

**Ю.Б. Можгинский**

# **АГРЕССИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

## **КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ**



**Москва**  
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА  
**«ГЭОТАР-Медиа»**  
2019

# 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

## **3. АГРЕССИВНОСТЬ В СТРУКТУРЕ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ**

Как уже говорилось, клинический аспект пубертатной агрессивности, подобно любому психопатологическому феномену, связан с двумя уровнями патологии: синдромальным и нозологическим. Наряду с подробным анализом собственно агрессивности, «агрессивного синдрома», большое значение имеет также нозологическая диагностика. Психические болезни у подростков, в клинической картине которых агрессивные феномены играют важную роль, представлены расстройствами личности, адаптационными и невротическими реакциями, аффективными заболеваниями, органическим поражением головного мозга, шизофренией и шизотипическим расстройством, умственной отсталостью.

### **3.1. Расстройства личности**

Диагностические параметры расстройств личности, отраженные в Международной классификации болезней 10-го пересмотра, соответствуют известным критериям психопатий: тотальность патологических личностных черт, их стабильность и связанная с ними социальная дезадаптация. Диагностика личностной патологии с помощью термина «расстройство личности», согласно критериям Международной классификации болезней 10-го пересмотра, может быть осуществлена уже во временных рамках пубертатного периода (после 16–17 лет).

К расстройствам личности, при которых наблюдаются проявления патологической подростковой агрессивности, относится прежде всего эмоционально неустойчивое расстройство. Агрессивность про-

является в большей степени в рамках импульсивного подтипа указанного расстройства личности. Ведущими нарушениями поведения являются возбудимость и плохо контролируемые конфликтно-разрушительные действия. Повышенная возбудимость наблюдается, как правило, с детского возраста: такие дети плохо спят, двигательно расторможены; в детском саду они проявляют раздражительность, чрезмерное упрямство, драчливость. Склонность к агрессивным приступам проявляется в истероформных реакциях на запреты, когда ребенок долго не успокаивается и не поддается на уговоры. Частыми спутниками рассматриваемого варианта психической патологии в пубертатном периоде являются алкоголизация, употребление наркотических веществ. Характерным поведенческим паттерном можно считать также реакции группирования и имитации агрессивно-конфликтных форм поведения. Агрессивный синдром при импульсивном типе личностных расстройств представлен сочетанием ситуационных и импульсивно-садистических действий. Своего рода маскированностью ситуационных реакций можно считать случаи, когда перед нами представлен будто бы шизофреник, не контролирующей свою жестокость, с грубыми эмоционально-волевыми изъятиями. При тщательном анализе обнаруживается, что он просто отвечает на провокации. Дома, скажем, постоянно конфликтует мама, и он привычно реагирует агрессией. Он не шизофреник, а страдающий ребенок. И в таком случае психотерапевтическое вмешательство, причем проведенное на ранних стадиях, еще до лекарственной седации, будет наиболее правильной тактикой.

Нарушение сферы инстинктов видно на примерах усыновленных или подопечных детей. Генетическая поломка проявляется с началом негативной фазы пубертата, что выражается в необоснованной грубо-

сти, расторможенности влечений, требовании денег на удовлетворение гедонизма, постоянных угрозах. Искреннее недоумение приличных опекунов часто приводит их к непростому решению расторжения опекунства. А юные садисты продолжают называть их «мамами». Здесь со всей очевидностью поле битвы находится в сердце человека — и ребенка, и взрослого. Следуя устоявшейся схеме, сначала подростка ведут на психологические тренинги. В случае их неуспешности помещают в психиатрический стационар. Лекарственная терапия при «генной» психопатии обоснована, поскольку агрессия имеет биологическую почву. К сожалению, довольно быстро наступает резистентность, а немногие «корректоры», сохраняющие хоть какую-то эффективность, только затормаживают и вызывают сонливость. Ядерные психопаты стараются преодолеть эти ощущения и еще чаще прибегают к насилию. Все они, как правило, проходят длительные курсы «корректоров» поведения, которые не дают эффекта. Перечень предпосылок к развитию патологии характера столь обширен, что глупо пытаться тормозить агрессию перициaziном или галоперидолом. Однако даже седовласые ученые-психиатры занимаются этим неблагодарным делом. И кочуют из года в год «трудные» подростки по психиатрическим отделениям. Сначала их седируют левомепромазином (Тизерцином<sup>1</sup>), потом снимают агрессию галоперидолом, затем «корректируют» поведение перициaziном... А кончается все одинаково. Поступлением в очередной раз в отделение. В этом есть только один смысл: изоляция и строгий режим. Бремя ложится на медицинский персонал, педагогов и психологов, но терапия очередных «мишеней» нейролептиками не имеет серьезных оснований.

