И. А. Горьковая

ПСИХИЧЕСКИЕ АНОМАЛИИ И ПРОТИВОПРАВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

В статье представлены собственные многолетние исследования подростков с противоправным поведением в виде срезов 1989, 1994, 1996, 2004 и 2008 годов. В итоге выявились подростки с интеллектуальной недостаточностью — 38%, 35%, 44%, 38%, 42% соответственно 1, 2, 3, 4 и 5-му обследованиям. При углубленном обследовании (3-й срез) у 27% воспитанников специального ТУ с большей долей вероятности можно диагностировать снижение интеллекта до степени легкой дебильности. Обнаруженное качественное снижение интеллекта носит актуальный характер на момент обследования, так как акцент был сделан на феноменологии дефекта, а не на его этиологии. Еще у 14% обследованных подростков наблюдается также инфериорный интеллект на уровне пограничной умственной отсталости, что является вариантом нормы.

Ключевые слова: подростки, противоправное поведение, психическая норма и патология, расстройства поведения у подростков, психические аномалии, психоактивные вещества, инфериорный интеллект.

I. Gorkovaya

MENTAL ABNORMALITIES AND DELINQUENT BEHAVIOUR IN ADOLESCENTS

In the article the results of the author's longitudinal researches in adolescents with delinquent behavior are represented in the form of sections in 1989, 1994, 1996, 2004, and 2008. Eventually adolescents with intellectual deficiency were revealed — 38%, 35%, 44%, 38%, and 42% accordingly. The profound checkup (section № 3) indicates that intellectual deficiency to a degree of moronity can be diagnosed, with great probability, in 27% of inmates of the trade school for delinquent adolescents. The qualitative intellectual deficiency revealed is relevant for the time of the checkup since the emphasis was made on phenomenology of defect but not on its etiology. In another 14% of examined adolescents inferior intellect is observed at the level of borderline intellectual deficiency which is the variant of norm.

Keywords: adolescents, delinquent behaviour, mental norm and pathology, behaviour disorders in adolescents, mental abnormalities, psychoactive substances, inferior intellect.

Известно, что подростковый возрастной криз сопровождается значительными, и в первую очередь психологическими, сдвигами, вследствие чего актуален вопрос отличия нормальных форм поведения от патологических. Прежде всего следует определить, что такое психическая норма и болезнь.

Судя по научным публикациям, не существует ни одного общепринятого и универсального определения психической нормы, хотя выявляется ряд направлений. Одни авторы рассматривают психическую норму с антинозологических позиций, где какая-либо личностно-психологическая черта, психическое состояние или форма поведения выступают в качестве практически единственного критерия, отграничивающего норму от патологии. Здоровый человек, по мнению Э. Фромма (1992), обладает волей, способностью и свободой преобразовывать и изменять мир в определенных границах и не выносит абсолютной пассивности. Психическая норма может быть представлена в виде процесса созревания личности в соответствии с определенными возрастными периодами, тогда как любые психические нарушения объясняются регрессом на ранней стадии развития или задержкой развития [33].

Некоторые авторы при определении психической нормы исходят из уровня адаптации, где степень дезадаптации коррелирует с вероятностью возникновения психических нарушений [9]. Например, Л. И. Вассерман, М. А. Беребин, Н. И. Косенков [5] предлагают систематику уровней здоровья, опираясь на степень сохранности адаптационных механизмов в приоритетных (субъективных) или альтернативных сферах.

В отечественной психиатрии доминирует нозологически ориентированное понимание нормы, заключающееся в переносе принципов клинического мышления на область здоровья, в результате чего норма (здоровье) рассматривается как сборная группа неоднородных состояний, отличающихся друг от друга по предрасположенности к разным заболеваниям [24]. Иначе говоря, понятие нормы в психиатрии рассматривается с позиций отдельных нозологических форм, так как болезни вообще не существует [25; 8].

С. Б. Семичов [23] предлагает концепцию вероятностного понимания здоровья, в которой отражена мера вероятности сохранения здоровья. Он располагает различные варианты нормы в линейный ряд по степени нарастающей вероятности возникновения болезни. Исследователь предлагает следующую схему степени здоровья: 1) идеальная норма; 2) среднестатистическая норма; 3) конституциональная норма; 4) акцентуации; 5) функциональная норма: а) ситуации повышенного риска, б) период повышенного риска, в) состояние повышенного риска) и 6) уровень предболезни. С. Б. Семичов особо акцентирует внимание на том, что «между нормой, понимаемой как идеальное состояние оптимального функционирования, и болезнью существуют промежуточные состояния, могущие включать в себя те или иные патологические изменения. Предболезненные состояния, следовательно, правильнее квалифицировать… как переходные от нормы (идеальной) к болезни. Тем самым они сохраняют статус здоровья несмотря на то, что отягощены патосом» [23, с. 200]. При этом предболезнь характеризуется степенью и формой проявления дезадаптации, регистром и спектром, соответствующим классам основных нозологических форм.

Всемирная организация здравоохранения предлагает следующие критерии психического здоровья:

• осознание и чувство непрерывности, постоянства и идентичности своего физического и психического «Я»;

• чувство постоянства и идентичности переживаний в однотипных ситуациях;

• критичность к себе и к своей собственной психической продукции (деятельности) и к ее результатам;

• соответствие психических реакций (адекватность) силе и частоте средовых воздействий, социальным обстоятельствам и ситуациям;

• способность самоуправления поведением в соответствии с социальными нормами, правилами, законами;

• способность планировать собственную жизнедеятельность и реализовывать это;

• способность изменять способ поведения в зависимости от смены жизненных ситуаций и обстоятельств.

