

Ю.Б. Можгинский

АГРЕССИВНОСТЬ

ДЕТЕЙ
И ПОДРОСТКОВ

Распознавание
лечение
профилактика



Юрий Можгинский

Агрессивность детей и подростков

«Когито-Центр»

Можгинский Ю. Б.

Агрессивность детей и подростков / Ю. Б. Можгинский —
«Когито-Центр»,

ISBN 978-5-89353-246-3

Раздражительность, конфликтность, «непочтительное» отношение к старшим... Родители не всегда правильно реагируют на подобные проявления, не знают, как надо вести себя с агрессивным ребенком, куда обратиться за помощью. Особенно актуальна проблема оптимального совмещения методов воспитания с лечебным воздействием. В этой книге затрагиваются основные вопросы, возникающие в связи с проявлением агрессивности у ребенка, исследуется механизм агрессивного поведения, называются симптомы агрессии, ее мотивы и движущие силы, описываются ее ранние признаки, наиболее рациональные приемы терапии и профилактики.

ISBN 978-5-89353-246-3

© Можгинский Ю. Б.

© Когито-Центр

Содержание

Введение	5
Глава 1	7
1.1. «Знакомая» проблема	7
1.2. Понятие агрессии: по ту сторону добра и зла	9
1.3. Норма или болезнь	11
1.4. Предпосылки агрессивности	14
Глава 2	17
2.1. Общая структура эмоциональной патологии	18
2.2. Возрастная характеристика эмоциональных нарушений у подростков	22
2.3. Динамика эмоций и характер агрессии	25
Глава 3	28
Глава 4	32
4.1. Что пишут газеты об агрессии подростков	32
Конец ознакомительного фрагмента.	35

Ю.Б. Можгинский

Агрессивность детей и подростков

Распознавание, лечение, профилактика

Введение

В этой книге приведены данные о проявлениях и симптомах детской и подростковой агрессии. Показано, как она начинается, развивается, оформляется в виде жестокого поведения.

Рассматриваются основные виды агрессии. Жестокость ребенка может быть направлена на родителей, младших братьев и сестер, животных, обитающих в квартире, т. е. ограничиваться домашним кругом. Она может выходить за пределы семьи, проявляться в школе, в конфликтах со сверстниками, учителями. Агрессивность – питательная среда, основа антисоциальности, индивидуальных и групповых насильственных актов, садизма, немотивированной, необъяснимой жестокости.

Отношение к агрессивности детей бывает разным. Она воспринимается, например, как нормальное возрастное поведение, как проявление «бури и натиска», свойственные растущему организму, созревающей личности. Родители долгое время не предпринимают действий для коррекции поведения такого ребенка. Другой тип отношения состоит в мощном «воспитательном» прессинге, когда агрессия расценивается как социальное зло. При этом любые протесты, любое, даже вполне оправданное недовольство, подлежит наказанию. Часто единичные проступки служат поводом вызова милиции, постановления на учет в комиссии по делам несовершеннолетних и т. д. В школе ребенок с трудным, проблемным характером, страдающий депрессией, проявляющий повышенную раздражительность и оппозиционность, встречает непонимание, категорический «социальный отпор», с ним обращаются как с хулиганом. Он подвергается дисциплинарным наказаниям; родители со своей стороны подключаются к проведению тактики репрессий. В результате глубинные проблемы личности, истинные причины агрессии не вскрываются и по-прежнему оказывают свое влияние. Невыясненные причины продолжают существовать, а наказания только способствуют их усугублению. Формируется «порочный круг».

Агрессия детей и подростков может восприниматься как психологическая проблема. В этом случае в дело идут многочисленные варианты психологической коррекции, масса всевозможных психологических тренингов, сессий. Наконец, и это бывает совсем уж нечасто, в агрессии ребенка замечают расстройство психики и прибегают к консультации психиатра.

Надо признать, что обращение к психиатру является «последним аргументом». К нему прибегают в самых крайних случаях, когда ребенок/подросток совершает садистские действия, ломает мебель, наносит телесные повреждения и т. д. Почему к психиатру обращаются так редко и поздно? Родители не хотят видеть в ребенке психические аномалии. Педагоги и работники милиции не могут в полной мере выявить психопатологию. Пока не существует возможности обнаружить болезненную подоплеку агрессивности с помощью каких-либо анализов. На сегодняшний день маркеры патологической агрессии в крови и моче не выявлены. Поэтому раскрыть ее сущность, определить болезнь можно только при помощи опроса, анализа поведения, рассказов родителей и учителей.

Наверное, ни один способ терапии агрессивного поведения не может быть с успехом использован изолированно. Нельзя уповать только на психологический подход, игнорируя использование лекарств. Только одни наказания или только лекарства также не способны изменить поведение в лучшую сторону. В книге изложены приемы, тактика лечения, учитываю-

щая различные параметры агрессии и способы ее коррекции. Говорится о том, как правильно вести себя при встрече с агрессивностью ребенка, куда обратиться за помощью, какие лекарства являются максимально эффективными.

Глава 1

Виды агрессивного поведения

1.1. «Знакомая» проблема

В последние годы воспитатели детских садов отмечают тенденцию к увеличению уровня агрессивности детей: они более шумные, крикливые, неусидчивые, «моторные», быстрее и легче вступают в конфликты, неуступчивы, драчливы. Из бесед с родителями также можно заключить, что дети теперь стали агрессивнее, чем раньше. С ними трудно справиться, они часто бывают жестоки. В стремлении достичь своей цели они манипулируют родителями. В газетах стали чаще сообщать об агрессивных «выходках» детей школьного возраста по отношению и к своим сверстникам, и к людям «старшего возраста». Статистика фиксирует как общее увеличение правонарушений несовершеннолетних, так и количество тяжких преступлений в этой возрастной группе. Да и вообще вряд ли можно представить, что кого-то обошла стороной детская и подростковая агрессивность, что кто-то ни разу прямо или косвенно не сталкивался с жестокостью детей в семье, школе, в каком-либо коллективе, группе подростков.

Каким должен быть подход к данной проблеме? Всегда ли агрессия является патологией? Как правильно распознать болезнь и отделить ее от нормальных реакций? Каким должно быть воздействие на агрессивных детей, в том числе с помощью лекарств?

Много ошибок возникает в связи с неправильным толкованием агрессивного поведения. Бывает, что за тяжелую форму агрессии принимаются нормальные реакции ребенка на ту или иную ситуацию. Конечно, эти реакции могут не нравиться взрослым, но в них нет никакой биологической патологии, таких детей не надо лечить. Бывает и наоборот: агрессия имеет болезненную основу, но родители и педагоги ее недооценивают.

Не следует впадать в панику, сталкиваясь с агрессивностью ребенка. Надо знать определенные симптомы, которые могут свидетельствовать о расстройстве психики и принимать соответствующие меры. В остальных случаях причину агрессии следует искать в семейной обстановке, в отношениях между ребенком и взрослыми, в непонимании его проблем и т. д.

Считается, что агрессивность – это отрицательное, разрушительное действие, негативное проявление психической деятельности, связанное с причинением кому-либо ущерба, вреда. Все «официальные» определения агрессии включают именно эти аспекты. Тут, казалось бы, все понятно. Есть зло, жестокость; есть их «носитель» – агрессор; есть объекты агрессии, не желающие, чтобы их унижали и причиняли им боль. Всегда ли, однако, верна схема «зло – агрессор – жертва»?

Если грудного малыша туго пеленают, не покормили, не поменяли ему пеленки, то он кричит, не дает никому спать. Если к ребенку плохо относятся, не любят его, отталкивают, то он злится, не подчиняется, делает «назло»; может ущипнуть, ударить, что-то разбить и т. д. Если кто-либо из членов семьи устраивает скандалы и драки, ребенок может копировать такое поведение. Если он был сильно испуган, пережил в раннем возрасте стрессовое воздействие, моральную травму, все это способно зафиксироваться в его сознании и впоследствии обернуться агрессией. Можно привести еще много других ситуаций, чтобы показать всю сложность и многофакторность детской и подростковой жестокости. Важно, что в этом возрасте переходная зона между нормой и патологией весьма широка и изменчива.

С моральной точки зрения поступки человека должны соответствовать определенной социальной норме. Границы этой нормы заданы вековыми устоями и представлениями, например, религиозными. Существенное влияние оказывают также законы и правила этики, действу-

ющие в той или иной социально-исторической ситуации. Считается, что «старые» и «новые» правила должны составлять прочный фундамент нравственности. Детей надо учить этим правилам, и тогда они будут жить, не нарушая закона. А всех «нарушителей» можно будет тогда отнести к числу неправильно воспитанных субъектов.

Человек хотел бы видеть жизнь гармоничной, поэтому обычные люди, «обыватели», не думают об истинных, глубинных причинах жестокого поведения. Когда они встречаются с агрессивностью детей и подростков, они склонны видеть в ней только поверхностные, внешние проявления. Для этого существуют некие стандарты. Так, поведение детей, проявляющих раздражение, несдержанность, грубость, оппозицию, неуважение к старшим, рассматривается как результат плохого воспитания, дурного влияния сверстников, книг и фильмов а грессивного содержания и т. д. Эти дети становятся объектом строгих мер воздействия со стороны взрослых, социума в целом: родителей, воспитателей, работников милиции.

Стремление во что бы то ни стало быстро изменить поведение ребенка «в лучшую сторону» связано с весьма поверхностной трактовкой агрессивности. Последняя представляется как сугубо отрицательный феномен. Она, по убеждению родителей, педагогов, мешает правильному формированию личности и должна быть пресечена: строгим воспитанием, наказаниями, запретами и пр. Это отражает своего рода диктат социума, диктат «идеальных» представлений о жизни, согласно которым дети должны быть воспитанны, послушны. Строптивость, капризность, несогласие подавляются. Линия жизни ребенка выпрямляется в соответствии с родительскими взглядами. Может быть, здесь имеет место также и подсознательное ограждение себя от лишних забот и хлопот, которые доставляет родителям «возбудимый», капризный ребенок. Так или иначе, но «агрессивность» заглушается, проявляющий ее ребенок подвергается наказаниям.