---

<sup>1</sup> Здесь и далее: ♦ — торговое название лекарственного средства.

Тут же встает и проблема собственно госпитализации и длительности пребывания в психиатрическом стационаре. Ведь привозят подростка родители, перепуганные впервые выявленной агрессией их ребенка. Не удосужившись понять, что они живут с ребенком в разных системах координат, и не будучи готовыми принять его систему, родители спешно вызывают на дом дежурного психиатра. Столкнувшись с трансформированным вариантом психопатической агрессии, когда конфликт приобрел выраженный характер и напоминает — только напоминает — психоз, ребенка стационарируют. После он успокаивается, ему меняют диагноз. Однако ученые-психиатры могут упорствовать и опять, под давлением сообщений о «голосах», отрывочных и недостоверных, диагноз психоза возвращают. Нередко даже оформляют недобровольную госпитализацию. А потом приходят запросы из прокуратуры, из органов опеки на необоснованность либо недобровольного лечения, либо его длительности. И в этих случаях психометрическая оценка способна принести пользу, а также, конечно, доскональное изучение клиники и динамики агрессивного расстройства.

Другим подтипом эмоционально неустойчивого личностного расстройства является пограничный. Диагностические критерии пограничного подтипа эмоционально неустойчивого личностного расстройства наряду с импульсивностью включают такие феномены, как неуверенность в себе, чувство одиночества, «покинутости», внутренней пустоты. Агрессивность у подростков с пограничным подтипом эмоциональной неустойчивости является своего рода реакцией, ответом на чувство внутренней душевной дисгармонии, нестабильность самосознания, трудности межличностного взаимодействия. В случае несоответствия поведения других людей их собственным представлениям они могут ответить реакциями раздражительности, гневливо-

сти и злости. Вместе с тем разрушительный потенциал такого рода агрессии всегда «уравновешивается» присутствием этим подросткам робостью, низкой самооценкой, чувством собственной беспомощности. Ненависть к школьным обидчикам, как правило, очень короткая. Организм сопротивляется внешнему давлению и проявляет инстинкт агрессии, но берут верх тормозимые черты, в которых этот инстинкт сопротивления тонет. Он может обратиться либо на самого себя в форме суицидных актов, либо затаиться и «выстрелить» необдуманной внешней агрессией. Третий путь — превращение психической энергии в невротические симптомы. Например, вдруг появившаяся трихотилломания вызывает недоумение у родителей, а девочка признается, что на нее «накатывает злость». Другой пример: сексуальный интерес к матери с элементами садистического комплекса; тут всегда можно обнаружить гиперпротекцию, всегда всплывают жестокое обращение и запреты в детстве. Надо ли говорить, что в подобных случаях наращивание доз антидепрессантов и нейролептиков совершенно бессмысленно, в отличие от грамотно построенной семейной психотерапии? Помню мальчика с установленным, как всегда, поспешно модным диагнозом аутизма, который давал протестную агрессию, — он долго стоял у окна и провожал маму или папу, плакал. Что это было? Вдруг проснувшаяся эмоция «аутиста» или все же ошибка первоначального клинического анализа? Во всяком случае, поможет ему, конечно, не риперидон.

Агрессивность в рамках истерического расстройства личности обусловлена чрезмерной зависимостью подростков от мнения окружающих, поиском их расположения и признания, стремлением быть в центре внимания. Данная потребность, являясь завышенной, не соответствующей реальной значимости подростка для окружающих, приводит к конфликтам и возникно-

вению фрустрационно-дисфорических состояний. Если кто-то из знакомых сверстников высказывается о подростке в дурном тоне, ущемляет его гордость в присутствии других членов группы, то у него может произойти резкое усиление фрустрации с возникновением чувства гнева и ненависти, появление сверхценной идеи мести «обидчику».