В МКБ-10 вместо понятия «психическая болезнь» употребляется понятие «психическое расстройство», под которым понимается «болезненное состояние с психопатологическими или поведенческими проявлениями, связанное с нарушением функционирования организма в результате воздействия биологических, социальных, психологических, генетических или химических факторов. Оно определяется степенью отклонения от взятого за основу понятий психического здоровья». Некоторые известные психиатры считают, что «психическую болезнь, расстройство или аномалию следует рассматривать как сужение, исчезновение или извращение критериев психического здоровья» [4, с. 18].

В МКБ-10, в пятом разделе, дана характеристика трех основных видов расстройств поведения у подростков:

F91.0 — расстройство поведения, ограничивающееся семейным окружением — расстройство поведения, характеризующееся диссоциальным (приводящим к грубому попранию социальных норм) или агрессивным (но не просто упрямым, — вызывающим, разрушительным) поведением, которое проявляется исключительно или почти исключительно дома и во взаимодействиях с членами семьи или с ближайшими домочадцами;

F91.1 — несоциализированное расстройство поведения — сочетание стойкого диссоциального или агрессивного поведения с выраженными общими нарушениями во взаимоотношениях подростка с другими детьми/подростками;

F91.2 — социализированное расстройство поведения (синоним: групповая делинквентность) — стойкое диссоциальное или агрессивное поведение, которое наблюдается у лиц, в целом достаточно интегрированных в группы сверстников).

Описывая преступное поведение, практически все авторы используют термин «психические аномалии», под которыми обычно понимаются «все расстройства психической деятельности, не достигшие психотического уровня и не исключающие вменяемости, но влекущие личностные изменения, которые могут привести к отклоняющемуся поведению..., затрудняют социальную адаптацию и снижают его (преступника) способность отдавать себе отчет в своих действиях и руководить ими» [2, с. 9].

Для отечественных работ 1920–1930-х годов было характерным рассматривать преступника с позиций психиатрии, то есть основным фактором, обусловившим противоправное поведение явились психические отклонения [17]. Особое внимание в этиологии нарушения общепринятых форм поведения уделялось наследственности и «органической подкладке» психической конституции преступников [20]. Необходимо отметить, что за рубежом и в настоящее время весьма актуальным остается подобный, как считается, биологизаторский, подход и предлагаются психиатрические классификации преступников на основе различных расстройств личности, иными словами, доминируют криминолого-психиатрические концепции преступного поведения. При этом зарубежные исследователи исходят из следующего постулата: проявлениями душевного заболевания той или иной степени выраженности, психической неполноценности являются разнообразные нарушения допустимых пределов в поведении человека, в том числе выразившиеся в совершении преступления [30; 32]. Особо выделяется

эмпирическая классификация этапов поведенческих расстройств у малолетних преступников, предложенная H. C. Quay [31]: а) неосознанная агрессивность, б) тревожно-подавленная дисфория, в) дефицит внимания, г) осознанная агрессивность. В применении ко взрослым преступникам выделяется пять групп: агрессивно-психопатический, манипуляционный, ситуативный, неадекватно-зависимый и невротически-тревожный. При этом указанная классификация вплоть до настоящего времени используется в некоторых американских тюрьмах для облегчения и оптимизации «внутреннего управления».

Для большинства отечественных работ 1950–1960-х годов характерна другая крайность, то есть во главу угла ставились социальные факторы, и роль биологических факторов сводилась к решению вопросов о вменяемости или невменяемости, о наличии или отсутствии психической болезни [22; 7 и др.].

В настоящее время данные исследователей, занимающихся проблемой распространенности психических аномалий у правонарушителей, свидетельствуют об их наличии более чем в половине случаев. Так, Ю. М. Антонян, М. В. Виноградов, Ц. А. Голумб [1] утверждают, что среди совершивших убийства, хулиганство, изнасилования, кражи, грабежи и разбои с нанесением тяжких телесных повреждений более половины имеют расстройства психики, не лишающие их вменяемости. Другие авторы считают, что среди лиц, отличающихся противоправным поведением, 68,8% — это лица с психическими аномалиями [13], среди рецидивистов их число достигает 90%. Психические аномалии ранжируются следующим образом: алкоголизм, психопатия, остаточные явления черепно-мозговых травм, органические заболевания центральной нервной системы, олигофрения в степени легкой дебильности, наркомания, сосудистые заболевания с психическими изменениями, реактивные состояния, шизофрения в стадии стойкой ремиссии и эпилепсия.

При анализе корреляций между психическими аномалиями и делинквентным поведением у несовершеннолетних В. А. Гурьева и В. Я. Гиндикин [10] пришли к выводу о том, что у 51,3% подростков-правонарушителей обнаруживаются психические аномалии. В их числе ведущее место занимали пограничные состояния (неврозы и психогенные депрессии невротического уровня — 11% от числа обследованных с психическими аномалиями, патохарактерологические развития и психопатии — 30,5%); на втором месте — остаточные явления ранних органических поражений головного мозга — 18,2%, а также коррелирующие с ними задержки психического развития и олигофрения — 9,0%; на третьем месте — хронический алкоголизм — 13,0% и он же, но осложненный наркоманией, — 2,5%; далее следуют патологические пубертатный криз — 2,5% и эндогенные психозы — 2,0% наблюдений. Причем, «аномальные характеристики свойственны личностям не только с явной патологией психики, но и невротичным, психопатизированным» [3, с. 158].