Однако результаты такого подхода зачастую обратны вложенным усилиям. Агрессивность у детей не проходит и даже увеличивается. Невесть откуда появляется жестокость, носящая скрытый (косвенный), изощренный характер: дети поступают назло, переводят агрессию на менее защищенные объекты (младших братьев, сестер, бабушку, дедушку, домашних животных). Агрессия также может трансформироваться в невротические симптомы – тики, кусание ногтей, плохой сон, трудности контактов с другими детьми, зажатость, скованность и пр. Так какое же из двух зол меньше: агрессия или невроз? Победили агрессию – вызвали невроз... Создается впечатление, что воспитательные меры, строгие наказания и запреты не попадают точно в цель. А может быть, эта самая цель, «мишень» воздействия выбрана неверно? И всегда ли надо подавлять агрессию?

1.2. Понятие агрессии: по ту сторону добра и зла

В быту агрессия воспринимается людьми как сугубо отрицательное проявление человеческой природы. Представление об этом феномене и его описание в клинической психологии и психиатрии также имеет негативную окраску. Оно включает разрушение, нанесение ущерба, физических и нравственных страданий. Согласно принятым формулировкам, ***агрессия – это действия и высказывания, направленные на причинение вреда, душевной и физической боли другому существу***. А между тем само слово «агрессия» (от греч. «aggredy») означает «идти вперед», «приближаться». Как и в любом фундаментальном понятии, здесь соединены противоположные тенденции. «Приближаться» ведь можно как с целью налаживания контакта, так и с какой-либо враждебной целью. На эту особенность агрессии, ее противоречивые грани, указывали многие исследователи (К. Меннингер, Р. Мэй и др.).

Главная проблема состоит в том, что эти две составляющие агрессии, условно говоря, «положительная» и «отрицательная», могут очень тесно сплетаться между собой. Хорошо, когда ясно виден добрый или, наоборот, враждебный мотив поведения. А когда одно становится частью другого?! В таких случаях агрессия выглядит очень сложным и неоднозначным явлением. Внешне она может выступать как разрушение, а на самом деле являться необходимым звеном в более глубоком процессе созидания. Как в «Фаусте»: «Я часть той силы, что вечно хочет зла, но совершает благо».

Ученые-биологи давно подметили эту особенность агрессии. К. Лоренц разделял ее на отрицательную и положительную. К. Меннингер пошел еще дальше: он прямо говорил о том, что в самом отрицательном, разрушительном потенциале агрессии содержится в то же время необходимое созидательное начало. Ученый приводит пример: фермер, делая свою работу, неизбежно становится «агрессивен» к сорнякам, насекомым, к самой почве... Существует даже такой термин – «необходимое разрушение». Агрессия может быть феноменом роста, развития, особенно в периоды интенсивного психофизического созревания, т. е. в подростковом возрасте. Реакции протеста, оппозиции, порой даже гнева часто бывают проявлением крайних, пограничных вариантов поведения.

Много нового и ценного в понимание агрессии внес психоанализ и производные от него направления психологии. В детском возрасте, при неразвитости, неструктурированности психики во всю мощь заявляют о себе инстинкты, неосознанные мотивы поведения. При этом рациональный, мыслительный контроль еще очень слаб, критика к своим поступкам не развита. Агрессивность, полагал З. Фрейд, может быть частью сексуальной энергии, т. е. частью общей психической, жизненной энергии. Позднее, он же выдвинул концепцию деструктивной агрессивности, согласно которой агрессия представляет собой самостоятельный феномен, гнездящийся в «преисподней сознания». Ее цель – разрушение. Человек, по Фрейду, стремится к разрушению, это стремление – проявление его природы. Здесь можно вспомнить С. Лема, видевшего в агрессии «неотъемлемую часть человеческой природы».

К. Юнг ввел понятие агрессивных архетипов коллективного бессознательного. Это особые алгоритмы, невидимые матрицы, своего рода формулы, существующие в окружающем человека мире. Они обладают энергией и жестко диктуют людям способы поведения, в том числе агрессивные. Находясь под властью подобных архетипов, человек становится в какие-то моменты «необъяснимо», «непонятно», «внезапно» жестоким. Активизации этих архетипов способствует нарушение целостности психического мира человека. В этом процессе немалая роль отводится нестабильности психики в период пубертатного (подросткового) кризиса. Наступает нарушение взаимосвязи разных уровней сознания, расстройство психосинтеза (по Р. Ассаджоли), в результате чего ослабляется защита и становится возможным проникновение в сознание агрессивных архетипов коллективного бессознательного.

Интересна теория перинатальных матриц С. Грофа. В процессе родов для плода наступает гиперстрессовая ситуация: он движется по родовым путям, встречая препятствия, испытывая неимоверный ужас от стеснения, удушья. Он не в состоянии переработать эти ощущения, он бессилен. Мощный отрицательный аффект запоминается, записывается, «впечатывается» в сознание. После, в кризисные моменты жизни, эти матрицы могут активизироваться: «заархивированный» аффект требует выхода наружу. «Выход» происходит посредством агрессии, зачастую немотивированной, мощной, «необузданной», разрушительной.

Даже такой весьма краткий обзор ряда теорий агрессивности дает представление о многофакторности ее происхождения. А ведь мы еще не затрагивали фактор наследственности, генетической передачи черт характера! В любом случае агрессия у детей и подростков не является однозначно отрицательным проявлением, требующим немедленного подавления. В каких-то случаях она является «нормальной», необходимой для существования ребенка. Если он грубит, делает все назло, в этом может заключаться его реакция на окружающую обстановку, на ситуацию дома, в школе, среди сверстников. В других случаях агрессия означает неумелый, «посильный» протест ребенка против нездоровой, тягостной обстановки в семье, вражды и скандалов. Агрессия в этих случаях является выражением скрытого отчаяния, вызванного непониманием и отсутствием любви, осознанием собственной ненужности, комплекса переживаний (порой глубоко спрятанных), связанных, например, с разводом родителей, чаще всего, с отсутствием отца. Согласно концепции А. Адлера, такое поведение обусловлено «волей к власти». Применительно к данной проблеме это означает, что ребенок пытается завоевать «место под солнцем» родительской любви.

Подростки из неблагополучных и неполных семей в большей мере склонны искать кумиров в маргинальной среде. Например, 13-летний подросток «вдруг» стал проявлять агрессию по отношению к матери и бабушке, устраивать дома скандалы, высказывать угрозы. Родители разошлись, когда ему не исполнилось и года. В детстве основную роль в воспитании мальчика играла бабушка, которая считала верной тактикой проявление строгости. С наступлением пубертатного периода ребенок перестал слушаться, не реагировал на запреты и замечания. Стал панком. В беседе он утверждает, что любит мать, но она его не понимает. Она вызывает у него злость, раздражение. Подростков из группы панков он считает своими, полностью доверяет им, копирует их поведение.

Есть также агрессия, обусловленная накоплением стрессовой энергии: чаще всего это возникает у детей, появившихся на свет путем тяжелых, затяжных родов, во время которых они испытывали сильнейший страх, эмоциональную перегрузку. Наконец, существует агрессия, связанная с каким-либо психическим расстройством: психопатией, шизофренией или депрессией.

Тактика обращения с ребенком в каждом из этих случаев должна быть разной. Обоснованные, психологически объяснимые формы агрессивного поведения не должны подвергаться жесткому прессингу; здесь требуется анализ причин, терпение, нахождение общего языка с ребенком, путей решения его проблем. Болезненные же варианты поведения поддаются медикаментозному лечению.

В основе агрессивного поведения лежат самые разные причины: и конфликты, и семейные неурядицы, и патология в ходе беременности и родов, и признаки расстройства влечений и аффектов. В связи с этим коррекция поведения должна быть комплексной.

1.3. Норма или болезнь

Как мы уже говорили, агрессия может быть частью «нормального» поведения, а может иметь патологический характер. Болезненная агрессивность включается в симптоматику психической патологии. В этом случае терапия не может быть ограничена только психологическим воздействием. Оно, как правило, оказывается недостаточным. Воспитание (либо «перевоспитание»), специальное психологическое воздействие не могут существенно изменить в лучшую сторону патологическое поведение подростка. Конечно, различные психологические программы для «трудных» подростков необходимы. Но когда речь идет о нарушениях в поведении, в частности, об агрессии, не стоит забывать следующее:

- Психологическое воздействие, как показывает практика, эффективно далеко не во всех случаях. Агрессивное поведение продолжается, агрессивная мотивация жестоких поступков остается, причем часто в скрытой до поры, до времени форме.

- Трудный, агрессивный подросток зачастую просто отказывается посещать психолога либо, посетив его несколько раз, прерывает терапию. Такое негативное отношение определяется свойственными возрасту негативизмом, нетерпением, протестами.

- Любая психотерапевтическая коррекция очень тесно связана с личностью специалиста, его умением найти контакт с подростком. Причем этот контакт не является некой примитивной и формальной «подстройкой» к миру подростка, а связан с искренним желанием понять его проблемы, умелым сочетанием императива и доверия к его личности. Приятель, родственник, герой фильма и т. д. одной или несколькими фразами могут оказать огромное влияние, гораздо большее, чем психотерапевтическая сессия.

- Лечебный процесс (его начало, продолжительность, интенсивность, системность) определяется многими факторами, в том числе семейной ситуацией, желанием родителей и т. д. Запоздывание, несвоевременность начала антиагрессивной терапии – это, скорее, правило, нежели исключение.

Перечисленное, разумеется, не охватывает всего спектра проблем, связанных с агрессивностью подростка, но здесь названы причины того, что лечение агрессии начинается несвоевременно. Есть некая граница, за которой возможности словесного, социального, психологического подхода к агрессивному ребенку исчерпываются. Речь идет о том, что с какого-то момента биологические нарушения могут достигать критического уровня: помимо раздражительности и конфликтности, проявляется садизм, издевательства над близкими, над домашними животными, немотивированная злобность. Но даже если возникает нечто подобное, родители все равно долго пытаются направить ребенка «на путь истинный», стараются внушить ему правила поведения, обращаются к психологам. Однако это не помогает. Такие случаи связаны с болезненными изменениями в психике, с биологическими нарушениями в центральной нервной системе.