Генетические, ядерные психопаты в динамике имеют аутохтонные депрессивные эпизоды. Нередко их нарушенная эмоционально-волевая сфера продуцирует садистские проявления, а впоследствии ведет к злоупотреблению психоактивными веществами. У них бывают иллюзии, экстракампинные и иные преходящие галлюцинации. Но все это укладывается в динамику расстройств личности и не должно вести к гипердиагностике шизофрении, шизотипического расстройства. Это только уводит от правильной тактики лечения.

### **3.2. Поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся в детском и подростковом возрасте**

Жестокость подростков с гиперкинетическим расстройством поведения проявляется в прямой ситуационной агрессии непсихотического уровня (конфликты, драки). Они могут также демонстрировать инструментальную агрессию в виде краж, угонов автотранспорта. Расстройство социального поведения характеризуется стойкими враждебно-деструктивными поступками, постоянной конфликтностью с окружающими, которые являются для этих подростков источником враждебности и неприязни. Дефекты воспитания, отсутствие должного внимания со стороны близких, трудности в усвоении школьной программы приводят к формированию низкой самооценки и, как следствие, создают предпосылки для возникновения



агрессивных реакций гиперкомпенсаторного типа. Важную роль играют также реакции группирования. Объектами прямой враждебной агрессии подростков с расстройством социального поведения являются члены семьи, сверстники. Характерны драчливость, физическая агрессия, вспышки ненависти и гнева, желание мести, оппозиционность и негативизм к окружающим. Этим подросткам свойственны также инструментально-социальные формы агрессии: кражи, грабежи.

### **3.3. Расстройства адаптации**

Стрессогенными факторами при этих расстройствах могут выступать конфликты в семье, обстановка повышенной требовательности, применение различных мер дисциплинарного характера. В качестве провоцирующих нарушение адаптации факторов выступают межличностные конфликты, например проблемы взаимоотношений в группе сверстников и т.д. В случаях, когда к эмоциональной реакции присоединяются агрессивные действия, констатируется расстройство адаптации с преобладанием нарушений поведения или со смешанным расстройством эмоций и поведения. Депрессивные и агрессивные проявления чаще всего находятся между собой в тесном взаимодействии, так что установить какой-либо один вид нарушения адаптации (поведенческий или эмоциональный) бывает сложно. Даже у подростка с явным преобладанием в структуре адаптационных расстройств нарушений поведения можно обнаружить периодически возникающие кратковременные (в несколько часов) депрессивные состояния.

### **3.4. Расстройства настроения**

В рамках депрессивного эпизода тоскливо-меланхолического типа может возникать ситуационная агрес-

сия. Она наблюдается в структуре протестных реакций, которые на фоне депрессивного эпизода обнаруживают тенденцию к учащению. Возникает прямая вербальная, реже — физическая агрессия в отношении членов семьи, сверстников. Продолжительный депрессивный эпизод сопровождается психопатоподобными расстройствами с проявлениями социальной агрессивности (кражи), ситуационно-конфликтными реакциями, уходами из дома, бродяжничеством, употреблением алкоголя и других одурманивающих средств. В наиболее патологических случаях обнаруживаются грубые расстройства влечений с некорректируемостью поведения, наличием в его структуре элементов импульсивности.

Патологическая трансформация агрессивности в рамках тоскливого аффективного эпизода происходит в случае присоединения тревожной и дисфорической депрессии к основному меланхолическому аффекту: это делает более вероятным появление в структуре агрессивных действий импульсивно-садистического компонента.

Следует различать проявления подростковой агрессивности при аффективных психических заболеваниях и агрессивность в рамках описанного выше смешанного расстройства поведения и эмоций (вариант адаптационного расстройства). Критериями диагноза расстройств настроения являются преобладание аутохтонного, эндоформного компонента аффективной симптоматики, утрата ее связи с ситуационными моментами. Агрессивность в этих случаях связана с первичным аффективным заболеванием. При стрессогенном (адаптационном) смешанном расстройстве поведения и эмоций агрессивность и аффективная симптоматика имеют равное представительство в клинической картине заболевания; их возникновение обусловлено внешним патогенным фактором, который в течение всего времени выявления данного расстройства не теряет своего значения.

