

Проблема физической агрессии у взрослых с диагнозом аутизма в детстве

Бородина Л.Г.

Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), Москва, Россия

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3058-1569>, e-mail: bor111a@yandex.ru

На предмет наличия/отсутствия физической гетероагрессии ее особенностей было обследовано 64 взрослых с изначальным детским диагнозом аутизма. Физическая гетероагрессия присутствовала примерно у трети обследованных, при этом она обнаружила зависимость от функционального и психопатологического статуса пациентов. Наблюдаясь в единичных случаях у высоко- и среднефункциональных взрослых в рамках психопатоподобного радикала, агрессия присутствовала у большинства низкофункциональных пациентов с кататонической симптоматикой. Выявлены мотивы агрессивных действий: удовлетворение агрессивно-садистического импульса, отреагирование психического дискомфорта и провокация предсказуемого ответа. Наряду с психологическими предпосылками агрессии обсуждается парабулический компонент агрессии аутичных взрослых и ее связь с дисфорическими эпизодами. Семьи с агрессивным аутичным взрослым испытывали значительный дистресс, агрессия нередко приводила к травмам жертв, а потребность семей в реабилитационных психолого-педагогических мероприятиях была неудовлетворена.

Ключевые слова: физическая агрессия, аутизм, низкофункциональный.

Для цитаты: Бородина Л.Г. Проблема физической агрессии у взрослых с диагнозом аутизма в детстве [Электронный ресурс] // Психология и право. 2021. Том 11. № 3. С. 124—130. DOI:10.17759/psylaw.2021110309

The Problem of Physical Aggression in Adults Diagnosed with Autism in Childhood

Lyubov G. Borodina

Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3058-1569>, e-mail: bor111a@yandex.ru

In this study, 64 adults originally (in their childhood) diagnosed with autism were examined for hetero-aggression and its character. Physical hetero-aggression was present in roughly one third of the subjects and, at the same time, it turned out to be

dependent on the functional and psychopathological levels of the patients. Occurring only occasionally in high and middle functioning adults as part of a psychopathy-like syndrome, aggression was present in most low functioning patients with catatonic symptoms. These motives for aggressive actions have been revealed: gratifying one's aggressive-sadistic impulses, reaction to one's psychological discomfort, provoking a predictable response. In addition to psychological causes of aggression, the parabulia-related component of autistic adults' aggression is discussed together with the relationship between aggression and dysphoric episodes. Families with an aggressive autistic adult were under significant distress. Quite often the aggression led to injuries of the victims, but the families' need for rehabilitation and psychological counselling wasn't satisfied.

Keywords: physical aggression, autism, low functioning.

For citation: Borodina L.G. The Problem of Physical Aggression in Adults Diagnosed with Autism in Childhood. *Psikhologiya i pravo = Psychology and Law*, 2021. Vol. 11, no. 3, pp. 124—130. DOI:10.17759/psylaw.2021110309 (In Russ.).

Введение

Несмотря на высокую частоту агрессивного поведения среди детей и подростков с аутизмом [5], научных данных о его встречаемости и особенностях у взрослых с расстройствами аутистического спектра (РАС) явно недостаточно. Проблемы выросших детей с диагнозом «аутизм» еще только ждут получения научного интереса [8]. По данным немногочисленных работ, агрессия связана с плохим исходом аутистического расстройства, а ее частота колеблется от 7,3% для насильственных действий до 26% для противоправного поведения [7]. По наблюдениям G. Bronsard с соавт. (2010), наиболее часто жертвами физической агрессии у низкофункциональных взрослых с РАС были ухаживающие лица, а непосредственно предшествовало агрессивным актам поведение, отражающее тревогу и возбуждение [2].

Целью настоящего исследования было выявление частоты встречаемости и особенностей физической гетероагрессии у взрослых, имевших диагноз РАС в детстве.