Конечно, при лечении этих больных можно обойтись и методами чистой психологической коррекции. Но, как правило, настоящая патологическая агрессивность, заставляющая серьезно беспокоиться за состояние ребенка, связана с болезненными изменениями в психике. Г. Аммон (1988) писал о «свойстве агрессивной личности» как производной «целостного психического контекста». Г. Корнайт (1974) выявила связь агрессивности с патологическими эмоциями злости и гнева. С. В. Соловьева (Соловьева, 1996) определила «свойство агрессивности», зависящее от когнитивных (мыслительных), эмоциональных и волевых процессов. В частности, такой психопатологический симптом, как тревога, сопровождает жестокую агрессию, является ее предвестником. О. Кернберг (1998) трактовал чувство ненависти как «ядерный аффект» при тяжелых расстройствах личности, перверсиях (т. е. расстройствах

инстинктов) и функциональных психозах. В этих и множестве других трактовках механизма агрессивного поведения содержатся указания на патологию душевной сферы.

Когда маленький ребенок кричит, это нормально. Он требует еды, воды, смены пеленок и т. д. ребенок таким образом проявляет свои жизненные потребности. Подозрительно, если он перестает кричать или если он кричит постоянно, всю ночь, «заходится» от крика. Значит, он заболел, его организм ослаб, или он проявляет болезненную возбудимость. Агрессивность как свойство формирующейся личности также отражает ее состояние. Она может находиться в рамках жизненных, витальных свойств; она также может свидетельствовать о наличии какой-либо патологии в душевной сфере.

Если ребенок/подросток выражает протест, не слушается, сопротивляется оказываемому на него давлению, кричит, бросает вещи и т. д., то вполне возможно, он таким образом защищает себя, отстаивает свое место под солнцем, требует к себе внимания. В конце концов, с помощью подобных методов он пытается манипулировать окружающими, старается вызвать нужный ему эффект. Наблюдая поведение взрослых, их реакции, ребенок учится понимать способы отношений между людьми. Он еще не может по-другому достичь своих целей. Он пока не в состоянии правильно рассчитать психологические ходы, понять состояние других людей, прогнозировать последствия своих поступков. Но он не может (и не должен!) прекращать свои «опыты», процесс социализации, развития своего Я. Порой это приобретает нежелательные формы, доставляющие взрослым много хлопот. Но к подобным проявлениям надо проявлять терпение, надо постараться понять ребенка, «просчитать» цель его агрессии и выработать правильную тактику отношения к нему.

Круг «нормальных» агрессивных проявлений широк и разнообразен, имеет индивидуальные отличия. Наиболее часто возникают протесты. В детском возрасте это нежелание заниматься уроками, наводить порядок, вовремя возвращаться домой и т. д. У подростков агрессивность приобретает более сложные формы: группирование со сверстниками, демонстративные формы поведения, нарушение социальных правил. Подростки утрированно негативистичны к родителям, стараются отделиться от них, грубят, носят вызывающие прически, одежду, пытаются уязвить самолюбие взрослых, оскорбляют их, отстраняются от мира своих родителей и «правильного» социума, примыкают к миру панков, рокеров, хиппи, скинов и пр. Эти явления подробно изучались отечественными и зарубежными исследователями, о чем речь пойдет ниже.

Где заканчивается нормальная, витальная агрессия и возникают симптомы патологии? Есть широкий спектр агрессивных проявлений детей и подростков, являющийся нормой, даже необходимым компонентом взросления. Это опыт, через который проходит ребенок. К такой агрессии надо относиться спокойно, по возможности регулировать ее, в чем-то уступать, где-то, наоборот, проявлять твердость, пытаться отвлекать внимание ребенка на другие дела и задачи. При этом необходимо неизменно сохранять любовь и уважение к нему, каким бы вызывающим, трудным ни было его поведение.

Существует и чрезмерная жестокость, гиперагрессия, ее болезненные формы, которые требуют своевременной диагностики и лечения. Это трудно, особенно для родителей и педагогов, поскольку в их сознании доминируют стереотипы социального, воспитательного плана. Все отклонения от нормы они воспринимают как «дурной тон».

Здесь нельзя ошибиться. Нельзя насильно лечить нормальную агрессивность детей и подростков только с одной целью: снизить, подавить их оппозицию. Так можно легко утратить доверие. Вмешавшись в сложный, противоречивый, порой драматический процесс развития личности, можно исказить формирование индивидуальности. Но нельзя также допускать и крен в другую сторону: не замечать явных болезненных симптомов. Можно сколько угодно увещивать ребенка, взывать к его совести, вести с ним тонкую психологическую игру и не достичь при этом успеха, если его агрессивность подпитывается душевным расстройством.

Таким образом, существуют две одинаково несостоятельные тенденции в подходе к агрессивности ребенка. С одной стороны, преувеличение возможностей воспитательного, психологического воздействия на поведение, которое якобы позволит обойтись без психиатрического лечения, а с другой – полное игнорирование личностных свойств и «профессиональное», осуществляемое в больнице подавление агрессивности, а вместе с ней всей психики с помощью сильных нейролептиков. Понятно, что и та, и другая крайность по большому счету только усугубляет проблему, создает видимость ее решения и в лучшем случае дает кратковременный эффект.

Если ждать, когда агрессивный подросток захочет пойти к психотерапевту, если надеяться только на «волшебную силу слова» и действенность психологических приемов и тренингов, может наступить накопление агрессивной патологии, усиление потенциала агрессии, и тогда придется в срочном порядке поместить такого подростка в психиатрическую больницу.

Но и прямо противоположный подход столь же непродуктивен: подавляя личность всей мощью нейролептиков, мы только загоняем проблему вглубь, тормозим на время проявления агрессивности. Это, конечно, необходимо в начальном периоде лечения тяжелых форм агрессии. Но в качестве стратегии такие методики лекарственного подавления агрессивности нельзя считать оптимальными. Личностная составляющая – весомая часть мотивации агрессии, даже той, в основе которой видна болезненная психобиологическая основа.

Следует, например, учитывать особенности формирования характера и модуса поведения у ребенка, подростка. Отсутствие у них сочувствия к другим людям, к жертвам своей агрессивности, замечает Р. Мэй, связано с тем, что к ним самим в детстве не проявляли такого сочувствия, они были «нелюбимы» родителями, обделены теплом и заботой. Жестокость, царившая в семье, словно повторяется в поступках повзрослевших детей. Соответственно, лечение агрессивности предполагает изменение, точнее, попытку изменения всей устоявшейся агрессивной «конструкции» характера.

1.4. Предпосылки агрессивности

Существуют агрессивные проявления, которые обусловлены *внешними*, прежде всего, семейными факторами. Эти проблемы часто скрыты. Бывает трудно сразу отыскать связь между агрессией ребенка и проблемами в семье. Но при тщательном анализе всей совокупности семейных отношений и их истории такая связь выявляется. Агрессивные реакции могут повторяться, «зашкаливать», выходить за рамки ситуации и т. д. наиболее частая причина этого – уже упоминавшийся выше «фактор неполной семьи» (отсутствие отца после раннего развода родителей). В этих случаях происходит искаженное перераспределение ролей – мать ребенка или чаще его бабушка вынужденно берет на себя функцию отсутствующего отца. Причем эта функция гипертрофируется, воспитание приобретает характер гиперопеки: многое запрещается, строго регламентируется и т. д. Ребенок растет в атмосфере прессинга, запугивания, что впоследствии провоцирует протесты с его стороны, недоверие ко взрослым.

Другой вид патогенной ситуации – гипопека, когда ребенку уделяют мало внимания. Это происходит из-за загруженности и усталости родителей, когда кто-то из них страдает алкоголизмом, когда имеется пренебрежение ребенком и его воспитанием и т. д. В этих случаях он ищет себе кумиров в среде подростков, в продукции массовой культуры, фильмах и других источниках. Выбранные им для подражания образцы часто отличаются жестокостью, и ребенок перенимает эти черты.

Ребенок может быть постоянным свидетелем конфликтов, драк в семье. Эти примеры поведения «записываются» в его сознании и становятся его собственными. Но не всегда агрессия детей и подростков провоцируется прямым примером действия родителей (взрослых). В ряде случаев обстановка в семье внешне как будто «правильная», однако за этим фасадом внешнего благополучия скрывается напряженность, неприязнь друг к другу, связанная с прошлыми обидами, особенностями характеров, неравенством социального положения и т. д. Родители вынужденно существуют вместе, терпят друг друга, и эта напряженность оборачивается холодностью, регламентированностью, жесткостью в отношениях с ребенком. Впоследствии он может «припомнить» им такое отношение, проявляя гиперагрессию.

Истоки патологической агрессии лежат и в стрессах раннего детства. Бывает, что агрессивность ребенка «запрограммирована» в его младенчестве, и спустя много лет окружающие не могут понять подростка, найти причину его непрекращающихся, болезненных поступков. Так, один подросток садистически издевался над своей матерью и бабкой. Его отдавали в летние лагеря, в церковные общины, сильно наказывали, но ничего не помогало. Семья подростка неполная, он рос без отца. При тщательном анализе выяснилось, что, когда ему было 2 года, мать приводила в дом мужчин и пьянствовала с ними; ребенок ползал вокруг нее, а она отталкивала его ногой. Эти обстоятельства пролили свет на садизм подростка.

Названные выше проявления агрессии могут быть устранены путем изменения семейной ситуации, подходов к ребенку при минимальном лекарственном вмешательстве.

На следующем, более глубоком уровне патологии находится агрессия, связанная преимущественно с *внутренними* факторами – аффективными нарушениями и патологическим кризисом личности. Аффективные расстройства могут возникать и в детском возрасте, и в период пубертата, особенно в связи с травмами головы, токсикозом беременности у матери, затяжными родами и т. д. они проявляются в виде депрессий, страхов, тревоги, злобности. На их фоне агрессия приобретает дополнительный импульс, становится более разрушительной. Подростка трудно, порой невозможно остановить, он не полностью контролирует свои действия, будучи охвачен злобным аффектом. Для устранения этих расстройств требуется и психологический, и медикаментозный подход, т. е. применение седативных препаратов и антидепрессантов.

Кризис личности, приобретающий патологические формы, обусловлен сложными процессами в психике подростка. Это переходный, «маргинальный» период становления личности. В этот период возможна деформация личностной структуры: подросток делается неузнаваемым, «чужим» для родителей, совершает необъяснимые поступки, часто агрессивного плана.

