическим этапом социальной дезадаптации. По мере взросления делинквентность закрепляется в качестве поведенческого паттерна и продолжается во взрослой жизни уже в форме криминальной активности;

2) формирование делинквентного поведения обусловлено фактором ранней десоциализации (в основном за счет семейной депривации и влияния асоциального окружения). По сути, делинквентное поведение представляет собой аномальный механизм социальной адаптации;

3) в основе формирования делинквентного поведения лежат механизмы депривации, конфликтно-стрессового вытеснения (отторжение от школы, социализированных сверстников) и идентификации с подражанием и фиксацией стереотипов асоциального поведения. Эти механизмы особенно актуальны для подростков с умственной отсталостью в связи с когнитивной недостаточностью, несформированностью личностных защитных механизмов, отсутствием индивидуальных моделей поведения;

4) для комплексной оценки делинквентного поведения необходимо учитывать: социальную ситуацию и десоциализирующие факторы, механизм формирования делинквентного поведения, клинические факторы, клинко-психопатологические факторы, включая возрастной и динамический аспекты, социальный прогноз. С учетом комплекса выявленных факторов необходимо проводить реабилитационные мероприятия. Реабилитационные мероприятия должны проводиться в рамках учреждений не медицинского профиля, а социального при участии врачей-психиатров в качестве консультантов.

Список литературы

1. Вострокнутов Н.В., Пережогин Л.О. Диссоциальное расстройство личности несовершеннолетних: диагностика, коррекция, профилактика, принципы правовой поддержки: Аналитический обзор. — М.: РИО ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 2003. — 40 с.
2. Вострокнутов Н.В., Пережогин Л.О. Основы психотерапевтической и психокоррекционной помощи детям и подросткам:

Аналитический обзор. — М.: РИО ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 2006. — 110 с.

3. Вострокнутов Н.В., Харитонов Н.К., Пережогин Л.О., Морозова Н.Б. Профилактика и реабилитация несовершеннолетних с психическими расстройствами и криминальной активностью: Пособие для врачей. — М.: РИО ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 2004. — 84 с.

4. Гурьева В.А., Дмитриева Т.Б., Макушкин Е.В. и др. Клиническая и судебная подростковая психиатрия / Под ред. В.А. Гурьевой. — М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2007.

5. Пережогин Л.О. Специфические расстройства речи и школьных навыков: диагностика и коррекция. — М.: ТЦ Сфера, 2005. — 112 с.

6. Шалимов В.Ф. Медико-социальная помощь детям младшего школьного возраста с пограничными психическими расстройствами: Дисс. на соискание ученой степени д.м.н. — М., 2007.

7. WHO. Multiaxial classification of child and adolescent psychiatric disorders. — Cambridge university press, 1996.

8. Van Goor-Limbo G., Orie J. et al. Classification of abnormal psychosocial situations and psychosocial functioning in child. WHO monograph. — Geneva, 1990.

Criminal behavior of adolescent pupils of social orphanages with cognitive disorders

PEREZHOGIN L.O. Serbsky Research Center for Social and Forensic Psychiatry

In the paper described a pathogenesis of criminal behavior in adolescents with cognitive disorders. Make description of psychopathological and pathopsychological peculiarities of two groups of children with cognitive deficit: young criminals vs. non-criminal waifs.

Key words: children, adolescents, criminal behavior, cognitive disorders, social adaptation, abnormal behavior