В нескольких интернет-сообществах родителей людей с аутизмом их участники, проживающие в г. Москве и Московской области, были приглашены на консультацию врача-психиатра в центре неврологии и психотерапии «Гранат» или беседу с психиатром в ВГБОУ ВО МГППУ. Таким образом было обследовано 65 взрослых пациентов с детским диагнозом «детский аутизм», «атипичный аутизм» и «синдром Аспергера» в возрасте от 18 лет до 38 лет. Среди обследованных преобладали лица мужского пола. На момент обследования практически все пациенты имели диагнозы из группы шизофренического спектра: шизотипическое расстройство — 23 человека, шизофрения, детский тип — 40 человек. У двоих пациентов диагноз детского аутизма был оставлен. В этой связи следует отметить особенности традиций диагностики изучаемых расстройств в России: до 2014 г. диагноз «аутизм» отсутствовал в реестре взрослых диагнозов, в связи с чем практически всем пациентам к возрасту 18 лет диагноз аутизма менялся на диагноз шизофрении или шизотипического расстройства. После 2017 года, когда в информационном письме Минздрава РФ от 04.10.2017 № 17-1/10/1-6371 было определено, что возраст не является основанием для пересмотра диагноза, ситуация начала меняться. Однако до сих пор на

местах сохраняется инертность многолетних традиций, так что родителям, заинтересованным в оставлении диагноза «аутизм» у взрослого сына/дочери, зачастую приходится вести борьбу с бюрократической машиной.

У более, чем трети (25 человек; 38,5%) обследованных взрослых, речь была хорошо развита и уровень интеллекта был в пределах нормы. Поведение в целом было довольно адекватным, и эти лица были способны хотя бы к относительной самостоятельности. Эти пациенты были определены как высокофункциональные (ВФ) [4], что соответствовало уровню тяжести РАС не более единицы по DSM-5 [3]. Еще около трети обследованных (22 человека; 33,8%) составили подгруппу низкофункциональных (НФ). Эти пациенты не владели речью или использовали ее минимально (отдельные слова, стереотипные словосочетания), часто вели себя неадекватно и нуждались в постоянном сопровождении, соответствуя уровню тяжести 3 по DSM-5. Наконец, 18 человек (27,7%) имели простую фразовую или беглую речь, обслуживали себя, некоторые из них были способны к отдельным самостоятельным действиям (например, могли сходить магазин или самостоятельно добраться до места учебы/ работы), но в остальном обнаруживали зависимость от родителей/опекунов и/или неадекватность поведения. Функциональный уровень таких взрослых был оценен нами как среднефункциональный (СФ) и в целом соответствовал уровню тяжести 2 по DSM-5.

Физическая гетероагрессия наблюдалась примерно у трети (28,1%) взрослых, все они были мужского пола. Подавляющее большинство (77,8%) агрессивных взрослых были НФ. Начало агрессивных действия приходилось обычно на подростковый период, средний возраст начала — 14,8 лет.

ВФ-пациенты к физической агрессии прибегали редко (8%), гораздо чаще ограничиваясь вербальными угрозами. Физическая агрессия возникала у двоих пациентов на высоте ситуационно обусловленных гневных вспышек, вызванных тревогой и фрустрацией в социально трудных ситуациях (неудачи в вузе, предстоящие социальные контакты).

У СФ-пациентов физическая агрессия также была относительной редкостью (11,1%), однако, в обоих случаях она была обусловлена не столько ситуацией, сколько эндогенным ритмом дисфорических состояний. Пациенты этой группы были вербальными и озвучивали свои агрессивные побуждения и действия: «хочу резать, убивать», «хочу делать тебе больно».

У НФ-аутичных взрослых агрессия наблюдалась более, чем в половине случаев (63,6%). Агрессия возникала как в ситуации фрустрации и/или тревоги, так и внешне немотивированно. Виды агрессивных действий отличались своей примитивностью и непосредственностью контакта. Пациенты кусали, хватали, в том числе за волосы, щипали, толкали, били руками; практически никогда не использовали предметы для агрессивных действий, хотя в вербальных угрозах использование таких предметов (ножей) могло звучать. Особенностью направленности физической агрессии у НФ-пациентов было лицо жертв: хватание за щеки или любую другую часть лица, тыкание в глаза. «Когда отталкивает, мы летим кубарем», «Хватает пальцы и старается их сломать», «Вцепляется в волосы, сам пугается, но пальцы разжать невозможно», «Руки выкручивает», «Щиплет», «Хватает за щеки, грудь», «Когда у него это начинается, надо просто бежать», «Лбом в лоб, делает свирепую гримасу, хочет укусить, руками держит» — такие примеры встречались в описаниях матерей.