Наконец, наиболее патологические факторы возникновения агрессии связаны с так называемыми *продуктивными психопатологическими расстройствами*. Это бред, галлюцинации, иллюзии, сумеречные расстройства сознания. Находясь под властью этих симптомов, человек не в состоянии управлять своими действиями, понимать их значение. Так, подросток 16 лет после ссоры с одноклассницей, в которую был влюблен, затаил на нее сильную обиду. С момента разрыва прошло полгода, однако обида и ненависть нарастали. Он никому об этом не говорил, но чувство злобы к ней усиливалось. Девушка переехала в другой район, но подросток ездил туда, следил за ней, обдумывая план мести.

Если продуктивные психопатологические симптомы содержат в себе агрессивный компонент, то подросток будет им полностью починяться, станет «одержимым». Он будет совершать агрессию под влиянием «голосов», которые приказывают ему кого-то ударить или совершить более тяжкие действия; он будет действовать в соответствии с содержанием сверхценных бредовых идей мести или производить хаотические разрушительные действия в состоянии сумеречного сознания. Понятно, что подобная агрессия потребует срочного вмешательства и лечения.

К сожалению, в обществе существует недооценка проблем, касающихся психического здоровья. Многие люди негативно относятся к психиатрам, предпочитая использовать другие, якобы «альтернативные» способы влияния на душевную жизнь: воздействие секты, магии, целителей и пр. По мнению С. Н. Ениколопова (Ениколопов и др., 2002), оказанию реальной помощи мешают проявления правового и социального нигилизма у людей, которые в ней нуждаются. Они боятся оказаться в роли социальных аутсайдеров, недооценивают возможности квалифицированной психолого-психиатрической помощи. Им кажется, что все пройдет, что лучше не вмешиваться в «естественный ход событий». Боязнь родителей лишний раз показать ребенка психиатру идет рука об руку с незнанием ими природы патологического агрессивного поведения детей и подростков, симптомов этого расстройства.

Мы считаем необходимым сосредоточиться на тех признаках агрессии, которые с наибольшей долей вероятностью свидетельствуют о наличии душевной патологии. Есть общие маркеры поведения, отражающие болезнь, психопатологию. Болезненное состояние, как правило, *повторяется*, возникает регулярно в течение длительного времени. Так, повышенная возбудимость, раздражительность, протесты, оппозиция возникают постоянно – несколько раз в неделю или даже каждый день в течение ряда лет. Тяжелые болезненные признаки с элементами садизма могут возникать нечасто, но даже если они появились два-три раза, это уже тревожный сигнал. Он может свидетельствовать о болезни: например, стремление мучить, причинять боль, внешне немотивированный садизм по отношению к домашним животным.

В случае болезни от агрессивного ребенка или подростка невозможно добиться осознания того, что он ведет себя неправильно; у него *нет критического отношения* к своим действиям. К нему практически невозможно осуществить психологический подход, уговорить прекратить агрессию. Наблюдается *резкое изменение характера*, ребенок становится как бы «чужим». Как заведенный, продолжает грубить, лениться и пр.

Болезненное поведение трудно логически обосновать внешними факторами, внешне, на первый взгляд, оно *необъяснимо*. Он может грубить, несмотря на то, что родители, педагоги, сверстники не обижают его, терпимо к нему относятся. Поведение становится необъяснимо жестоким. Возникают *расстройства настроения* – мрачность, подавленность, нервозность, тревога, страхи, нарушается сон и аппетит. Зачастую эти симптомы являются первыми

маркерами психической патологии. Наконец, явным признаком болезни являются *психотические расстройства* (иллюзии, галлюцинации и т. д.).

Глава 2

Эмоциональные основы агрессии

Расстройства настроения имеют важное значение в процессе формирования агрессивного поведения. Эмоциональные симптомы отражают состояние психики, являются своего рода проекцией, «видимой частью айсберга», внешним выражением глубинных психических процессов, в том числе процессов зарождения и развития агрессивности. Параметры эмоций на протяжении онтогенетического¹ развития свидетельствуют о той или иной степени выраженности расстройств психики, причем как «видимой», так и «невидимой» ее части. Они свидетельствуют о степени свободы воли в агрессивном поступке.

¹ Термины, помеченные знаком *, объясняются в «Словаре терминов».

2.1. Общая структура эмоциональной патологии

Понятие «настроения» относится к длительному эмоциональному состоянию человека, которое может наблюдаться дни, недели, месяцы. Под «аффектом» понимается временное, наиболее концентрированное выражение настроения или мощный эмоциональный разряд с двигательным возбуждением и вегетативными* явлениями. Отражая те или иные стороны человеческого характера и его реакции на окружающий мир, эмоции тесно связаны с личностью.

Существует точка зрения, согласно которой депрессии следует рассматривать как непрерывный ряд от тяжелых форм до незначительных по силе эмоциональных проявлений, близких к обычным характерологическим реакциям. Однако положения современной классификации психических болезней подразумевают такой подход к диагностике аффективных расстройств, при котором патологические признаки эмоций должны качественно отличаться от нормы. Этот подход правомерен, он позволяет избегать искажений в клинической оценке расстройств настроения. Но следует учитывать, что нарушения легкой степени, переходящие, по словам Э. Крепелина, «без резкой границы в область личностных изменений», трудно выявить при анализе субъективных жалоб и наблюдений за поведением больного. Это требует особой тщательности, как в оценке настоящего состояния, так и при анализе динамики эмоционально-личностных расстройств.

Депрессивные проявления охватывают широкий круг феноменов. Под эмоциональным компонентом депрессии понимается печальное настроение, потеря интересов, чувство безысходности, мысли о собственной виновности. В мыслительной сфере депрессия характеризуется замедлением ассоциативного процесса, трудностью концентрации внимания, чувством беспомощности и неспособностью к работе. Телесные симптомы включают расстройства сна, аппетита, снижение полового влечения, головные боли, боли в животе, расстройства пищеварения. Качественным отличием депрессивных нарушений настроения от характерологических реакций, свойственных здоровому человеку, является наличие так называемого «ядра депрессии» (К. Ясперс), которое образуют безмотивная глубокая печаль, «задержка» всех психических процессов, безрадостность, отсутствие побуждения к действию, трудности в принятии решений; больные чувствуют безразличие и безнадежность, из всего спектра окружающих их раздражителей они выискивают неблагоприятные, несчастливые события; современность кажется им мрачной, будущее – лишенным перспективы. Депрессивное настроение может быть представлено несколькими вариантами. Их группирование основывается на общепринятой точке зрения об универсальной структуре психического компонента депрессии, который включает несколько известных типов (Нуллер, 1987; Тиганов, 1996; и др.).

Содержание эмоционального компонента *тоскливо-меланхолической* депрессии представлено безысходностью, подавленностью, грустью, ощущением собственной ненужности, мрачным взглядом на будущее, мыслями о нежелании жить. Характерны такие витальные признаки, как суточные колебания настроения, нарушения сна, чувство тяжести и сжатия в груди, снижение веса, потеря аппетита. Суицидальные поступки как проявление тяжелой степени меланхолической депрессии совершаются в состоянии безысходности, тягостного ощущения жизненного краха.

Для *астено-адинамической* депрессии характерны жалобы на усталость, безразличие, отказ от общения, желание «лечь и ни о чем не думать». Реакция личности на болезнь обратно пропорциональна глубине депрессии. При ее незначительной выраженности возникают переживания собственного бессилия, несостоятельности, ведущие к избеганию трудностей и напряженной работы. При тяжелой астено-адинамической депрессии на первый план выступает физическая слабость: больные целыми днями лежат в постели, им бывает трудно встать даже

для приема пищи и отправления физиологических нужд. Они испытывают «неимоверную тяжесть в теле», «бессилие».

Депрессивные расстройства *тревожно-фобического* типа включают страхи и собственно тревогу. Различные страхи (фобии) касаются боязни за собственную жизнь и жизнь близких людей; известны ипохондрические страхи – боязнь умереть от какой-либо болезни, «остановки сердца», «цирроза печени» и т. д.

Собственно тревожные проявления являются более глубокими и протяженными во времени, чем страхи. Они часто бывают беспредметными (гнетущее, тягостное опасение надвигающейся беды), но могут иметь и конкретную ситуационную окраску, связанную с событиями, содержащими угрозу стабильности существования, жизни и здоровью. При глубоких тревожно-фобических проявлениях аффективные переживания могут непосредственно определять поведение больных, которое начинает целиком подчиняться мотивам «защиты от угрозы», «избавления от объекта опасности».

Ядро *дисфорической* депрессии составляет тоскливое настроение, сопровождающееся раздражительностью, злобностью, гневливостью, агрессивностью. Свое состояние больные описывают как подавленность («нет вдохновения», «ничего не хочется делать», «опускаются руки») в сочетании с несдержанностью, взрывчатостью по малейшему поводу. Диапазон проявлений дисфорических расстройств включает как умеренно выраженные состояния с повышенной раздражительностью, попытками «сорвать зло» на окружающих, так и тяжелые расстройства с импульсивными поступками, разрушительными действиями, нарушением ориентировки.

Иногда раздражительность, разрушительные тенденции, свойственные дисфорическому состоянию, могут являться следствием депрессивного настроения, которое больные затрудняются описать, они говорят о возникающем у них «внутреннем беспокойстве», «распирации в груди».

Отдельным типом депрессивных расстройств является так называемая **маскированная** депрессия. Этим термином, предложенным в 1973 г. Кильхольц, обозначаются состояния, в которых собственно депрессивный аффект отодвинут на задний план, а ведущими в клинической картине являются жалобы сомато-вегетативного характера (различные боли, головокружение, потливость, чувство жара, колебания артериального давления и т. д.) или отклонения в поведении. Вместе с тем при тщательном анализе таких состояний расстройства настроения в редуцированной форме все же удается выявить. Кроме этого, обнаруживается биологическая основа данной патологии в виде суточных колебаний сомато-вегетативных и поведенческих «масок».

Расстройства настроения маниакального типа характеризуются наличием аффективной триады со знаком повышения составляющих ее компонентов: приподнятого настроения, ускоренного темпа психической деятельности и увеличения двигательной активности. Происхождение этих расстройств рассматривается как эндогенное, т. е. связанное с внутренними изменениями гомеостаза организма, о чем свидетельствуют обнаруживающиеся при маниях витальные признаки: периодичность возникновения, усиление гиперактивности в вечернее время, специфические ощущения «распирации энергии», короткий сон. При умеренно выраженном расстройстве данного типа – *гипомании* имеют место приподнятое настроение, повышенная общительность, жажда деятельности. Возникают всевозможные авантюрные идеи, которыми больные способны «заражать» окружающих.