В. П. Емельянов [12] еще в большей степени связывал преступность несовершеннолетних с психическими аномалиями, наряду с этим признавая роль социальных факторов. И. А. Кудрявцев и О. Ф. Семенова [18] пишут о том, что биологический фон подростковой делинквентности — это высокая частота различных психических аномалий, достигающая 40–60%, осложненные роды и органическая патология. Та же картина наблюдается при зарубежных исследованиях 200 несовершеннолетних правонарушителей мужского пола в возрасте от 12 до 19 лет, где у одной трети из них

были обнаружены личностные расстройства (шизотипическое, параноидное или пограничное), почти у 20% выявлялись какие-либо специфические нарушения развития и/или дефицит внимания, почти у 50% правонарушителей показатели уровня интеллекта (IQ) не превышали 85 [26].

По данным Б. А. Холыста [28], среди несовершеннолетних правонарушителей мужского пола доля умственно отсталых составляет 46%. В последнее время все больше превалирует точка зрения, что современное состояние общества обусловливает рост противоправных деяний среди подростков с легкой степенью выраженности умственной отсталости. При этом достоверно чаще встречается сочетание умственной отсталости с нарушениями поведения у детей — социальных сирот вследствие психической патологии матерей, шизофрении, умственной отсталости, алкоголизма и наркоманий. Л. М. Шипицына [29] пишет о том, что для воспитанников детского дома старшего школьного возраста с умственной отсталостью характерны повышенная внушаемость и готовность принимать асоциальные формы поведения, недоразвитие сложных эмоциональных проявлений, агрессивность поведения, иждивенчество, отсутствие стремления к ответственности за свои поступки и т. д.

Как видно из обзора отечественной и зарубежной литературы, у правонарушителей на первый план выступают расстройства личности, куда входят психопатии, психопатоподобные нарушения, патологические развития личности. В России обычно употребляется термин психопатия, который характеризуется тремя основными признаками: тотальностью изменений характера, относительной их стабильностью и отсутствием критики, ведущей к социальной дезадаптации [6].

В начале нашего века в рамках конституционально-биологической концепции психопатии понимались как стойкие, не поддающиеся динамике врожденные искажения характера, проявляющиеся с раннего возраста и не зависящие от социально-средовых условий. П. Б. Ганнушкин [6] впервые стал описывать динамику психопатий: конституциональные и ситуационные развития, идиопатические приступы или фазы, равно как психогенные и соматогенные реакции, возрастные кризисы (пубертатный и климактерический) в клинике психопатий.

Затем обратили внимание на существование психопатических (патохарактерологических) развитий («приобретенных психопатий», «патохарактерологических образований») [15], где во главу угла ставятся негативные влияния окружающей среды в период становления характера. При этом обращается внимание на то, что конкретные психогенные факторы должны накладываться на подходящую для них эндогенно подготовленную почву, что отражено в концепции акцентуаций характера А. Е. Личко [19].

Предлагается целый ряд классификаций психопатий на основе разных критериев. Но еще О. В. Кербиков отмечал «...нечеткость границ между отдельными формами — не ошибка..., а одна из особенностей малой психиатрии, не позволяющая без насилия над клиническими фактами проводить здесь “границы и разрывы”...» [14, с. 176].

В Международной классификации болезней предлагается шесть основных диагностических критериев для всех типов расстройств и изменений личности: явно дисгармоничное поведение и отношение к другим, совершенно не соответствующее принятому в данной субкультуре; оно не ограничено эпизодами или отдельными ситуациями; оно не соответствует реальной обстановке; его признаки проявляются длительно, начиная с детства или подросткового возраста; это поведение приводит к личному дистрес-

су или вызывает неприязнь у окружающих; оно же обычно (но не обязательно) наносит ущерб социальному и профессиональному функционированию. При этом расстройство личности диагностируется при наличии не менее трех из шести перечисленных признаков.

О. В. Кербиков, предлагая динамическую концепцию психопатий, ввел понятия «гармонизация» и «депсихопатизация», исходя из положения, что с возрастом большинство психопатических проявлений сглаживаются. Ю. В. Поповым [21] предлагаются этапы депсихопатизации расстройств личности у подростков: 1) адаптивная трансформация клинической картины (уменьшение склонности к генерализации и стереотипности нарушений, использование особенностей «своего типа» для адаптации); 2) сглаживание (ослабление или урежение) патологических проявлений; 3) стабилизация новых адаптивных форм реагирования и поведения. В итоге устойчивого уровня адаптации могут достигать 81% подростков с острыми аффективными реакциями, 68% — с патохарактерологическими реакциями, 14% — с психогенными патологическими формированиями личности, 13% — с конституциональными и органическими психопатиями. При психопатоподобных расстройствах экзогенно-органического генеза, развивающихся после 2–3-летнего периода их лечения, устойчивая социальная адаптация при повзрослении отмечается в 41%.

Необходимо отметить, что клиника психопатий подросткового возраста имеет свои отличия, так как психогенные факторы действуют на еще не сформированную личность, когда «связи между отдельными компонентами личности еще очень рыхлы» [6, с. 14]. В отечественной литературе отмечены такие особенности психопатических проявлений в подростковом возрасте, как: их парциальный характер, неустойчивость и изменчивость; сложность, полиморфность, гетерономность психопатий и неоднозначность их динамики; легкость перехода от компенсации к декомпенсации и наоборот; неоднородность клинических проявлений, относительность критерия социальной дезадаптации и отсутствие прямой зависимости от глубины дисгармонии.