Иногда действие производило впечатление более сложного, содержащего в себе элемент

сознательного нарушения жизнедеятельности объекта — например, удушение. Однако при детальном расспросе оказывалось, что это было примитивное хватание или удар в уязвимую в этом отношении часть тела, например, шею.

Часто агрессивные действия приводили к травмам жертв в виде кровоподтеков, а в 27% от всех случаев агрессии — к более тяжелым последствиям: разрыву связок, переломам ребер, в одном случае — травматической ампутации ушной раковины. Травмы могли быть непрямым следствием агрессивного действия: возникали, например, при последующем падении жертвы.

Часто агрессивному эпизоду предшествовали признаки интенсивного душевного дискомфорта тревожно-дисфорического характера. В других случаях пациенты демонстрировали удовольствие от причинения боли или вокализаций жертвы. Нередко агрессия была способом провокации ответной физической агрессии, что позволяло рассматривать ее как опосредованную аутоагрессию.

Были выделены три основных мотива агрессии у взрослых с РАС: 1) прямая реализация агрессивно-садистического импульса; 2) отреагирование психического дискомфорта; 3) получение предсказуемого ответа со стороны жертвы.

Мотивы у данного контингента часто были недостаточно осознанными, а совершаемые агрессивные акты часто имели оттенок импульсивности. Отмеченной закономерностью было присоединение мотива получения удовольствия или успокоения к первичному мотиву отреагирования или прямой реализации агрессивного импульса. В силу стереотипности поведения агрессивные акты легко закреплялись и повторялись в неизменном виде, образуя характерный цикл: «триггер—агрессия—реакция жертвы или субъективное облегчение как подкрепление—повторная агрессия—стереотипизация». Стремление вызвать реакцию жертвы, чаще негативную (воплъ, плач, гневный окрик) было болезненным по своей сути и отражало парабулический первертный компонент, с одной стороны, и потребность в предсказуемом (стереотипном) следствии — с другой. Так, НФ-молодой человек требовал от матери, чтобы та собиралась на работу (одевалась, причесывалась) в точной последовательности, несмотря на то, что мать уже была на пенсии; конечным этапом сложного стереотипного ритуала было физическое насилие — выталкивание матери за дверь с повторением слова «плакать, плакать». Если мать действительно начинала рыдать, пациент успокаивался.

Для некоторых случаев характерным оказался суточный ритм агрессии: агрессивные эпизоды у четверти НФ-пациентов были привязаны к определенному, чаще вечернему, времени.

Особого внимания заслуживает положение семей с взрослым агрессивным аутичным больным. Появление агрессии у подростка или взрослого резко дезадаптировало и так дисфункциональную семейную систему. Родители (нередко одна мать) оказывались психологически не готовы к утяжелению поведения подростка или взрослого. Справившись с проблемным поведением раннего возраста, многие родители испытывали облегчение, что «самое страшное позади». Возникновение физической агрессии у крупного, сильного подростка или взрослого воспринималось как «падение ниже дна», «ад». Сопутствующее гетероагрессивному поведению разрушение имущества усугубляло картину хаоса, «кошмара». При этом психологические ресурсы родителей были уже истощены многолетним уходом и трудоемкой и часто недостаточно успешной реабилитацией ребенка; появление новых, более тяжелых и угрожающих, проблем воспринималось как повторная, более

страшная, катастрофа на фоне истощения и выгорания. Родители испытывали отчаяние, беспомощность, ужас и стыд, в ряде случаев препятствующий обращению за помощью.

