

# Клинико-социальные характеристики подростков-правонарушителей с расстройствами шизофренического спектра

Шадуро Ю.В.

Московская психиатрическая больница № 5 (Москва)

Прогноз опасности лиц с психическими расстройствами, главным образом, риска совершения ими в будущем агрессивных, насильственных действий является предметом большого числа зарубежных и отечественных исследований (Мальцева, Котов, 1987-1995, Hall, 1987; Hodgins, 1992; Megargee, 1976; Monahan, 1981; Monahan, Steadman, 1994; Mulvey, Lidz, 1984, 1995). В таких исследованиях выделяется целый ряд факторов, которые могут быть использованы в качестве маркеров, «предсказателей» будущей опасности (Полубинская С.В.). К таким факторам относятся клинические (диагноз психического расстройства, его тяжесть, динамика, синдромальное описание психического состояния больного и т.п.), социально-демографические (пол, возраст, расовая или этническая принадлежность, принадлежность к определенной социальной группе и др.), употребление алкоголя или наркотических средств, факты применения насилия в прошлом и т.п.

Выявление различий клинико-социальных комплексов криминального поведения подростков, могут послужить для прогнозирования и предупреждения ООД, а также помогут дифференцировать методы профилактики и повысить эффективность этих мер.

С целью выполнения поставленной задачи были обследованы 61 пациент, находившиеся на стационарном принудительном лечении (общий и специализированный тип) в МПБ №5, совершившие в подростковом возрасте разные по степени тяжести правонарушения, которым были установлены диагнозы шизофренического спектра. Информация была собрана с помощью специально разработанной «Индивидуальной карты обследования подростка».

В 83% (51) случаев был установлен диагноз F 20.XX, в том числе недифференцированная шизофрения, шизофрения параноидная, гебефреническая шизофрения. В остальных случаях 17% (10) диагноз F 21.XX псевдопсихопатоподобная шизофрения, шизотипическое расстройство, шизотипическое расстройство на органически неполноценной почве.

В результате проведенного исследования были выявлены следующие клинические, социальные, возрастные и личностные факторы, способствующие общественно опасному поведению подростков-правонарушителей.

1. Наследственная отягощенность отмечена в 70,5% наблюдений.

2. Патология беременности отмечена при анализе анамнестических данных в 34,3% случаев, патология родов в 40% наблюдений.

3. В дошкольном возрасте выявлены экзогенно-органические факторы в 44% случаев, инфекционные заболевания с осложнениями выявлены в 31% случаев.

4. В препубертатном периоде отмечены ведущие синдромы: с преобладанием эмоционально-волевых расстройств – 30% наблюдений, криминализацией поведения – 21%, почти в половине случаев выражено аффективное поведение, особенно эмоциональная неустойчивость – 23% случаев.

5. Пубертатный период:

5.1. Течение пубертатного криза наблюдалось как дисгармоническое в 50% случаев, с явными признаками патологии развития 10% случаев.

5.2. Гебоидный синдром встречался в 29% случаев.

5.3. Наблюдение специалистами: наибольшее количество несовершеннолетних – 40% систематически наблюдались у специалистов (невролог, психиатр, нарколог).

5.4. Употребление алкоголя в повседневной жизни отмечено у 57% подростков, из них 21,1% употребляло алкоголь систематически, а 5% злоупотребляло.

5.3. Употребление наркотических веществ отмечено у 13% подростков.

5.4. Употребление токсических веществ выявлено у 8% обследуемых.

5.5. Госпитализации в психиатрические учреждения проводились в 54% из них 39% госпитализировались повторно и более раз.

5.6. Школьное обучение: в общеобразовательной школе обучались 60% несовершеннолетних, во вспомогательной (для детей с девиантным поведением) – 20% , в коррекционной – 11,4%, дублировали классы – 31,5%.

5.7. Проявление социальной дезадаптации: 92,8% обследуемых в той или иной форме проявляли дезадаптации. В подавляющем большинстве случаев это было асоциальное поведение – 46% обследуемых, также присутствовала агрессивность, конфликтность – 32% подростков, уход в мир мистических представлений – 16%, утрата прежних интересов, безучастность – 11,4%, иные формы дезадаптации присутствовали в 8% (угрозы родителям, отсутствие мотивации самостоятельной жизни). В 23% случаев одновременно наблюдались 2 и более проявлений дезадаптации.

5.8. По данным психологических исследований: повышенная утомляемость встречалась в 78,5% наблюдений, эмоциональная обедненность, отсутствие включенности встречалось в 85,3% случаев. Ярко выраженная конкретность мышления в 16,4% случаев, инертность мышления наблюдалась у 14,7% подростков, затрудненная переключаемость – 10% , ослабление механической памяти в 6,5% случаев.

Таким образом, можно отметить, что в генезе ООД наряду с клиническими проявлениями в рамках различных нозологических форм существенную роль играют возрастно-половые особенности больных, уровень их образования, специфика трудовой деятельности, семейно-бытовые условия, алкоголизация и другие экзогенно-органические влияния, наконец, реально-бытовая ситуация, в которой оказался пациент.