Для подростков характерны следующие ситуационно-личностные реакции: реакции отказа; оппозиции; имитации; компенсации; гиперкомпенсации; эмансипации; группирования со сверстниками; увлечения (хобби-реакции); реакции, обусловленные сексуальным влечением; детские поведенческие реакции в подростковом возрасте; реакции, связанные с повышенным вниманием к своей внешности, к своему физическому «Я»; реакции, связанные с усиленным вниманием к своему внутреннему миру. Все эти же реакции могут из нормальных перейти в разряд патологических. По мнению А. Е. Личко [19], патологическая реакция отличается от нормального поведения следующими признаками: 1) склонностью к генерализации, то есть к способности возникать в самых разных ситуациях, вызванных самыми различными, в том числе неадекватными, поводами; 2) склонностью приобретать свойство патологического стереотипа, повторяя как клише по разным поводам один и тот же поступок; 3) склонностью превышать «потолок» нарушения поведения, никогда не преступаемый той когортой сверстников, с которой растет подросток, и той группой, к которой он принадлежит; 4) склонностью приводить к социальной дезадаптации. Переход между нормальными и патологическими реакциями рассматривается по таким параметрам, как: 1) распространение реакции за пределы той ситуации и микросреды, где они возникли; 2) утрата психологической понятости поведения; 3) присоединение невротических расстройств (колебания на-

строения, раздражительность, истощаемость, нарушения сна, соматовегетативные расстройства) [15]. К этим же критериям [16; 11] считается целесообразным добавить снижение критического отношения к своему поведению и свойство патологических реакций приводить личность к социальной дезадаптации. Наряду с этим острые аффективные и патохарактерологические реакции у подростков, которые проявляются в виде реакций эмансипации, группирования со сверстниками, отказа, оппозиции, гиперкомпенсации и т. д., расцениваются как предболез-ненные, то есть отличающиеся от болезни клинической неочерченностью расстройств, большей их обратимостью, эпизодичностью, парциальностью.

Целью представленного исследования явилось изучение распространенности и распределения психических аномалий у подростков с противоправным поведением. Объектом исследования стали подростки мужского пола в возрасте от 12 до 17 лет — 373 воспитанника специального ТУ. У каждого зарегистрирована целая серия краж, грабежей и/или иных криминальных эпизодов. Таким образом, все обследованные воспитанники специального ТУ характеризуются устойчивым противоправным поведением. По отношению к ним и их родителям неоднократно применялись меры дисциплинарного характера, они обсуждались на заседаниях комиссий по делам несовершеннолетних. В итоге принималось вполне закономерное решение о направлении этих подростков в специальные пенитенциарные государственные учреждения. Комплексное обследование несовершеннолетних проходило в виде пяти поперечных срезов за последние два десятилетия. В представленной статье продемонстрированы результаты пяти срезов за 1989, 1994, 1996, 2004, 2008 годы (выборку последнего среза составили несовершеннолетние, состоящие на учете в инспекциях по делам несовершеннолетних Санкт-Петербурга).

Практически все обследованные подростки с противоправным поведением неоднократно посещали врачей-психиатров. Более того, находясь в рамках специального ТУ, они постоянно наблюдаются у психиатра, имеющего возможность курировать всех воспитанников специального ТУ. Тем не менее, освидетельствование у врача-психиатра проходили все подростки с устойчивым противоправным поведением. В итоге изучения всех амбулаторных медицинских карт данного контингента несовершеннолетних обнаружилось, что 62%, 61% , 64%, 68% (данные по четырем срезам, 1989, 1994, 1996, 2008 годы) из них состояли на учете в психоневрологических диспансерах по месту жительства и 46%, 40%, 42%, 52% прошли курс лечения в психиатрических больницах. Более того, обнаружились несовершеннолетние, которые неоднократно лечились в стационаре.

Все данные о психиатрических диагнозах сведены в таблицу, в которой наглядно продемонстрирована типология нервно-психических нарушений у несовершеннолетних с устойчивым противоправным поведением, которые находятся в специальном учреждении.

Общим на всем протяжении обследования воспитанников специального ТУ является тот факт, что курсы лечения в стационаре проходили все несовершеннолетние с индивидуальной психической зависимостью от любых психоактивных веществ, что составило 12%, 25%, 23%, 26% соответственно срезам. Также прошли стационарное освидетельствование все подростки с выраженными сексуальными девиациями (11%, 9%, 5%, 7%). Затем, если при обследовании 1989 года госпитализировались все подростки, злоупотребляющие спиртными напитками, то в последующие обследования акцент

Распределение психиатрических диагнозов у воспитанников специального ТУ (%)

Диагноз	1-й срез	2-й срез	3-й срез	4-й срез
	Годы			
	1989	1994	1996	2008
1. Психопатия	26	19	24	28
2. Непсихотические психопатоподобные нарушения поведения	31	42	40	33
3. Токсикомания (всего)	24	21	3	2
— индивидуальная психическая зависимость;	8	6	3	2
— групповая психическая зависимость	16	15	—	—
4. Алкоголизм (всего):	18	32	32	34
— индивидуальная психическая зависимость;	4	17	15	17
— групповая психическая зависимость	14	15	17	17
5. Наркомания	—	2	5	7
6. Сочетание употребления алкоголя, наркотиков и/или токсикомании	2	21	37	44

был сделан на поведенческих аспектах: стационарно наблюдались несовершеннолетние не только с сексуальными девиациями, а все с выраженным агрессивным поведением.

