

ЭМПИРИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

**С. О. Кузнецова, А. А. Абрамова,
С. Н. Ениколопов, А. В. Разумова**

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВРАЖДЕБНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ШИЗОФРЕНИЕЙ, ШИЗОАФФЕКТИВНЫМИ И АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

В статье представлены результаты эмпирического исследования, посвященного изучению роли враждебности в этиопатогенезе таких психических заболеваний, как шизофрения, шизоаффективное и аффективное расстройства. Описан характер взаимосвязи общего уровня враждебности и качественных аспектов враждебности с объективными характеристиками психического заболевания (длительностью и нозологической принадлежностью). Выборку составил 161 человек, из них в клиническую группу вошел 81 больной, находящийся на стационарном лечении в 4-м отделении клиники аффективной патологии НЦПЗ РАМН. Сравнение проводилось с контрольной группой здоровых испытуемых, в которую вошли 80 мужчин, не страдающих психическими и неврологическими расстройствами. В исследовании использовались следующие методики: семантический дифференциал (модификация А.В. Охматовской), шкала базисных убеждений, опросник конструктивного мышления, опросник Кука—Медли, опросник Басса—Перри, лицевая методика (Wechsler memory scale), тест Вагнера «Рука» (модификация А.В. Герасимова). Было установлено, что у психически больных отмечаются достоверно повышенные количественные показатели враждебности по сравнению с нормой. При психической патологии отмечается качественная специфика враждебности, выражающаяся в подозрительности, настороженности, амбивалентности, экстрапунитивности и генерализации враждебного от-

Кузнецова Светлана Олеговна — канд. психол. наук, ст. науч. сотр. отдела медицинской психологии Научного центра психического здоровья РАМН. *E-mail:* Kash-kuznezova@yandex.ru

Абрамова Аида Алексеевна — канд. психол. наук, ст. науч. сотр. отдела медицинской психологии Научного центра психического здоровья РАМН. *E-mail:* aida-abramova@yandex.ru

Ениколопов Сергей Николаевич — канд. психол. наук, зав. отделом медицинской психологии Научного центра психического здоровья РАМН. *E-mail:* enikolopov@rambler.ru

Разумова Анна Васильевна — канд. психол. наук, директор психол. центра «Линии жизни». *E-mail:* ann-razumova@yandex.ru

ношения. Результаты исследования показали, что враждебность является нозонеспецифической характеристикой психических расстройств и не зависит от возраста больного и длительности заболевания.

Ключевые слова: враждебность, психические заболевания, шизофрения, аффективное расстройство, шизоаффективное расстройство, биопсихосоциальная модель этиопатогенеза.

This article presents the results of an empirical study on the role of hostility in the etiopathogenesis of mental illness such as schizophrenia, schizoaffective and affective disorders. The relationship of the general level of hostility and enmity with the qualitative aspects of the objective characteristics of mental illness (duration and nosology) is described in the following article. The sample consists of 161 people, of which the clinical group consisted of 81 patients who are hospitalized in the 4th department of the clinic affective pathology. Comparison was made with a control group of healthy persons, which included 80 men who do not suffer from mental and neurological disorders. The study used the following methods: semantic differential (modification by Ohmatovskaya A.V.), World assumptions scale, Constructive Thinking Index (CTI), Cook-Medley Hostility scale, Buss-Perry Aggression Questionnaire, Wechsler memory scale, Wagner's "Hand-test" (modification by A.V. Gerasimov). It was found that mentally ill patients were showing significantly higher quantitative measures of hostility, compared with the norm. Psychopathological marked qualitative specificity of hostility expressed in suspicion, ambivalence, extrapunitive and generalized hostility. According to the results, hostility has not direct connection with the nosology specific of the mental disorders, and does not depend on the patient's age and duration of disease.

Key words: hostility, mental illness, schizophrenia, affective disorder, schizoaffective disorder, bio-psychosocial model of etiopathogenesis.

На сегодняшний день одной из актуальных задач, стоящих перед психологической и общемедицинской практикой, является нахождение и предупреждение факторов риска различных заболеваний. Интенсивное развитие психологии и медицины обуславливает возникновение новых объяснительных принципов в изучении роли психологических факторов в этиологии и патогенезе психических расстройств. За последние 20 лет одним из психологических факторов этиопатогенеза соматических и психических заболеваний в научной литературе все чаще называется враждебность (Ениколопов, Садовская, 2000; Smith, 1992; Williams et al., 1985).

