

# СОДЕРЖАНИЕ

Введение . . . . .	4
1. Социальные и клинические параметры патологической агрессивности подростков . . . . .	9
2. Эссенциальная агрессия . . . . .	16
3. Агрессивность в структуре различных форм психической патологии . . . . .	20
4. Методы диагностики патологической агрессивности . . . . .	37
5. Степень тяжести, этапы динамики патологической агрессии, взаимосвязь с аффективными симптомами . . . . .	39
6. Психофармакотерапия патологической агрессии . . . . .	43
7. Коррекция аффективных расстройств в структуре агрессивного поведения . . . . .	61
8. Как повысить эффективность терапии . . . . .	73
Приложение . . . . .	80
Литература . . . . .	83

## ВВЕДЕНИЕ

Агрессивность существенно осложняет социальную адаптацию детей и подростков. Вместе с тем данная проблема в клинической психиатрии является недостаточно разработанной, хотя в других дисциплинах ей уделяется много внимания.

Вот, например, как трактует данный феномен психоаналитическая теория: сначала агрессия считалась составной частью какого-то общего, так называемого Я-влечения, потом З. Фрейд выделил ее в качестве самостоятельной части — «влечение к смерти».

В биологической парадигме инстинктивное начало жестокости подчеркивалось во многих исследованиях. Например, W. McDougall (1932) среди 12 основных инстинктов человека выделил и агрессивность. К. Меннингер (1942), К. Лоренц (1966) в своих трудах отстаивали «естественность» и своего рода «неизбежность» агрессии в жизни человека. Такой правдивый, с научной точки зрения, взгляд согласуется с постулатом писателя С. Лема, считавшего агрессию «неотъемлемой частью человеческой природы».

Советский биолог Э. Бауэр (1935) полагал, что жизнь биологических систем поддерживается постоянным «нарушением равновесия», борьбой с энтропией. Не является ли агрессивность детей и подростков одним из инстинктивных поведенческих проявлений этой борьбы?

Мы наблюдаем очевидный рост агрессии подростков, и она содержит в себе указанный инстинктивный компонент, который, как ни странно, а может быть, совершенно логически смыкается с экзистенциальным аспектом. В переложении на детский возраст этот аспект означает борьбу за свою личность и пространство свободы. И диапазон таких реакций очень широк: от едких замечаний и споров с учителями до импульсивных актов мощной разрушительной силы. Естественным

образом, в силу неразвитости сознания и регуляции поведения, инстинктивность агрессии переходит в поведенческие эквиваленты. Протесты, конфликты, провокативные реакции отражают глубинные процессы в сфере инстинктов. Так, агрессивный мальчик, брошенный родителями в детском доме, с улыбкой заявлял пытавшимся его урезонить воспитателям: «Сделайте мне больно!» Классический «хулиган» на самом деле может страдать биполярным расстройством, которое никто не фиксирует.

Обратимся к психологическим трактовкам агрессии. Важным этапом ее изучения явилась теория фрустрации (Dollard D., 1939; Berkowitz L., 1981), понимающая жестокость как «инструмент» преодоления препятствий на пути к достижению «жизненных целей». Большое значение придается «структурированию» поведения на основе оценочного личностного суждения (Berkowitz L., 1988). Последнее обстоятельство приобретает решающее значение в рамках теории социального научения, согласно которой характер поведения, в том числе степень агрессивной деструкции, зависит от реакции других людей, внутриличностных стандартов поведения, социального опыта индивидуума (Feshbach 1964, 1970, 1974; Bandura A., 1973; Berkowitz L., 1974). Собственно, это является основанием позитивистского подхода к научению управления гневом, в том числе когнитивно-поведенческому и биохевиоральному направлениям. Указание на эмоциональную составляющую поведения (Berkowitz L., 1988) находится в русле поисков аффективных маркеров патологической агрессии у детей и подростков (Можгинский Ю.Б., 2004).

В Международной классификации болезней 10-го пересмотра нет отдельного раздела или рубрики, посвященных феномену агрессивного поведения. Его клинические проявления «растворены» в известных формах психической патологии. Однако существует

потребность в разработке клинико-динамических критериев агрессии как относительно самостоятельного расстройства. S. Donovan (1998) предложил термин «агрессивное расстройство», имея в виду клинико-динамические параметры патологической агрессии, подобно тому, например, как существует «депрессивное расстройство». Изучение феномена агрессивного поведения у детей и подростков приводит к настоятельной необходимости именно такого подхода, к разработке критериев патологической агрессии как отдельного клинического феномена — симптомокомплекса «патологического агрессивного поведения», «агрессивного синдрома» (Можгинский Ю.Б., 2004). И в новых классификациях, кажется, сделаны, пусть и очень небольшие, шаги в этом направлении. В 5-м издании Классификации психических расстройств для детского возраста введена рубрика «деструктивное расстройство дисрегуляции настроения», характеризующееся постоянным нарушением социальных норм вместе с постоянной раздражительностью. В Международной классификации болезней 11-го пересмотра есть такие рубрики: «оппозиционно-вызывающее расстройство с хронической раздражительностью-гневом»; «диссоциальное расстройство поведения, возникающее с детского возраста»; «диссоциальное расстройство поведения, возникающее в начале подросткового периода».

Конечно, всего этого явно недостаточно. Честно говоря, вызывает удивление, отчего такое важное социальное явление, как агрессивность, до сих пор лишено достойной его «прописки» в международной классификации. И почему симптомы агрессивного спектра опять представлены в виде всего лишь дериватов других расстройств? Зачем прибегать к установлению некоего интегрированного, похожего диагноза, вместо того чтобы прямо указать на имеющееся агрессивное расстройство? Такая практика исходит, ви-

димо, от ложно-позитивистского тезиса, что, мол, агрессия есть только следствие психопатологии, а не феномен, аккумулирующий массу иных факторов. На неправильность и примитивность такого взгляда указывают, в частности, E. Cornet, P. Gill (2018), призывающие учитывать множество показателей. Даже симптомы, которые связаны с высоким риском насилия (активный психоз, интоксикация психоактивными веществами), не приведут к агрессивному акту без взаимодействия с факторами окружающей среды. Кроме этого, психопатология может явиться как катализатором агрессивности личности, так и ее тормозом. Так или иначе, но агрессивность невозможно правильно лечить, воспринимая ее в качестве придатка другого синдрома, а не в форме самостоятельного расстройства поведения.

Сложности диагностического анализа патологической агрессии в детском и подростковом возрасте связаны с характером психопатологических феноменов в этот период: их недостаточно четкой структурой, «размытостью» клинических рамок патологии, изменчивостью, тесной взаимосвязью с возрастными привычками поведения.

С целью более точного определения параметров патологической агрессивности, объективизации диагноза и «мониторинга» изменения состояния больного в процессе терапии могут быть использованы психометрические шкалы. С учетом того влияния, которое оказывают на структуру и динамику синдрома патологического агрессивного поведения аффективные расстройства, в процессе диагностики целесообразно применять также психометрические шкалы для определения степени выраженности патологии аффективной сферы. Наиболее часто используется опросник характеристики и ориентации гнева Спилбергера, опросник Басса—Дарки, хотя они предназначены для психологической диагностики. При исследовании аффективности применяются

шкала депрессии Гамильтона, шкала депрессии Бека. Нами были предложены шкала патологической аффективности и шкала патологической агрессивности (Можгинский Ю.Б., 2011). Их сопоставление позволяет объемнее и точнее оценить тяжесть агрессивного поведения.