Обнаруживаются еще некоторые отличия в постановке диагнозов врачами-психиатрами за период проведения обследования. Так, если при обследовании 1989 года в 41% случаев отмечается сочетание двух диагнозов (например, алкоголизм с психопатией, токсикоманическое поведение с непсихотическими психопатоподобными нарушениями поведения и т. д.) и в 21% случаев (подавляющее большинство с диагнозом «психопатия», кроме трех случаев) подросткам поставлен только один психиатрический диагноз, то в последующих обследованиях одиночных диагнозов практически не наблюдается. Видимо, это объясняется резким увеличением потребления психоактивных веществ данным контингентом подростков. Фактически при обследованиях 1994 и 1996 годов диагноз «психопатия» и «хронический алкоголизм» или «токсикоманическое поведение» при индивидуальной зависимости совпали, кроме двух случаев при втором срезе. То же самое можно отметить и при обследовании 2008 года. Диагнозы «непсихотические психопатоподобные нарушения поведения» и «злоупотребление психоактивными веществами» также выставлялись одновременно с прохождением соответствующего курса лечения у нарколога (будь-то стационарное или амбулаторное). Следует отметить, что 13% воспитанников специального ТУ при обследовании 1994 года, 7% — при обследовании 1996 года, 12% — при обследовании 2008 года, которые употребляли любые вещества с целью опьянения, не были выставлены никакие диагнозы, так как они не состояли на учете у нарколога. Тем не менее, со слов самих подростков и рапортов сотрудников правоохранительной системы, они систематически до нескольких раз в неделю в течение от одного месяца до одного-полутора лет употребляли психоактивные вещества. Как выяснилось из бесед с персоналом училища, период адаптации к учреждению у них проходил тяжело, с выраженными колебаниями настроения и аффективными вспышками, в связи с чем в ряде случаев им оказывалась медицинская поддержка со стороны врача-психиатра. Они также были отнесены к разряду злоупотребляющих психоактивными веще-

ствами, несмотря на то, что до поступления в специальное ТУ не проходили курс лечения у нарколога.

Во всех срезах на основании экспертных оценок педагогов и мастеров производственного обучения, изучения журналов успеваемости, а также исходя из умения пользоваться активной речью при индивидуальных беседах с ребятами и при заполнении опросников выявлялись подростки с интеллектуальной недостаточностью — 38%, 35%, 44%, 38%, 42% соответственно первому, второму, третьему, четвертому и пятому обследованиям. И если в первых двух срезах и в последних двух данный показатель констатировался как факт, то в третьем обследовании была предпринята попытка определить степень выраженности наблюдающегося интеллектуального снижения.

Необходимо отметить, что основы диагностики интеллекта были заложены десятки лет назад в детской психиатрии, педологии и дефектологии. Применялся разнообразный материал, включающий как вербальные задания в современной терминологии (в терминах того времени — словесно-логическое мышление), так и невербальное методы (наглядно-действенные, или наглядно-образные). Поскольку в данном исследовании измерялся уровень интеллектуального развития подростков, а невербальные задания относятся преимущественно к детской практике, применялись задания на вербальное мышление.

Когнитивные процессы исследовались при помощи сравнения пар понятий, «исключения четвертого» и интерпретации пословиц.

При сравнении пар понятий данный контингент подростков обращал внимание на перцептивные признаки, то есть обобщение происходило на основании случайных, внешних признаков понятий даже при сравнении бытовых, хорошо известных детям понятий. Так, общее между собакой и львом видят в наличии у обоих четырех ног и в том, что они могут сильно покусать, особенно если собака боевой породы. Также при сравнении провокационных проб, предложенных Поляковым, актуализируются слабые внешние признаки. Например, «девочка и кукла похожи тем, что обе с косичками, маленькие и одеваются в платьица». Интересно, что испытуемые зачастую отмечают различия вместо общего. Сравнивая понятия «топор — пила», они говорят о том, что «пила более вытянута и с зазубренными кончиками, а топор — с гладким концом и гораздо более короткий» и т. п. При выполнении задания практически не выявляют родовые понятия, но при указании на них экспериментатором соглашаются с правильностью такого ответа. Тем не менее, сами испытуемые очевидные существенные признаки не называют.

Наиболее точно диагностирует наличие категориального уровня мышления широко известная проба «исключение четвертого». При предъявлении карточек воспитанники специального ТУ обычно делали обобщение по двум или трем признакам с преимущественным увязыванием понятий по конкретно-ситуационным блокам. Часто обобщение происходило на тех же основаниях, что и при выполнении задания на сравнение пар понятий, то есть слабые, внешние, несущественные признаки ставились по главу угла. Иногда объединялись все четыре предмета («все светят»; «всеми можно писать»), причем испытуемые не могли выделить на основании существенного признака один из них. При предложении более внимательно отнестись к выполнению задания и при неоднократном повторении инструкции предлагались решения по признаку исключенного. Эпизодически давались даже правильные объединения и исключения, но дать по-

яснения подобного решения задания подростки не могли.

При предъявлении идиом исходным являлось положение о том, что использование метафор не имеет смысла, поскольку понятийное мышление даже при умеренно выраженной дебильности позволяет достаточно легко справляться с десятью-пятнадцатью широко известными метафорами. В связи с этим применялись пословицы разной степени сложности: широко известные, которые изучают даже в детском саду; средние по сложности; известные, но не предъявлявшиеся детям в саду или в начальной школе; сложные, менее известные в широких кругах населения. Можно констатировать, что интерпретация преимущественно носила либо буквальный характер, когда испытуемые правильно, но в буквальном смысле трактовали пословицу, применяя другие слова (объясняя пословицу «Куй железо пока горячо», подросток говорит: «Если железо остынет, то из него уже ничего не сделаешь, опять надо будет его хорошенько разогревать»), либо конкретно-ситуационный характер, то есть наблюдалось интуитивное понимание переносного смысла с неспособностью к его вербализации.