Одним из признаков гипомании является расторможенность влечений, что обуславливает возникновение психопатоподобного поведения (алкоголизация, сексуальная расторможенность, бродяжничество). обращает на себя внимание ускоренная речь, фамильярность, суетливость, взбудораженность, легковесность суждений таких больных.

В более тяжелых случаях – при *маниях* – отмечаются незаконченность фраз и быстрая смена тем беседы. Подъем настроения сопровождается «скачкой идей» и двигательным возбуждением. Поступки совершаются без учета реальной ситуации и общепринятых правил, возникает затруднение в целенаправленной деятельности, нарушаются социальные контакты, резко снижается способность к учебе и работе.

Весьма часто расстройства настроения маниакального типа содержат компоненты агрессивности, гневливости, сопровождаются вспышками ярости, недовольства, озлобленности. В этих случаях речь идет о *гневливой* мании. Выраженным проявлением маниакального аффекта является *экстатическая* мания, характеризующаяся особой приподнятостью настроения, необычным ощущением радости, счастья; часто при этом возникает чувство мистического проникновения «в сущность бытия».

Вопрос о происхождении расстройств настроения связан с подходом к диагностике различных психических болезней, ведущим признаком которых является эмоциональная патология. Из большого количества классификаций депрессивных состояний, построенных на различных подходах к механизму их возникновения для практического применения до настоящего времени наиболее предпочтительной является классификация Кильхольц (1971). Определяющее значение в ней имеют течение болезни, наличие значимых конфликтных ситуаций, история жизни, соматическое состояние (включая вегетативные* признаки), семейный и профессиональный статус. Эта классификация в сжатом виде выглядит следующим образом:

Психогенная депрессия. К ней относятся реактивный и невротический типы.

Реактивная депрессия. Она рассматривается в качестве ответа на внешние повреждения психического равновесия с симптомами страха, печали, резкой слабости. Среди психотравмирующих ситуаций можно назвать утрату (например, разлуку, смерть близкого человека), вынужденную миграцию, конфликты в семье, школе, на работе. Они непосредственно отражаются в содержании депрессивных мыслей. Наблюдается также прямая зависимость между силой «психического удара», величиной переживаний и временем их проявления: по мере отдаления от вызвавшей депрессию ситуации тяжесть депрессивных симптомов будет уменьшаться и со временем должно наступить выздоровление.

Необходимой предпосылкой для возникновения реактивной депрессии является соответствие ситуационных моментов структуре и особенностям личности больного, у которого развивается такая депрессия. Иными словами, ситуация подходит личности, как ключ замку. В период выраженных симптомов реактивной депрессии нередко возникают суицидальные попытки.

Невротическая депрессия. Этот вид депрессии отличается от реактивной тем, что психотравмирующая ситуация не является кратковременным и сильным «психическим ударом», а представляет собой длительно существующий межличностный конфликт. Данный конфликт вызывает перенапряжение защитных нервно-психических механизмов, затрагивает глубинные личностные структуры, связанные с процессом формирования характера и всей истории жизни человека. У таких пациентов отмечаются снижение побуждений, расстройство сна, затруднения в работе и учебе. Тяжелых типических признаков депрессии не обнаруживается, характерно сочетание постоянного депрессивного фона настроения и страха. Весьма частыми являются жалобы соматического и вегетативного характера (боль в животе, сердце, головные боли, головокружение, сердцебиение и т. д.).

Эндогенная депрессия. Этим термином принято обозначать депрессию, которая в своем возникновении и развитии подчиняется внутренним патогенетическим механизмам. Она возникает неожиданно, спонтанно, а ее течение обусловлено болезненными процессами патофизиологического и биохимического характера. Однако клинический опыт показывает, что нет полной изолированности эндогенных депрессий от средовых факторов. Последние играют отчетливую провоцирующую роль примерно в 50 % случаев эндогенных депрессий.

Факторы среды влияют и на содержание депрессивных мыслей. Ключевым для феномена эндогенности является положение К. Ясперса о том, что выраженность депрессивных признаков в случае их эндогенного возникновения несоразмерна с величиной их сопутствующего возникновения в случае внешнего влияния.

Новый пересмотр классификации психических заболеваний (МКБ-10) отражает общую тенденцию, состоящую в отходе от жестких нозологических позиций «крепелиновского» этапа развития психиатрии. Приведенная выше систематика депрессивных расстройств, основанная на различии их происхождения, важна для понимания механизмов развития этого вида психических нарушений. Вместе с тем такое этиологическое разграничение депрессий не всегда возможно. Это обстоятельство затрудняет диагностику, выполнение задач психиатрической экспертизы, а также осложняет унификацию результатов научных исследований.

Указанные проблемы находятся в центре внимания психиатров в течение последних десятилетий, они отмечают «инфляцию» термина «депрессия», определяющего лишь «расплывчатые представления». Попытки построения нозологических концепций применительно к аффективным расстройствам еще более усиливают эту неопределенность. Так, по мнению Г. Холе, если кто-то хочет познать депрессию, он должен уметь на основе комбинированной информации, включающей психические, психомоторные и сомато-вегетативные симптомы, описать признаки депрессивного синдрома. Таким образом, подчеркивается, что адекватно описать депрессию возможно, лишь рассматривая ее как самодостаточный признак, а не как показатель той или иной психической болезни.

2.2. Возрастная характеристика эмоциональных нарушений у подростков

Период подросткового кризиса придает аффективным расстройствам особую окраску. Мы уже говорили о том, что различные патологические симптомы в этом периоде имеют специфическую динамику, связанную с ускорением и искажением протекания психических процессов. Аффективные нарушения также могут иметь атипичные черты в виде слабой выраженности, «незаметности», стертости симптомов. Вместо подавленного настроения и жалоб на «тоску» возникают сомато-неврологические симптомы (головокружения, боли в сердце и других частях тела) и отклонения в поведении. Важно также учитывать особенности «подростковой лексики», поскольку диагноз депрессивного состояния устанавливается в решающей степени благодаря детальной и целенаправленной беседе. В связи с этим необходимо обращать внимание на то, что в структуре эмоций подростка большой удельный вес имеют ситуационно-личностные моменты, отражающие его индивидуальные особенности, процесс формирования своего Я, взаимоотношений с окружающим миром. Понятно, что специфика подростковых эмоций затрудняет их распознавание. Между тем своевременная диагностика этой патологии может иметь существенную профилактическую ценность.

Ретроспективный анализ эмоциональных расстройств у подростков обнаруживает ряд их особенностей. На ранних этапах, в детстве, возникновение аффективных симптомов в большинстве случаев внешне связано с неблагоприятной ситуацией: сменой жизненного уклада, конфликтом с близкими родственниками, разлукой с ними и т. д. В последующем они приобретают отчетливо эндогенные свойства. Но даже на первом этапе, в период ситуационной обусловленности, можно констатировать их эндогенно-фазную природу: степень нанесенной обиды, ситуация разлуки оказываются несоизмеримо меньшими по сравнению с глубиной и длительностью депрессии.

Обнаруживают свои особенности и отдельные клинические типы аффективных нарушений. Подростки с тоскливо-адинамической депрессией в детстве отличаются робостью, малообщительностью, сильно привязаны к матери, сторонятся шумных и подвижных игр. В ситуации депрессивного реагирования проявляются эндогенные черты: длительные, в течение недель и месяцев реакции на обиду сопровождаются телесными и вегетативными расстройствами в виде кожного зуда, «чувства жара», функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта. Злобность, как правило, сочетается с ощущением безысходности, подавленности, грусти. Характерным признаком этого типа депрессий уже в период подросткового кризиса являются затруднения в учебе, снижение способности к усвоению материала, обозначаемые как «депрессивная псевдодебильность». На уроках эти подростки часто отвлекаются, «уходят в себя». Типичным проявлением тоскливо-меланхолической депрессии являются суицидальные мысли и поступки, возникающие в состоянии безысходности, тягостного ощущения неудовлетворенности жизнью.

Ведущим звеном астено-адинамической депрессии является описанный Глятцель (1972) синдром «астенической юношеской несостоятельности», характеризующийся неожиданно наступающей неспособностью к учебе, падением активности. Эти симптомы, появляющиеся исподволь, Д.С. Озерцовский (1981) объединил термином «школьная несостоятельность». Даже после того, как астено-адинамические депрессии становятся выраженными, найти им какие-либо психологические объяснения весьма затруднительно, так как предъявляемые подростком жалобы и испытываемые им ощущения не содержат, как это часто бывает при тоскливо-меланхолической депрессии, реактивного компонента. «Не хочется ничего делать», «Все безразлично» – таковы типичные высказывания подростков в астено-адинамическом состоянии.

Тревожно-фобический спектр аффективных расстройств включает, прежде всего, различные страхи (фобии), фабула которых отражает влияние окружающей ребенка или подростка действительности, содержание прочитанных книг и т. д. Типичными являются страхи за жизнь матери, за собственное здоровье, боязнь заразиться. Тревожные проявления, более глубокие и протяженные во времени, чем страхи, часто имеют, как и тоскливо-меланхолическая депрессия, связь с проблемами взаимоотношений в семье, группе сверстников.

Важным признаком, указывающим на глубину тревоги, является выраженность личностной реакции на болезнь. При умеренной тревоге у подростков сохраняется психологически понятная связь с ситуацией, тревожные опасения сопровождаются комплексом личностных переживаний и рефлексией: они стремятся к сосредоточению внимания на своих поступках, анализируют совершенные ими ошибки, стараются вспомнить, когда проявили несдержанность и грубость, за которые их «ждет наказание».

При глубокой степени тревоги этот личностный компонент, отражающий реакцию на изменение психического состояния, практически отсутствует. Аффект тревоги, захватывающий глубинные сферы психики, непосредственно определяет поведение больных. Иногда чувство тревоги, лежащее в основе глубокой патологии аффективной сферы, не осознается больными, которые не могут понять своего состояния и жалуются на «необъяснимое внутреннее беспокойство», гнетущее, тягостное настроение с предчувствием надвигающейся беды.