В трети случаев на высоте одного из агрессивных эпизодов родители обращались за неотложной психиатрической помощью, за чем обычно следовала неотложная и/или недобровольная госпитализация пациента [1]. Изменение привычного образа жизни и непонимание социальных норм пребывания в отделении стационара нередко приводило к усилению тревоги и возбуждения пациента и к чрезмерному наращиванию седативной терапии. В результате на момент выписки пациент был седирован, однако, не способен к привычной активной жизни (посещению колледжа, занятий, прогулкам).

Необходимая психологическая помощь — поведенческая терапия — для агрессивных взрослых с аутизмом оказывалась недоступной. Реабилитационные центры крайне неохотно принимали подростка или взрослого с агрессией или вовсе отказывали в помощи, не имея среди сотрудников кадров, способных ему противостоять. Даже психоневрологические интернаты при обращении к ним с агрессивным пациентом склонны были отказывать и перенаправлять его в психиатрический стационар.

Обсуждение

Значительная частота физической гетероагрессии у взрослых с аутизмом, особенно при низком функциональном статусе, заслуживает пристального внимания как медицинского, так и психолого-педагогического научных сообществ. Полученные в данном исследовании результаты говорят о не меньшей частоте агрессии у взрослых по сравнению с детским контингентом, хотя сравнение и затруднено большим разбросом данных по детской агрессии у различных исследователей: 22% [2], 8—68% [3].

При изученности и разработанности подходов к детской агрессии, агрессия аутичных взрослых представляется своего рода «белым пятном» как в психологии, так и в педагогике и медицине. Распространенное убеждение, что причина агрессии у детей с аутизмом — дефицит коммуникативных навыков, вряд ли применимо к агрессивному поведению взрослых: проблемы коммуникации к этому возрасту если не решены, то в той или иной степени компенсированы, и к ним уже адаптированы и сам пациент, и его семья. Возникновение физической агрессии в подростковом и молодом взрослом возрасте, скорее, связано с течением болезненного процесса и степенью присутствия в нем аффективных расстройств (дисфорий), расторможенных влечений и кататонической (парабулической) симптоматики. Однако, это не означает, что психолого-педагогические методы поведенческого характера не могут дать результата; проблема, скорее, в отсутствии кадров педагогов, готовых работать с агрессивным взрослым; предпочтительны грамотные педагоги-мужчины, толерантные (в разумных пределах) к возможной агрессии.

Заключение

Таким образом, в результате проведенного исследования была выявлена довольно высокая частота физической агрессии у взрослых с диагнозом аутизма в детстве, со значительной зависимостью от функционального статуса. Если среди ВФ-пациентов случаи агрессии были редки, то в подгруппе НФ-взрослых агрессия присутствовала у большинства из них. Мотивы агрессивных действий были непосредственно связаны с парабулическими расстройствами в рамках кататонии: повышенным и извращенным агрессивным-

садистическим влечением, потребностью в стереотипных повторах действий с получением предсказуемых последствий, удовольствием от негативного эмоционального посыла жертвы. Семьи с агрессивным аутичным взрослым оказывались наиболее дезадаптированными в социальном, психологическом плане и плане доступности адекватного медицинского сопровождения. Наличие агрессивного поведения, с одной стороны, свидетельствовало о крайней степени нуждаемости семьи в реабилитационной помощи и, с другой стороны, становилось непреодолимым препятствием для доступа к ней.