Была сделана попытка проведения методики «Пиктограммы». В настоящее время уже ясно, что изначальное предложение А. Р. Лурия для исследования опосредованного запоминания трансформировалось в сложный многоуровневый анализ не столько особенностей памяти, сколько особенностей мышления, интеллектуальных параметров и личностных особенностей индивида, а также эмоционального состояния на данный момент и способности к самостоятельной организованной деятельности. Необходимо отметить, что проведение методики «Пиктограммы» вызвало наибольшие трудности с отобранными воспитанниками специального ТУ. Они долго думали над каждым понятием, поэтому приходилось их стимулировать и помогать вербализовать то, что они хотели бы изобразить, далее испытуемые переживали выраженные затруднения при попытке графического изображения. В итоге с большей или меньшей степенью успешности справились с выполнением указанной методики только 14 подростков (54% от прошедших патопсихологическое обследование). Ассоциации анализировались по степени их стандартности, примитивности или сложности и наличия символизма (адекватного и неадекватного). Обращает на себя внимание примитивность ассоциаций, практически на сколько-нибудь отвлеченные понятия тут же давались символические изображения, что вылилось в стереотипное выполнение задания. Тем не менее, 10 подростков достаточно удовлетворительно воспроизвели предъявляемые понятия, что указывает на сохранность ассоциативной памяти.

Таким образом, при третьем срезовом обследовании из 59 воспитанников специального ТУ 26 подростков (41%) дополнительно прошли патопсихологическое обследование. На основании полученных результатов в 27% случаев (16 чел.) можно диагностировать с большой долей вероятности снижение интеллекта до степени легкой дебильности. Дифференцированность понятий описывалась ими преимущественно на перцептивном уровне и иногда — по частным признакам, которые не всегда играли существенную роль, причем обобщения носили буквальный и/или конкретно-ситуационный характер. Все это подкреплялось экспертной оценкой персонала (учителей и мастеров производственного обучения, ведущих теоретический курс по различным специальностям). В 14% случаев (10 чел.) состояние интеллекта у диагностируемых можно определить как пограничная умственная отсталость, не дости-

гающая степени дебильности. Эти подростки хотя бы эпизодически достигали обобщения понятий по существенным, родовым признакам или различий по функциям. Эпизодически интерпретация пословиц осуществлялась на широком круге конкретных ситуаций, когда таких ситуаций приводилось две–три. Все они справились с выполнением методики «Пиктограммы» и достаточно успешно воспроизвели предъявляемые понятия. Вполне вероятно, что их пограничная умственная отсталость подкрепляется негативным отношением к знаниям вообще.

Следует заметить, что обнаруженный инфериорный интеллект у воспитанников специального ТУ носил актуальный характер (то есть на момент обследования). При этом акцент был сделан на феноменологии интеллектуального развития данного контингента несовершеннолетних, а не на его этиологии.

Итак, на основании исследования познавательной сферы подростков с противоправным поведением и экспертных оценок преподавателей и мастеров производственного обучения, ведущих теоретические курсы специальностей, выявлялись подростки с интеллектуальной недостаточностью — 38%, 35%, 44%, 38%, 42% соответственно первому, второму, третьему, четвертому и пятому обследованиям. При углубленном обследовании (третий срез) у 27% воспитанников специального ТУ с большей долей вероятности можно диагностировать снижение интеллекта до степени легкой дебильности. Еще у 14% обследованных подростков наблюдается также инфериорный интеллект на уровне пограничной умственной отсталости, что является вариантом нормы.

При сравнении результатов изучения амбулаторных медицинских карт 1989 и 2008 годов можно говорить о том, что нет никакой динамики в постановке диагнозов «психопатия» (26% и 28%) и «непсихотические психопатоподобные нарушения поведения» (31% и 33%) у подростков с устойчивым противоправным поведением.

За период обследования отмечается резкое увеличение массивно алкоголизирующихся подростков от 18% до 34%. Но наибольшую тревогу вызывает наблюдающийся интенсивный рост смешанного употребления психоактивных веществ: 2%, 21%, 37%, 44% (соответственно четырем срезам, 1989, 1994, 1996, 2008 годы), причем главной целью становится достичь состояния опьянения любым способом.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Антонян Ю. М., Виноградов М. В., Голумб Ц. А.* Преступность и психические аномалии // Сов. государство и право. 1977. Вып. 7. С. 100.

2. *Антонян Ю. М., Бородин С. В*. Преступность и психические аномалии. М.: Наука, 1987. 208 с.

3. *Алексеева Л. В.* Психология субъекта и субъекта преступления. Тюмень: Изд. Тюменского гос. ун-та, 2004. 520 с.

4. *Бухановский А. О., Кутявин Ю. А., Литвак М. Е*. Общая психопатология: Пособие для врачей / А. О. Бухановский, Ю. А. Кутявин, М. Е. Литвак. Ростов-н/Д: Феникс, 2000. 416 с.

5. *Вассерман Л. И., Беребин М. А., Косенков Н. И.* О системном подходе в оценке психической адаптации // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. 1994. № 3. С. 16–25.