Основные компоненты, составляющие ядро так называемого дисфорического синдрома, – тоскливое настроение в сочетании с раздражительностью, злобностью, неприязнью (Юсевич); у подростков на первый план выступает гневливость, несдержанность, оппозиционность, склонность к разрушительным действиям. По утрам они испытывают слабость, вялость, безразличие. На этом фоне возникает злость, раздражительность, «все становится противным». Свое состояние они описывают как подавленность, говорят, что у них «нет вдохновения», «опускаются руки», что им «ничего не хочется делать». Это сочетается с несдержанностью, взрывчатостью по малейшему, чаще всего случайному поводу. Раздражительность, разрушительные тенденции, свойственные дисфорическому состоянию, могут являться следствием подавленности, которую подростки затрудняются описать. Они жалуются на возникающее у них «непонятное желание», «внутреннее беспокойство», «распирание в груди» и т. д.

Расстройства настроения маниакального ряда у подростков особенно тесно связаны с психопатоподобными проявлениями. Внезапно изменившееся поведение, прогулы уроков, неожиданная для близких страсть к перемене мест и посещениям «тусовок», изменение прически и др. поначалу могут произвести впечатление обычного подросткового поведения. К этим проявлениям присоединяется употребление алкоголя, наркотиков и токсических веществ, беспорядочные половые связи. Об эндогенно-аффективной основе таких состояний свидетельствует их длительность и периодичность, наличие витальности (короткий сон, суточные колебания активности) и ускорение течения мыслей.

Маниакальные (гипоманиакальные) расстройства в связи с расторможенностью влечений приобретают черты гебоидности, что, по мнению Н. М. Иовчук (1992), является характерным свойством патологически повышенного настроения у подростков. При данном типе аффективных нарушений провоцирующие внешние воздействия могут быть связаны как с различными ситуациями, складывающимися во взаимоотношениях со сверстниками, родителями, школьными учителями, так и с факторами, действующими на больного опосредованно. Настроение может повышаться, например, от созерцания картин природы, вызывающих чувство радости и подъем жизненных сил. В других случаях подъем настроения происходит без всяких видимых внешних влияний. Подросток вдруг начинает проявлять гиперактивность, повышенную сексуальность, делинквентность*.

При беседе с такими больными обращает на себя внимание ускоренная речь, суетливость, возбужденность, легковесность суждений, фамильярность, в более тяжелых случаях – отры-

вочность фраз, быстрая смена тем разговора, совершение поступков без учета реальной ситуации; у них наблюдается резкое снижение способности к учебе и работе.

2.3. Динамика эмоций и характер агрессии

Формирование и развитие агрессивности тесно связаны с динамикой аффективных симптомов. Наблюдая аффективную патологию, мы можем прогнозировать развитие агрессивных тенденций. Симптомы депрессии могут появляться задолго до манифестирования признаков патологической жестокости. Различные типы эмоций сопровождают этапы зарождения, последующего развития и кульминации агрессии. Это своего рода сигналы, говорящие о глубине поражения, направленности патологической агрессии и перспективе ее воплощения в криминальном акте.

В детстве появляются страхи и кратковременные депрессивные эпизоды. У подростков с тяжелыми формами агрессии (сверхценно-бредовой и импульсивной) с детства отмечаются страхи, носящие беспредметный либо бредовой характер. Такие страхи возникают внезапно, без причины. Характерен немотивированный страх темноты. Появляется ощущение «угрозы», страх смерти. Могут возникать иллюзии, рудиментарные галлюцинации: так, подросток, проявляющий садистскую агрессию к родителям и бабушке (угрожал их «зарезать», «запрещал» матери дышать и т. д.), в более раннем возрасте испытывал страх темноты, стоявший в комнате стул принимал за «маньяка».

У подростков с менее тяжелой формой агрессии (ситуационной, конфликтной) в детстве обнаруживаются страхи темноты, обычно связанные с просмотром страшных фильмов, играми-«ужасиками», каким-либо испугом. Эти страхи психологически понятны, кратковременны; ребенка можно успокоить беседой; отсутствуют галлюцинации и иллюзии.

Страхи в детском возрасте проявляются отдельно от агрессии, не определяют ее характер. Они лишь свидетельствуют об общем неблагополучии в эмоционально-волевой сфере.

В препубертатном (10–12 лет) и в начале подросткового периода появляются депрессивные эпизоды. Вначале они носят кратковременный характер. По структуре они бывают меланхолическими (тоскливость, подавленность), астено-апатическими (слабость, безразличие) или тревожными. Меланхолия проявляется как ощущение «скуки», мрачность, «тяжесть на сердце». При астено-апатической депрессии возникает чувство внезапной слабости, «бессилия», отсутствует желание что-либо делать.

Тревожные эпизоды характеризуются чувством беспокойства, напряженностью, могут возникать рудиментарные «идеи отношения», беспричинное чувство угрозы со стороны какого-либо конкретного человека (родственника, сверстника). Такие депрессивные эпизоды можно назвать глубокими, тяжелыми: они характерны для подростков с импульсивно-садистской и сверхценной агрессией.

В случаях ситуационно-конфликтной агрессии фиксируются депрессивные эпизоды легкой степени: снижение настроения, пессимизм, легкая подавленность без сильной слабости, «идеи отношения», подозрительности.

На данном этапе отмечается более заметная связь аффекта и агрессии. На фоне тосливо-меланхолических и апатических депрессий происходит формирование того или иного вида агрессивного поведения: сверхценного (жажда разоблачительства, мести), импульсивного (внезапные жестокие действия), ситуационного (постоянная раздражительность, конфликты). Наблюдается синхронность между депрессивными эпизодами и проявлениями агрессии. Например, у 17-летнего юноши чередовались периоды «хорошего», «нормального» и агрессивного поведения. И тот, и другой периоды длились по три дня: как только ухудшалось настроение, «все надоедало», появлялись тоска и суицидальные мысли, он начинал ломать мебель, бил мать, при этом «не мог остановиться»; когда настроение приходило в норму, он становился спокойным, просил прощения. Достаточно характерны высказывания подростков о том, что депрессия «подталкивает» их к проявлению агрессии.

Изменение настроения может появляться синхронно с агрессией, как это имело место в вышеприведенном примере. Оно может предшествовать усилению агрессии, возникая за несколько дней до нее. Могут быть также варианты, когда депрессия обнаруживается после манифестации агрессии, но в любом случае наблюдается их тесная взаимосвязь.

Узловой момент, от которого зависит дальнейшая направленность агрессивных импульсов, наступает вместе с возникновением тревожного аффекта. В особенности это характерно для тяжелых видов агрессии (сверхценной и импульсивной). Если аффект тревоги значительно выражен и длителен, то агрессивная направленность приобретает предметно-ориентированный характер. Возникают сверхценно-бредовые идеи притязания на близкие отношения с конкретной личностью, идеи разоблачительства, мести, призывы к импульсивно-садистским актам и т. д. Данный вид аффекта усиливает именно предметно-конкретную направленность агрессивных импульсов, появление и укрепление в них садистских комплексов, а также усиление стремления к реализации агрессивных тенденций.

Нередко возникает также дисфорический (злобный) компонент. Сочетание этих аффектов – гневливости, злобности и тревоги – является постоянным признаком эмоциональных нарушений в случаях сверхценных и импульсивно-садистских агрессивных действий подростков.

Болезненное нарастание тревожного (тревожно-злобного, тревожно-дисфорического) аффекта приводит к разрастанию агрессивных переживаний, превращению их в «руководство к действию». Тревожный аффект способствует пробуждению скрытой жестокости. Тревога – стрессовый катализатор агрессивности – появляется «на финишной прямой», подталкивая к совершению агрессивного акта, к кульминации насилия, разрушительных импульсов сверхценного или импульсивно-садистского типов. Такая кульминация сопровождается выраженным аффектом маниакального и дисфорического характера (рисунок 1).



Рис. 1
Динамика взаимодействия аффекта и агрессии

В формировании тенденций к «привычной» агрессии важное значение имеют эмоциональные симптомы маниакального полюса (подъем настроения, немотивированная веселость, укороченный сон, «жажда деятельности» и т. д.). Причем, в отличие от агрессивных проявлений других типов, эти расстройства отмечаются длительное время (месяцы и даже годы). На протяжении этих длительных фаз отчетливо выявляются признаки патологии в сфере влечений в виде алкоголизации, токсикомании, издевательства над другими людьми, сексуальных извращений и т. д. Другим важным проявлением патологии душевной деятельности у таких подростков является эмоциональная тупость, отсутствие душевного резонанса.

Агрессия в подростковой группе чаще всего возникает ситуационно. Выше говорилось о том, что данный тип жестокости в значительной степени связан с активизацией в момент острого личностного кризиса мощных психических энергий, находящихся вне поля сознания. Эмоции представлены в этом варианте преобладанием дисфорического аффекта: злобностью, раздражительностью. Агрессивные идеи конкретны с самого момента своего ситуационного возникновения и сразу направлены на определенного человека. На фоне дисфорических колебаний настроения происходит мощное усиление агрессивности. На этот процесс оказывает влияние психическая энергия подростковой группы.

Глава 3

Кризис личности

Наряду с аффективными расстройствами, агрессивному поведению сопутствует личностный кризис. Это понятие входит в широкий спектр расстройств личности, или «психопатий». В трудах многих исследователей, посвященных патологии личности, подчеркивается важность динамического подхода к этой проблеме. Психопаты, по мнению Г. Е. Сухаревой (Сухарева, 1959), – это «аномальные, патологические личности с резкой дисгармонией развития эмоционально-волевой сферы, находящиеся на грани между психической болезнью и здоровьем». В формировании всякой личности, подчеркивала она, не только здоровой, но и патологической, ведущая роль принадлежит закономерностям общественно-исторического порядка. В этом определении есть две важные позиции: динамизм личностных изменений «между здоровьем и болезнью», а также их связь с окружающей социальной средой.

Теории происхождения психопатий в основном отличались друг от друга степенью предпочтения, которое отдавалось одному из двух факторов: биологическому либо социальному. Так, Э. Кречмер (1971) придавал решающее значение конституциональному (врожденному) фактору, что, естественно, сужало рамки возможного терапевтического и профилактического вмешательства. Позднее, начиная с 30-х годов XX в., в противоположность взглядам Кречмера и его последователей, стала формироваться иная точка зрения, согласно которой решающая роль в происхождении психопатий принадлежит влиянию среды (Трамер, Симсон, Осипова и др.). Такая исходная позиция в вопросе этиологии психопатий приводила к их гипердиагностике, поскольку к ним относили поведенческие реакции, вызванные влиянием внешней обстановки, внешнего воздействия, среды.