Литература

1. Закон РФ от 02 июля 1992 г. № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» [Электронный ресурс]. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_4205/ (дата обращения: 10.11.2020).
2. Bronsard G., Botbol M., Tordjman S. Aggression in low functioning children and adolescents with autistic disorder // *PloS one*. 2010. Vol. 12. Is. 5. E14358. doi:10.1371/journal.pone.0014358
3. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association. 2013. P. 992.
4. Feather K.A. Low functioning to high functioning autism: a prescriptive model for counselors working with children across the spectrum [Электронный ресурс]. *Vistas*. 2016. URL: https://www.counseling.org/knowledge-center/vistas/by-subject2/vistas-children/docs/defaultsource/vistas/article_11d2bf24f16116603abcacff0000bee5e7 (дата обращения: 17.11.2020).
5. Fitzpatrick S.E., Srivorakiat L., Wink L.K., Pedapati E.V., Erickson C.A. Aggression in autism spectrum disorder: presentation and treatment options // *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2016. Vol. 12. P. 1525-1538. doi:10.2147/NDT.S84585
6. Hill A.P., Zuckerman K.E., Hagen A.D. et al. Aggressive behavior problems in children with autism spectrum disorders: prevalence and correlates in a large clinical sample // *Research in Autism Spectrum Disorders*. 2014. Vol. 8. Is. 9. P. 1121—1133. doi:10.1016/j.rasd.2014.05.006
7. Langstrom N., Grann M., Ruchkin V., Sjostedt G., Fazel S. Risk factors for violent offending in autism spectrum disorder: a national study of hospitalized individuals // *Journal of Interpersonal Violence*. 2009. Vol. 24. P. 1358—1370.
8. Matson J.L., Sipes M., Fodstad J.C., Fitzgerald M.E. Issues in the management of challenging behaviours of adults with autism spectrum disorder // *CNS Drugs*. 2011. Vol. 25. Is. 7. P. 597—606.

References

1. Zakon RF ot 02 ijulja 1992 g. № 3185-1 “O psihiatricheskoj pomoshhi i garantijah prav grazhdan pri ee okazanii” [Elektronnyi resurs] [Law of the Russian Federation no. 3185-1 “On psychiatric care and guarantees of the rights of citizens when providingit”] URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_4205/ (Accessed 10.11.2020).
2. Bronsard G., Botbol M., Tordjman S. Aggression in low functioning children and adolescents with autistic disorder. *PloSone*, 2010. Vol 12, no. 5, e14358. doi:10.1371/journal.pone.0014358
3. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington. VA: American Psychiatric Association, 2013. 992 p.
4. Feather K. Low functioning to high functioning autism: a prescriptive model for counselors working with children across the spectrum. [Electronic resource]. *American Counseling*

Бородина Л.Г.
Проблема физической агрессии у взрослых с
диагнозом аутизма в детстве
Психология и право. 2021. Том 11. № 3. С. 124—130.

Borodina L.G.
The Problem of Physical Aggression in Adults Diagnosed
with Autism in Childhood
Psychology and Law. 2021. Vol. 11, no. 3, pp. 124—130.

Association. URL: https://www.counseling.dорг/knowledge-center/vistas/by-subject2/vistas-children/docs/defaultsource/vistas/article_11d2bf24f16116603abcacff0000bee5e7 (Accessed 17.11.2020).

5. Fitzpatrick S., Srivorakiat L., Wink L., Pedapati E., Erickson C. Aggression in autism spectrum disorder: presentation and treatment options. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 2016. Vol.12, pp. 1525-1538. doi:10.2147/NDT.S84585

6. Hill A., Zuckerman K., Hagen A., et al. Aggressive behavior problems in children with autism spectrum disorders: prevalence and correlates in a large clinical sample. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 2014. Vol. 8, no. 9, pp. 1121—1133. doi:10.1016/j.rasd.2014.05.006

7. Langstrom N., Grann M., Ruchkin V., Sjostedt G., Fazel S. Risk factors for violent offending in autism spectrum disorder: a national study of hospitalized individuals. *Journal of Interpersonal Violence*, 2009. Vol. 24, pp. 1358—1370.

8. Matson J., Sipes M., Fodstad J., Fitzgerald M. Issues in the management of challenging behaviours of adults with autism spectrum disorder. *CNS Drugs*, 2011. Vol. 25, no. 7, pp. 597—606.

Информация об авторе

Бородина Любовь Георгиевна, кандидат медицинских наук, доцент, доцент кафедры клинической и судебной психологии, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), Москва, Россия, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3058-1569>, e-mail: bor111a@yandex.ru

Information about the author

Lyubov G. Borodina, PhD in Medicine, Associate Professor, Chair of Clinical and Forensic Psychology, Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3058-1569>, e-mail: bor111a@yandex.ru

Получена 13.11.2020
Принята в печать 10.08.2020

Received 13.11.2020
Accepted 10.08.2020