6. *Ганнушкин П. Б.* Клиника психопатий: их статистика, динамика, систематика (1933) // Избранные труды. М., 1964. С. 116–252

7. *Герцензон А. А*. Против биологических теорий причин преступности (очерк второй) // Вопросы борьбы с преступностью. М., 1966. Вып. 5. С. 46.

8. *Горинов В. В.* Понятие психического здоровья и критерии судебно-психиатрических экспертных оценок // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. 1993. № 3. С. 164–170.

9. *Граве П. С.* Об адаптациях в живых системах // Адаптивные системы. Рига, 1972. С. 113–125.

10. *Гурьева В. А., Гиндикин В. Я.* Социальное сиротство — причина и результат психической аномальности, девиаций личности и поведение // Сироты России: проблемы, надежды, будущее. Межрегиональная конференция. М., 1994. С. 53–54.

11. *Егоров А. Ю., Игумнов С. А.* Расстройства поведения у подростков: клинико-психологические аспекты. СПб.: Речь, 2005. 436 с.

12. *Емельянов В. П.* Преступность несовершеннолетних с психическими аномалиями как комплексная проблема // Личность преступника и уголовная ответственность: Правовые и криминологические вопросы. Саратов, 1979. Вып. 1. С. 110–111.

13. *Закалюк А. П., Коротченко А. И., Москалюк Л. Н.* Допреступное поведение и механизмы совершения преступления при нарушениях психики пограничного характера // Проблема изучения личности правонарушителя. М., 1984. С. 145.

14. *Кербиков О. В.* К учению о динамике психопатий // *Кербиков О. В.* Избранные труды. М., 1971. С. 163–187.

15. *Ковалев В. В.* Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. М.: Медицина, 1985. 288 с.

16. *Кондрашенко В. Т.* Девиантное поведение у подростков: Социально-психологические и психиатрические аспекты. Минск: Беларусь, 1988. 207 с.

17. *Краснушкин Е. С.* Кабинет по изучению личности преступника и преступности // Изучение личности преступника в СССР и за границей. М.: Мосздравотдел, 1925. 29 с.

18. *Кудрявцев И. А., Семенова О. Ф.* Смысловая сфера несовершеннолетних с психическими расстройствами, совершивших насильственные правонарушения // Психологический журнал. 2002. № 3. С. 54–62.

19. *Личко А. Е.* Подростковая психиатрия. М.: Медицина, 1985. 416 с.

20. *Позднышев С. В.* Криминальная психология. Преступные типы. Л., 1926.

21. *Попов Ю. В.* Динамика расстройств личности у подростков (диагностика, коррекция, профилактика): Дис. ... д-ра мед. наук. М., 1989. 419 с.

22. *Сахаров А. Б.* О личности преступника и причинах преступности в СССР. М.: Юрид. лит., 1961. 175 с.

23. *Семичов С. Б.* Предболезненные психические расстройства. Л.: Медицина, 1987. 187 с.

24. *Снежневский А. В.* О нозологической специфичности психопатологических синдромов // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 1969. Т. 60. № 1. С. 91–108.

25. *Степанов А. Д.* Норма, болезнь и вопросы здравоохранения. Горький: Волго-Вятское книжное изд-во, 1975. 279 с.

26. *Фернхем А. Хейвен П.* Личность и криминальное поведение. СПб.: Питер, 2001. 368 с.

27. *Фромм Э.* Душа человека. М.: Республика, 1992. 430 с.

28. *Холыст Б.* Криминология. Основные проблемы / Пер. с нем. М.: Юрид. лит., 1980. 129 с.

29. *Шипицына Л. М.* Психология детей-сирот: Учебное пособие. СПб.: Изд-во С.-Петерб. ун-та, 2005. 628 с.

30. *Blackburn R.* The psychology of Criminal Conduct. N.-Y., 1995. 484 p.

31. *Quay H. C.* Patterns of delinquent behavior // Handbook of Juvenil Delinquency. N.-Y., 1987. P. 111–117.

32. *Tuhonen J., Isohanni M., Rasanen P. et all.* Specific Major Mental Disorders and Criminality: A 26-Year Prospective Study of the 1966 Northern Finland Birth Cohort // Amer. J. Psychiatry. 1997. V. 154. № 6. P. 840–845.

33. *Winnicot D. B.* Providing for the child in health and crises in the naturational processes and the facilitating environment (1966, IVP, N.-Y.) // *Homstron R.* The comcept of mental healty in psyhoanalysis. Psychiat. Fenn. 1970. 63 p.

REFERENCES

1. *Antonjan Ju. M., Vinogradov M. V., Golumb C. A.* Prestupnost' i psihicheskie anomalii // Sov. gosudarstvo i pravo. 1977. Vyp. 7. S. 100.

2. *Antonjan Ju. M., Borodin S. V.* Prestupnost' i psihicheskie anomalii. M.: Nauka, 1987. 208 s.

3. *Alekseeva L. V.* Psihologija subjekta i subjekta prestuplenija. Tjumen': Izd. Tjumenskogo gos. un-ta, 2004. 520 s.

4. *Buhanovskij A. O., Kutjavin Ju. A., Litvak M. E.* Obshhaja psihopatologija: posobie dlja vrachej / A. O. Buhanovskij, Ju. A. Kutjavin, M. E. Litvak. Rostov-n/D: Feniks, 2000. 416 s.

5. *Vasserman L. I., Berebin M. A., Kosenkov N. I.* O sistemnom podhode v ocenke psihicheskoj adaptacii // Obozrenie psihiatrii i med. psihologii im. V. M. Behtereva. 1994. № 3. S. 16–25.