Клиническая практика показывает несостоятельность опоры только на биологическую составляющую патологических влияний в формировании личностных расстройств. Социальная составляющая сама по себе также не является решающим патологическим фактором. Теоретические построения в рамках дихотомии «биологического» и «социального» взаимодействия не могут полностью объяснить происхождение всего спектра личностных девиаций и их аффективных особенностей.

Наблюдения за подростками, совершившими криминальную агрессию, показывают, что отчетливая и стойкая форма личностных изменений встречается редко. В большинстве случаев речь идет о цепочке реакций возбудимости. К тому же эти реакции могут быть объяснены столь часто выявляемыми у этих больных органическими изменениями головного мозга, вызванными черепно-мозговыми травмами или патологией внутриутробного развития.

А. А. Портнов считает, что группировки психопатий, включающие множество типов (шизоидная, тревожная, ананкастическая и пр.) не отражают клинической реальности. На самом деле существуют три основные формы – возбудимая, истерическая и тормозимая. Исследование, проведенное А. А. Портновым, М. М. Ракитиным, С. А. Овсянниковым (Портнов и др., 1987) показало, что те больные, которым в подростковом возрасте ставились диагнозы психопатий, впоследствии оказывались шизофрениками или органиками, что, безусловно, свидетельствует о зыбкости и клинической размытости понятия «психопатия».

Диагностика психопатических типов основывается на литературно-художественных параллелях. Учитывая разнообразную природу личностных реакций, у подростков легко можно выявить искомые типические признаки. Они могут быть усилены или проявляться в меньшей степени, но в целом эти особенности не являются стойкой патологической структурой.

Э. Крепелин подчеркивал, что основная группа психопатий имеет в своей основе задержку развития на детской стадии – так называемый инфантилизм. Помимо задержки, существуют различные «искажения» развития, такие, как сочетание незрелости одних сфер и ускоренного развития других. Этот эволюционный аспект подчеркивает значение онтогенетического механизма в процессе становления психопатий как «аномалий онтогенеза нервной системы» (Сухарева, 1959). Другим важным моментом в теории психопатий является возрастная трактовка личностной патологии, указание на крайнюю редкость очерченных форм психопатий в детском и подростковом возрасте, когда говорить можно только о «препсихопатических состояниях». Г. Е. Сухарева подчеркивала, что к диагностике психопатий в детском возрасте следует подходить с большой осторожностью и ответственностью.

Необходимо отметить, что такие «психопатические» проявления, как повышенная возбудимость, двигательная расторможенность или, напротив, повышенная утомляемость, астенизированность, падение работоспособности, снижение обучаемости, безусловно, являются объективными клиническими феноменами. Но они могут быть связаны с травмами головы, мозговыми инфекциями и интоксикациями, хотя и здесь, по данным Г. Ремшмидт (Ремшмидт, 1994), также не установлено строгой корреляции.

Каковы же на сегодняшний день основные тенденции в изучении расстройств личности и патологии поведения? Представляется целесообразным уйти от отвлеченных теоретических схем при классификации «психопатий». Необходимо искать конкретные факторы, которые оказывают прямое воздействие на возникновение и трансформацию поведенческих расстройств. Надо учитывать, что расстройства личности больше различаются по степени, нежели по типу дисфункции, наличию или отсутствию конкретных характеристик (Костелло, Видигер).

Главной проблемой при анализе личностной патологии, безусловно, является вопрос о степени отклонения поведения от социальных норм и влияние на это отклонение нарушений психики. А. К. Ануфриев (Ануфриев, 1973), говоря о нарушении поведения и интерперсональных отношений у подростков, придает решающее значение в генезе этих расстройств деперсонализации и дистимии. Причем эти два расстройства, как видно из их описания автором, тесно между собой связаны.

Субъективно тягостное ощущение внутреннего разлада, измененности собственного Я, своей идентичности составляет ядро *деперсонализации*. Указанные симптомы, как правило, сочетаются с признаками *дистимии* – чувством дискомфорта, снижением аффективного настроения по отношению к окружающему, трудностью сосредоточения внимания, рефлексией. Углубление деперсонализации сопровождается усилением аффективных изменений в рамках дистимии. В целом же и деперсонализация, и дистимия лежат в основе нарушений поведения. На эти нарушения наслаивается вся остальная симптоматика. Установки, мотивы и ориентации, вытекающие из измененного чувства самосознания и эмоционального фона, обуславливают нарушение поведения и деятельности личности.

Деперсонализация является ключевым феноменом кризиса личности. Она охватывает широкий круг расстройств – от ослабления образного компонента восприятия окружающего, потери сопереживания к нему до случаев бредового раздвоения личности. Разные авторы относят к деперсонализации как глубоко патологические явления с феноменами полного отчуждения собственной воли, мыслей и чувств, так и проявления десоциализации с нарушением «правового чувства», способности различать добро и зло, справедливость и подлость и т. д.

Применительно к понятию кризиса личности деперсонализация выступает, прежде всего, как экзистенциально-феноменологический признак. Процесс открытия своего Я, склонность к самонаблюдению, несоответствие между преувеличенной самооценкой и оценкой окружающими ведут к противоречивым пубертатным конфликтам: от отрицания авторитетов до стремления к зависимости от них. Как считает В. Майер (1959), противоречие между пре-

тензиями к жизни и реальностью могут привести к сознательному отделению от общества и одиночеству подростка.

Именно чувство разделенности собственного Я в экзистенциально-феноменологическом смысле, т. е. ощущение потерянности в мире, отсутствие чувства собственной реальности, «самости» является ключевым звеном нарушений самооценки, эмоций и поведения в рамках так называемого состояния «онтологической* незащищенности». Это состояние, полагает Р. Лейнг (1965), характеризуется тем, что личность теряет способность осознания себя как реальной и завершенной данности. Наоборот, онтологически защищенная личность, несмотря на то, что у нее обостряются естественные конфликты, сомнения и противоречия, ощущает себя целостной и связанной с миром.

Для иллюстрации онтологически незащищенной личности Р. Лейнг приводит примеры описания характеров в романах Ф. Кафки, где жестокая иррациональность условий человеческой жизни усиливается изменениями личности героев. С них содрано все, что составляет человека, оставлена лишь абстрактная принадлежность к человечеству.

В состоянии онтологической незащищенности человек ощущает себя нереальным, слабо отграниченным от окружающего мира, сомневающимся в своей идентичности и автономности. Он лишен чувства последовательности и связанности своих действий. Это приводит к тому, что индивидуум вместо стремления к удовлетворению подчиняется стремлению сохранить себя, а обстоятельства жизни воспринимаются им как угрожающие существованию. Неуверенность в стабильности своего внутреннего мира, обеспокоенность тем, что этот мир может быть утерян, составляют основу постоянного стресса.

Таким образом, деперсонализация, рассматриваемая с позиций кризиса идентификации личности, является стержневым понятием, отражающим экзистенциально-феноменологический аспект душевных расстройств. Ряд известных психологов и психиатров вплотную приступают к анализу психической патологии с учетом именно этого, экзистенциально-феноменологического звена (Юнг, Фромм, Менегетти и др.). Такой подход предполагает рассмотрение психических явлений изнутри самой личности, в свете переживания ею своей идентичности. Он предусматривает также признание того факта, что индивид находится в процессе постоянного развития и что это развитие проходит стадии кризисов.

Говоря о деперсонализации, «самости», экзистенциально-феноменологической основе личности, следует указать, что эти производные психической деятельности отражают преимущественно сознательный уровень внутреннего мира человека. «Поле сознания», по Р. Ассаджоли (Ассаджоли, 1997), охватывает непосредственно осознаваемую часть личности – доступные нашей оценке ощущения, мысли, чувства, желания и влечения. Это поле сознания окружено «низшим» (примитивные побуждения, телесные функции, страхи, патологические желания), «средним» (опыт повседневной деятельности, его усвоение) и «высшим» бессознательным (художественная и научная интуиция, гуманные и героические порывы, альтруизм). Существует также коллективное бессознательное, которое проникает в нас, как окружающая среда сквозь клеточную мембрану. «Коллективное бессознательное», названное так К. Юнгом, является для людей своего рода психической средой. Р. Ассаджоли считает, что между нами и другими людьми, а также между нами и окружающей средой протекают процессы психического осмоса.

Природе человека свойственны внутренние конфликты, и представления о том, что личность изначально являет собой гармонично функционирующую целостность, весьма спорны. В мыслях и действиях людей присутствуют разные, часто противоположные тенденции, которые составляют основу многочисленных конфликтов. Конфликты происходят, в частности тогда, когда в силу закономерностей развития пробуждение новых влечений входит в противоречие со старыми, привычными стереотипами психической жизни. Внутренние конфликты являются неотъемлемой частью человеческого стремления к росту и самоутверждению. Развитие инди-

видуума и особенности личностных проявлений представляются глубоко связанными между собой процессами, в которых, помимо «осязаемых» конфликтов, возникающих в поле сознания, существуют и «иррациональные» конфликты, находящиеся в области глубинных зон внутреннего психического мира: разных уровней бессознательного, высшей самости и т. д.

Необдуманные, нелогичные, поражающие своей жестокостью, выходящие за пределы общепринятых норм поступки людей представляют собой результат действия психических энергий, многие из которых в настоящее время недоступны физическому анализу. К этому ряду относятся, в частности, гомоинтеллектуальная (Рыбальский, 1993) и трансперсональная (Гроф, 1993) энергия.

Таким образом, достижения теории личностной патологии на современном этапе состоят в признании решающей роли кризиса развития с неизбежно присущими ему внутренними конфликтами и обострением эмоциональной нестабильности. Оно учитывает также наличие нескольких уровней психической энергии и ее непознанных видов. Такой взгляд на проблему поведенческих расстройств подчеркивает тесную связь кризисных процессов личности и сопутствующих им патологических изменений – расстройств настроения, деперсонализации.