Отдельную диагностическую рубрику составляет дистимия — преимущественно аутохтонное патологическое аффективное состояние с явлениями ангедонии, неотчетливо структурированными жалобами на сниженное настроение, усталость, расстройство сна, снижение побуждений. Данный набор симптомов сопровождается также жалобами вегетативного характера, слабостью, трудностью сосредоточения внимания, головными болями. Дистимия отличается длительным (многолетним) течением флюктуирующего характера. Агрессивный компонент дистимического расстройства проявляется усилением раздражительности, конфликтности, грубости в ответ на замечания родителей, сверстников или педагогов. Нередко подобные реакции возникают в первой половине дня. Свою агрессивность они пытаются объяснить психологическими мотивами, попыткой на ком-нибудь «сорвать зло». Однако в течение всего периода, пока длится аутохтонное дистимическое расстройство, уровень агрессивности остается примерно одинаковым. Попытки «облегчить» свое состояние с помощью реакций злобности и раздражения, «разрядиться» не приводят к существенному улучшению настроения, и возможность возникновения последующих конфликтов сохраняется на прежнем уровне. В некоторых случаях происходит временное усиление тяжести дистимии, обусловленное «наложением» на нее большого депрессивного эпизода («двойная депрессия»). Симптомы дистимии могут при этом трансформироваться в злобность и гневливость, аффективное состояние приобретает дисфорическую окраску. При возникновении подобных состояний возможно совершение подростками не только вербальной, но и прямой физической агрессии: они становятся грубыми, сами провоцируют конфликты, легко вступают в драки.

Расстройства настроения в форме депрессивных и, в меньшем числе случаев, гипоманиакальных эпизодов

разной степени глубины и продолжительности встречаются в рамках других нозологических форм, например органической церебральной патологии, расстройств личности. В отдельных случаях могут быть установлены два диагноза.

### **3.5. Органические психические расстройства**

Свойственные больным с церебральной органической патологией раздражительность, повышенная возбудимость, «самовзвинчивание», конфликтность, несдержанность обуславливают легкое возникновение у них ситуационной, прямой, непсихотической агрессии, а также социальных агрессивных феноменов. Помимо эмоциональной лабильности и раздражительности («органическое эмоционально-лабильное расстройство» по Международной классификации болезней 10-го пересмотра), при органической психической патологии могут выявляться и длительные аффективные состояния депрессивного и гипертимического типа («органические аффективные расстройства»).

В случаях выраженной психической органической патологии агрессивные действия ситуационно-конфликтного характера могут приобретать импульсивный характер. При этом у подростков наблюдается снижение контроля над своими действиями, агрессия связана с аффективными вспышками гнева и ярости, наличием садистического компонента. Наряду с повышением уровня влечений, симптомами эйфории, обстоятельностью мышления агрессивные феномены подобного рода составляют органическое расстройство личности. Брутальность агрессии, выраженный аффективный разряд, масштабность разрушительных действий, застреманность на злобном аффекте и мстительности — все это нередко способствует ошибочной диагностике шизофрении. Тут нельзя упускать из виду

наличие ранних экзогенных вредностей, травм головы, симптомокомплекса астении, данных параклинических исследований.

Вообще в подростковом периоде, как известно, границы патологии не столько разделяют, сколько сближают. Трудно порой остановиться на каком-либо одном четко структурированном диагнозе. В случае агрессивного синдрома с импульсивными разрушительными действиями, патологией влечений с употреблением психоактивных веществ можно найти органическую основу, глубинные, ядерные признаки расстройства личности. В таких случаях, как уже говорилось, нужна фармакотерапия, но она имеет, увы, ограничение во времени: возникший вначале положительный эффект потом нивелируется резистентностью к лекарствам. И даже седативный эффект высоких доз левомепромазина и клозапина (Азалептина<sup>▲</sup>) не спасает от наркотических срывов и агрессивности. И единственным, пожалуй, сейчас способом лечения данных поведенческих расстройств является помещение ребенка в реабилитационные центры с жестким режимом пребывания. Степень строгости в этих учреждениях, обоснованность применяемых там методик четко не разработаны, что дает основание в некоторых случаях относить их к «концлагерям» для трудных подростков.

### **3.6. Шизофрения, шизотипические расстройства**

При шизофрении преобладают агрессивные феномены импульсивно-садистического и сверхценно-бредового характера. Они связаны как с негативными, так и с позитивными шизофреническими симптомами. Большинство агрессивных феноменов у подростков, страдающих шизофренией, достигают психотического уровня. Это происходит за счет прямого влияния на агрессивную мотивацию продуктивных психопатологических

феноменов, таких как бред, галлюцинации, психические автоматизмы, а также вследствие специфических негативных изменений личности, свойственных больным шизофренией.