6. *Gannushkin P. B.* Klinika psihopatij: ih statistika, dinamika, sistematika (1933) // Izbrannye trudy. M., 1964. S. 116-252.

7. *Gercenzon A. A.* Protiv biologicheskih teorij prichin prestupnosti (ocherk vtoroj) // Voprosy bor'by s prestupnost'ju. M., 1966. Vyp. 5. S. 46.

8. *Gorinov V. V.* Ponjatie psihicheskogo zdorov'ja i kriterii sudebno-psihiatricheskih ekspertnyh ocenok // Obozrenie psihiatrii i med. psihologii im. V. M. Behtereva. 1993. № 3. C. 164–170.

9 *Grave P. S.* Ob adaptacijah v zhivyh sistemah // Adaptivnye sistemy. Riga, 1972. S. 113–125.

10. *Gur'eva V. A., Gindikin V. Ja.* Social'noe sirotstvo—prichina i rezul'tat psihicheskoj anomal'nosti, deviacij lichnosti i povedenie // Siroty Rossii: problemy, nadezhdy, budushhee. Mezhregional'naja konferencija. M., 1994. S. 53–54.

11. *Egorov A. Ju., Igumnov S. A.* Rasstrojstva povedenija u podrostkov: kliniko-psihologicheskie aspekty. SPb.: Rech', 2005. 436 s.

12. *Emel'janov V. P.* Prestupnost' nesovershennoletnih s psihicheskimi anomalijami kak kompleksnaja problema // Lichnost' prestupnika i ugolovnaja otvetstvennost': Pravovye i kriminologicheskie voprosy. Saratov, 1979. Vyp. 1. S. 110–111.

13. *Zakaljuk A. P., Korotchenko A. I., Moskaljuk L. N.* Doprestupnoe povedenie i mehanizmy sovershenija prestuplenija pri narushenijah psihiki pogranichnogo haraktera // Problema izuchenija lichnosti pravonarushitelja. M., 1984. S. 145.

14. *Kerbikov O. V.* K ucheniju o dinamike psihopatij // *Kerbikov O. V.* Izbrannye trudy. M., 1971. S. 163–187.

15. *Kovalev V. V.* Semiotika i diagnostika psihicheskih zabolevanij u detej i podrostkov. M.: Medicina, 1985. 288 s.

16. *Kondrashenko V. T.* Deviantnoe povedenie u podrostkov: Social'no-psihologicheskie i psihiatricheskie aspekty. Minsk: Belarus', 1988. 207 s.

17. *Krasnushkin E. S.* Kabinet po izucheniju lichnosti prestupnika i prestupnosti // Izuchenie lichnosti prestupnika v SSSR i za granicej. M.: Moszdravotdel, 1925. 29 s.

18. *Kudrjavcev I. A., Semenova O. F.* Smyslovaja sfera nesovershennoletnih s psihicheskimi rasstrojstvami, sovershivshih nasil'stvennye pravonarushenija // Psihologicheskij zhurnal. 2002. № 3. S. 54–62.

19. *Lichko A. E.* Podrostkovaja psihiatrija. M.: Medicina, 1985. 416 s.

20. *Pozdnyshev S. V.* Kriminal'naja psihologija. Prestupnye tipy. L., 1926.

21. *Popov Ju. V.* Dinamika rasstrojstv lichnosti u podrostkov (diagnostika, korrekcija, profilaktika): Dis. ... d-ra med. nauk. M., 1989. 419 s.

22. *Saharov A. B.* O lichnosti prestupnika i prichinah prestupnosti v SSSR. M.: Jurid. lit., 1961. 175 s.

23. *Semichov S. B.* Predboleznennye psihicheskie rasstrojstva. L.: Medicina, 1987. 187 s.

24. *Snezhnevskij A. V.* O nozologicheskoj specifichnosti psiho-patologicheskih sindromov // Zhurnal nevropatologii i psihiatrii im. S. S. Korsakova. 1969. T. 60. № 1. S. 91–108.

25. *Stepanov A. D.* Norma, bolezn' i voprosy zdravoohranenija. Gor'kij: Volgo-Vjatskoe knizh. izd-vo, 1975. 279 s.

26. *Fernhem A., Hejven P.* Lichnost' i kriminal'noe povedenie. SPb.: Piter, 2001. 368 s.

27. *Fromm Je.* Dusha cheloveka. M.: Respublika, 1992. 430 s.

28. *Holyst B.* Kriminologija. Osnovnye problemy / Per. s nem. M.: Jurid. lit., 1980. 129 s.

29. *Shipicyna L. M*. Psihologija detej-sirot: Uchebnoe posobie. SPb.: Izd-vo S.-Peterb. un-ta, 2005. 628 s.

30. *Blackburn R.* The psychology of Criminal Conduct. N.-Y., 1995. 484 p.

31. *Quay H. C.* Patterns of delinquent behavior // Handbook of Juvenil Delinquency. N.-Y., 1987. P. 111–117.

32. *Tuhonen J., Isohanni M., Rasanen P. et all.* Specific Major Mental Disorders and Criminality: A 26-Year Prospective Study of the 1966 Northern Finland Birth Cohort // Amer. J. Psychiatry. 1997. V. 154. № 6. P. 840–845.

33. *Winnicot D. B*. Providing for the child in health and crises in the naturational processes and the facilitating environment (1966, IVP, N.-Y.) // *Homstron R.* The comcept of mental healty in psyhoanalysis. Psychiat. Fenn. 1970. 63 p.