Понятно, что грубые расстройства, длящиеся годами и десятилетиями, «застывшие» патологические личностные феномены, например, «органическая возбудимость», патологическая замкнутость, обусловленные внешними повреждениями головного мозга, черепно-мозговыми травмами, текущими психическими заболеваниями с дефектом, не входят в круг рассматриваемых явлений.

Изучение личностного кризиса, основанное на многофакторном подходе и учете разных видов и уровней психической деятельности, является необходимым звеном в осмыслении феномена патологической агрессии.

Глава 4

Как распознать патологическую агрессию

4.1. Что пишут газеты об агрессии подростков

Американский журнал «Тайм» в статье «Почему дети убивают детей?» (см.: За рубежом. 1998. № 15) обращается к «жуткому событию», произошедшему в городке Джонсборо, штат Арканзас. Речь идет о следующем: 24 марта 1998 г. двое жителей Джонсборо, 13-летний Митчелл и 11-летний Эндрю, хладнокровно расстреляли из пистолета выходивших из здания школы детей. Четверо из них, а также сопровождавшая их учительница погибли. Убийцы стреляли в верхнюю часть тел своих жертв как наиболее уязвимую. Очевидцы трагедии пережили глубокий шок. В самом деле, как соединить в сознании простых обывателей масштаб содеянной жестокости и то обстоятельство, что убийцами были дети, причем «нормальные» дети – посещавшие школу, жившие рядом со всеми другими жителями городка?

Наряду с жуткими подробностями, касающимися деталей самого преступления, в статье сообщаются сведения о личности преступников. Дедушка 13-летнего убийцы вспоминает, что его внук никогда не был обделен вниманием и заботой близких. У него также никогда не обнаруживалось интереса к насилию и жестокости. О подростке Митчелле известно, что за год до преступления стал верующим и, по словам знавшего его священника баптистской церкви, «воспринимал Иисуса Христа как своего спасителя». Он был примерным членом прихода и восхищал многих взрослых «манерами образцового мальчика из церковного хора». Однако в период, предшествовавший преступлению, с ним стали происходить странные перемены: он, со слов его двоюродного брата, «покатился под гору», начал постоянно спорить, драться, хотел стать членом банды; одевался в красное, чтобы его считали членом банды «Кровь». После того, как одна из школьниц отказала Митчеллу во взаимности, он отреагировал на это стремлением уйти из жизни, показывал своему приятелю веревку и пистолет, которыми он собирался воспользоваться.

Интересна реакция на случившееся жителей городка. «Это хладнокровные, порочные дети» – говорит отец раненой преступниками девочки. Другие склонны видеть в трагедии происки Сатаны. Один из жителей так выразил свое отношение к трагедии: «Мне наплевать, сколько им лет. Если ты кого-то убил, ты должен умереть. Библия гласит: око за око, зуб за зуб». Однако многие, видя в произошедшем печальном событии «промысел божий», высказываются по-другому: «Излечение не может наступить, пока мы не простим». Эти слова, принадлежащие местному священнику, свидетельствуют о том, что в поступках убийц – Митчелла и Эндрю – ему открылись некие подробности, приведшие его к мысли о болезненном характере их поведения. Ведь если бы речь шла о заведомо корыстном или явно хулиганском поступке, вряд ли можно было бы всерьез говорить об излечении и прощении. Приведенное высказывание, скорее всего, отражает стихийное понимание того, что действия Митчелла и Эндрю не были полностью подконтрольны их собственной воле и не являлись результатом «плохого воспитания».

Вспоминая события периода детства Митчелла, его дед никак не мог ответить на вопрос, что толкнуло мальчика на это ужасное преступление, как могла случиться эта трагедия: «Я пытался додуматься до этого, но мне не приходит в голову никакое объяснение». У Митчелла не было каких-либо явно отрицательных черт характера. Наоборот, мальчик за год до преступления искренне обратился к Богу и стал пылким верующим; уже после преступления в тюрьме он жадно читал Библию.

Свидетелей трагедии охватил шок. Многие из них испытывали естественное чувство ненависти к убийцам. Но были люди, у которых шок от случившегося вызвал другие чувства. Обратимся вновь к словам городского священника, который сказал, что «излечение» не может наступить без прощения. Однако для того, чтобы излечение было эффективным, первым шагом на этом пути должно стать понимание движущих сил болезни, **патологического механизма** жестоких действий. Поскольку в действиях подростков не было примитивного и грубого хулиганства, отсутствовал какой-либо корыстный мотив, эти действия, вероятно, представляют собой результат патологического процесса в детской и подростковой психике.

Остановимся на других сообщениях, которые подтверждают сложность проблемы детской агрессии. По мнению корреспондентов, их репортажи фиксируют неординарные события. Но на самом деле описываются случаи, которые можно отнести к повторяющимся «агрессивным сюжетам». И это только неспециалистам кажется, что произошло нечто из ряда вон выходящее. Обычно в таких сообщениях, в газетных заметках из раза в раз повторяется, что работники милиции «испытали шок». Говорится о том, что люди, проработавшие в органах длительное время, были обескуражены жестокостью подростков.

Сказанное иллюстрирует следующий пример. Учащаяся ПТУ, 17 лет, росла в полной, внешне благополучной семье. Она ни в чем не испытывала нужду. Окончила школу, поступила в ПТУ. Не состояла на учете в психиатрическом диспансере, никаких явных отклонений в ее поведении (наркотики, драки и пр.) замечено не было. Долгое время девушка ходила в гости к маленькой девочке, 7-летней школьной подруге своей младшей сестры. Однажды вечером она, как обычно, зашла к ней в гости. Родителей девочки в этот момент дома не было. Девушка предложила своей маленькой знакомой «поиграть в компьютер». Когда та села за компьютерный столик, девушка подошла к ней сзади и нанесла ей сильный удар по голове тяжелой кружкой. Потом начала душить ее шарфом, а после этого перерезала ей горло кухонным ножом. Взяв из комода около 60 тысяч рублей, а также прихватив орудия убийства, преступница покинула квартиру. На улице она выбросила в мусорный контейнер нож, шарф и кружку. Испугавшись, она решила избавиться и от денег и также выбросила их. В период следствия она вначале отрицала свою вину, но потом, под давлением доказательств, во всем созналась. Стала плакать и высказывать сожаление о случившемся. При этом, как отмечают следователи, девушка выглядела хладнокровной и расчетливой, искреннего раскаяния не было. Мать преступницы не в силах объяснить поведение своей дочери. А объяснение самой девушкой этого поступка тем, что ей нужны были деньги на празднование дня рождения, убедительно только с формальной точки зрения, но никак не проясняет сути ее поступка. Как уже отмечалось, семья девушки не бедствовала, и, думается, нужная сумма у родителей всегда бы нашлась.

Преступление это выглядит настолько жестоким, внезапным и безжалостным, что никак не вяжется с любыми возможными мотивами. Ради денег внезапно убить знакомую маленькую, беспомощную девочку, подружку сестры, соседку?! Напомним еще раз, что преступница ранее не состояла на психиатрическом учете, никаких психозов у нее не было. Подтверждением того, что у девушки нет серьезных психических расстройств, можно считать результаты судебно-психиатрической экспертизы: она признана полностью вменяемой. Психозы, в частности, шизофрения, могли бы объяснить ее поступок, но таковых обнаружено не было. Ее поведение так и осталось для всех «загадкой».

Какое воспитательное воздействие могло бы предотвратить агрессию? Прежде чем выбирать методы, необходимо решить вопрос о причинах происшедшего. Но даже следователи были шокированы, родители терялись в догадках... Преступление было совершено так внезапно и столь жестоко, что выстраивание некой психотерапевтической стратегии вряд ли могло бы принести пользу. Данный пример демонстрирует «нелинейность» поведения подростка, отсутствие четкой связи «причина – следствие», внезапность агрессивных порывов, слабую мотивировку действий. Здесь, вероятно, были задействованы разные силы, преимущественно

биологического, физиологического характера. Имела место активация скрытых, глубинных психических энергий.

Еще один пример: 15-летний подросток совершил жестокое убийство путем удушения двух 11-летних школьников. Когда их трупы были найдены за городом в овраге, то поначалу рассматривалась даже версия, что данное преступление – дело рук какого-то маньяка. Позже, однако, выяснилось, что это сделал подросток. И вновь «мотивы» преступника повергли следователя в шок. Оказывается, парень задушил ребят только за то, что те не дали ему покататься на велосипеде! Психолого-психиатрическая экспертиза признала его полностью вменяемым.

Как мы видим, формально некие «мотивы» жестокости присутствуют. Но они не соответствуют тяжести самих действий. Если, к примеру, в «Запорожье» был бы установлен мотор мощного джипа, а за рулем сидел ученик: его неумелые движения десятикратно усиливались бы мощностью «джипа» и становились бы очень опасными. Сам подросток не понимает движущих сил своего агрессивного поведения, абсолютно не готов к ним. Вроде бы обычные, «бытовые» мотивы. Но в совокупности создается впечатление чего-то непонятного, действительно повергающего в шок.

Однажды 13-летний Саша вернулся домой из школы. В школе его ругали за плохую успеваемость. Отец мальчика, увидав записи в дневнике, принялся его «воспитывать», запер в комнате и заставил там учить уроки. Мальчик не спал всю ночь, обдумывая план мести. Наконец, под утро, он взял отцовское охотничье ружье, зашел в спальню родителей и выстрелил поочередно в голову спящим отцу и матери. Перетащив тела убитых родителей в кладовку, мальчик, как мог, убрал следы преступления, после чего отправился на занятия в школу. Что характерно, сотрудники милиции вначале и не подумали, что преступление могло быть делом рук 13-летнего подростка. Однако улики указывали на него, и он сразу во всем сознался. И вновь все признаки стандартной ситуации: никаких признаков психических отклонений у мальчика не наблюдалось, хотя поступок, им совершенный, даже выдавшие виды следователи называют «безумным».

Газетные сообщения, увы, подтверждают наличие такой стойкой тенденции к появлению «неоправданных», немотивированных убийств. В конце марта 2005 г. 15-летний подросток Д., ворвавшись в школу (это также случилось в Америке), расстрелял 9 человек. Как обычно, мотивы были абсолютно неясными. И, как обычно, вначале с ним попытались вступить в контакт и попробовать «уговорить» его «остановить безумие и сдаться». Однако он никого не слушал, «шел по коридору и стрелял». Потом, запершись в одном из классов, он застрелился сам.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.