Формирование агрессивности происходит на фоне подчинения приказам «голосов» либо под влиянием бредовых идей воздействия и преследования, параноидной настроенности к окружающим, в том числе близким людям. Параноидные идеи, фабула которых, так или иначе, затрагивает родителей и других членов семьи, отражают также негативные изменения личности больных шизофренией, их эмоциональную измененность. Подростки подозревают родителей в том, что они наводят на них «порчу», хотят отравить, воздействуют на них с помощью «черных сил», «заколдовывают» и т.п. Данные идеи сопровождаются злобностью, чувством ненависти и ведут к совершению прямой физической агрессии (внезапные удары, попытки душиить, замахивание ножом и т.д.). Агрессивные тенденции такого рода не имеют четкой причины, проходят мимо внимания взрослых. Зачастую ребенок втайне мучается тревогой и садистскими мыслями. И только иногда они прорываются наружу: вдруг в школе замечают, что «тихий» ученик принес в портфеле нож, неожиданно высказал не свойственные ему жестокие намерения.

Сверхценно-бредовая агрессия при шизофрении может выражаться в развитии идей мести и ненависти. Они часто возникают после насмешек и оскорблений сверстников и трансформируются в стойкие идеи агрессивной направленности. Порой даже легкое воспитательное насилие, произведенное давно, вызывает некорректируемую злобу с гомицидными устремлениями. Так, мальчик 12 лет, которого мама в первом классе старалась приобщить к занятиям музыкой, стал ее ненавидеть, желать ее смерти.

Импульсивно-садистическая агрессия при шизофрении обусловлена процессуальными негативно-личностными изменениями и патологией в сфере влечений. Этот вид агрессивных действий, как правило, является следствием длительно текущего шизофренического процесса, начало которого приходится на детский возраст. Такие больные импульсивны, негативистичны, необоснованно оппозиционны к близким. Агрессия выражается по незначительному поводу или вовсе лишена такового, сопровождается истязаниями, нанесением множества телесных повреждений, попытками удушения. В рамках этого варианта агрессии при шизофрении можно наблюдать феномены агрессивного фантазирования. Содержание своих фантазий подросток может длительное время сохранять в тайне или выражать в рисунках и записях своего дневника (скрытая агрессия).

Понятие шизотипического расстройства объединяет группу состояний, симптоматика которых во многом соответствует «латентной» шизофрении (Е. Bleuler). Больные с шизотипическим расстройством отличаются странностями в поведении, недоверчивостью, подозрительностью и аутичностью, «расплывчатостью» мышления, наличием деперсонализационно-дереализационных расстройств, периодическим появлением отдельных психотических феноменов (иллюзий, галлюцинаций). Одним из признаков шизотипического расстройства по Международной классификации болезней 10-го пересмотра являются навязчивые мысли агрессивного характера. Жестокость в рамках шизотипического расстройства может иметь «формально» ситуационный характер, когда агрессивные мысли возникают в конфликтной ситуации в ответ на унижение, оскорбление, обиду. В то же время эти мысли обнаруживают тенденцию к усилению: сопровождаются агрессивными фантазиями, приобретают черты насильственности.

Агрессивные тенденции при шизотипическом расстройстве могут возникать и без достаточного внешнего повода.

Агрессивные феномены шизотипического происхождения нельзя однозначно квалифицировать как навязчивые либо насильственные мысли и действия. Эти признаки могут присутствовать в них одновременно. Подростки испытывают тревогу и страх, ощущение чуждости собственных агрессивных побуждений, пытаются с ними бороться. В то же время в их структуре обнаруживаются элементы идеаторного и моторного автоматизмов, что делает невозможным отнесение этих феноменов к проявлениям невроза или неврозоподобного синдрома органического генеза.

Следует дифференцировать шизотипическое расстройство от похожих симптомов при органическом церебральном поражении и расстройствах личности. Например, на основании только иллюзий, экстракампинных галлюцинаций вряд ли будет правильным думать о шизотипическом расстройстве и назначать рисперидон. Аутохтонные депрессивные переживания, алкоголизация, садистские эпизоды также не патогномоничны для расстройств шизотипического спектра, а скорее, проявляются в рамках динамики психопатии.

Шизотипическое расстройство, расстройство настроения, шизоаффективное расстройство составляют круг заболеваний, границы между которыми в детском и подростковом возрасте скорее сближают, чем разделяют. Зачастую они диагностируются в разные периоды у одного и того же больного. Их нозологическая квалификация представляет определенные трудности. И в подобных случаях синдромальная диагностика позволяет эффективнее решать актуальные проблемы коррекции агрессивного поведения. Так, у мальчика с 12 лет изменилось состояние: по-



явились периоды диффузного, без четких симптомов, изменения настроения. Он стал бояться насекомых, начал, что называется, хандрить, необъяснимо грустить. И на таком фоне проявлял не свойственные ему ранее раздражительность и протестность. Постепенно все это оформилось в очерченные по времени эпизоды, агрессия тоже стала очевидной, приобрела, по нашей терминологии, трансформированный характер — а именно после незначительной бытовой провокации у него разрасталась жестокость. В момент очередного конфликта он ударил отчима, рассек ему бровь, набросился на мать, пытался сломать ей руку. Та вызвала полицию, после чего подросток закрылся в ванной комнате, порезал себе плечо, плакал, раскаивался. Похожий эпизод повторился через две недели, также сопровождаясь фоном тоскливого настроения. Какие тут могут быть диагнозы? Очевидно, можно долго спорить, шизотипическое ли это расстройство, шизоаффективное или депрессивная фаза в рамках аффективного заболевания. Ясно лишь, что на синдромальном уровне имеется агрессивный симптомокомплекс, его трансформированный вариант с разрастанием ситуационного толчка до импульсивного взрыва. После случившихся агрессивных вспышек мальчик корректен, раскаивается, просит прощения, рефлексировать по поводу отношений с родителями, мечтает загладить неприятную ситуацию. Психологическая диагностика обнаруживает повышенную тревожность, личностную защиту, застреваемость на конфликтах с родителями. С учетом параметров агрессивного синдрома ему необходимо раннее психотерапевтическое вмешательство, в том числе семейное, а также фармакотерапия с сочетанием антидепрессанта и нейролептика с тимостабилизирующими свойствами, например комбинация сертралина и rispеридона.

### **3.7. Агрессия у детей с интеллектуальным дефектом**

В случаях умственной отсталости средней и тяжелой степени, личностного и интеллектуального дефекта при атипичном аутизме, эпилепсии агрессия немотивирована, хаотична. Она отражает обнаженные стержни инстинкта агрессии. Такие дети наносят внезапные удары, ломают вещи, злобно кричат. В их поведении проявляются стереотипность, немотивированный садизм. Зачастую имеются аутохтонность, некая периодичность, продолжительность, неожиданное начало и литическое завершение. Иногда можно выявить своего рода предвестники такой агрессивности — раздражительность, депрессивность. Такие дети много раз госпитализируются в психиатрическую больницу, годами получают сильную нейрорепитивную терапию, эффект от которой минимален в силу давно появившейся резистентности. При этом мы имеем дело с некоей эквивинальностью, когда речь идет о конечном состоянии разных заболеваний в форме личностного и интеллектуального дефекта. В нем всегда можно найти бывшие когда-то признаки аутизма, органического поражения центральной нервной системы, психоза. У таких детей имеется различная перинатальная патология.

Подобный алгоритм виден на примере подростка, которому в трехлетнем возрасте устанавливали диагноз аутизма на основании ходьбы на мысочках, бега по кругу, деградации речи, эмоций, отсутствия контактов, наличия фобий. Его лечили тиоридазином, а впоследствии — перициaziном, клозапином, левомепромазином, галоперидолом. Такое лечение длилось годами, к препаратам, конечно, возникала резистентность. В подростковом возрасте у этого пациента можно наблюдать безмотивную, аутохтонную дисфоричность, диффуз-

ную, беспричинную злобу, импульсивную агрессию к детям и медицинскому персоналу. Признаки эпилептиформной активности в этих случаях, как правило, отсутствуют.

Агрессивное поведение при умственной отсталости легкой степени характеризуется присутствием ситуационной раздражительности, протестных реакций, оппозиционности, снижением контроля над агрессивными вспышками.