В современных исследованиях враждебность рассматривается как негативное отношение к объектам окружающей действительности (Ваксман, 2005; Охматовская, 2001; Varefoot, 1992). Враждебность как психологическое отношение может не наблюдаться напрямую в поведении индивида, а проявляться в разнообразных

психических процессах и явлениях, тогда изучение сферы отношений личности и, в частности, враждебности будет представлять актуальную методологическую проблему. Несмотря на то что представители различных научных школ и направлений признают патогенность воздействия враждебности на физическое и психическое здоровье людей, проблематика враждебности до сих пор не имеет единой теоретической и исследовательской парадигмы, что приводит к трудностям дифференциации и описания этого феномена и делает исследования в этой области особенно актуальными для науки и практики. Кроме того, разноречивыми остаются мнения относительно видов враждебности при тех или иных заболеваниях.

Актуальность данного исследования определяется также тем, что в настоящее время, по данным Всемирной организации здравоохранения, такие психические заболевания, как шизофрения, аффективные и шизоаффективные расстройства, остаются самыми распространенными заболеваниями современности, и число людей, страдающих этими недугами, неуклонно растет. Кроме того, наряду с увеличением распространенности психических заболеваний в современном мире отмечается рост враждебного отношения и агрессивного поведения.

Проблема взаимосвязи враждебности с психическими расстройствами разрабатывается в психологических и клинических исследованиях уже около 30 лет, но до сих пор остается актуальной. Результаты исследований неоднозначны. Так, было показано, что при депрессии показатели интропунитивной враждебности значительно превышают норму и доминируют над показателями экстрапунитивности (Biaggio, Godwin, 1987; Blackburn, 1974; Mayo, 1967). В то же время депрессивные больные помимо прочего раздражительны, обидчивы, нередко вербально агрессивны, на основании чего некоторые исследователи делают вывод о наличии у них враждебных установок в адрес окружающих людей, т.е. экстрапунитивной враждебности (Weissman, Klerman, 1971; Williams et al., 1985). Противоречивы также результаты исследований гендерных различий в рамках проблемы взаимосвязи депрессии и враждебности. Так, в одной работе (Fava et al., 1993) получены данные о том, что показатели враждебности у депрессивных мужчин значительно выше, чем у депрессивных женщин, а в другой работе (Moreno et al., 1995) зафиксирован противоположный результат. Следует отметить, что авторы большинства исследований враждебности при психических расстройствах лишь констатируют наличие отдельных показателей враждебности (негативизма, подозрительности, агрессии), не рассматривая механизмы ее влияния на этиологию и патогенез психического заболевания.

В настоящем исследовании показано, что враждебность является не просто сопутствующей характеристикой психических болезней, а выступает в качестве их предиктора. При этом есть основания рассматривать враждебность в числе общих психологических факторов риска психических заболеваний, не специфичных для какой-либо отдельной нозологии.

Цель, задачи, выборка исследования

Цель исследования: изучение психологических особенностей враждебности у лиц, страдающих психическими заболеваниями, а также характера взаимосвязи враждебности с объективными характеристиками заболевания. В соответствии с целью исследования были поставлены следующие **задачи**: 1. Разработка методического комплекса для изучения различных сторон враждебности. 2. Сравнение общего уровня враждебности у психически больных и у здоровых испытуемых. 3. Изучение качественных особенностей враждебности в группе психически больных по сравнению с контрольной группой. 4. Анализ психологических особенностей враждебности в группе психически больных с учетом возраста больных, нозологической принадлежности и длительности течения заболевания.

Выборка. Исследование проведено на двух группах испытуемых (клиническая и контрольная). Всего был обследован 161 человек (все мужчины) с высшим, неоконченным высшим и средним специальным образованием, среднего социального статуса. В данной работе рассматривается только мужская выборка, так как в ряде психологических исследований (Абрамова, 2005; Охматовская, 2001) было показано, что враждебность более выражена у мужчин, чем у женщин. Клиническую группу составил 81 больной в возрасте от 18 до 42 лет (средний возраст — 22.96 года), находящийся на стационарном лечении в 4-м отделении клиники аффективной патологии НЦПЗ РАМН. Критерии включения больных в исследование: наличие в качестве основного клинического диагноза «аффективное расстройство» (F-31.1, F-31.2, F-31.3, F-31.6, F-33.1, F-34.0 по МКБ-10), «шизофрения» (F-20.0, F-20.6, F-21.6) или «шизоаффективное расстройство» (F-25.0, F-25.01, F-25.1, F-25.11, F-25.8) и отсутствие на момент исследования в клинической картине заболевания бредовых и галлюцинаторных расстройств, выраженных когнитивных нарушений, а также заболеваний ЦНС. Больные обследовались в состоянии ремиссии, перед выпиской из стационара. Сравнение проводилось с контрольной группой здоровых испытуемых, в которую вошли 80 мужчин в возрасте от 18 до 44 лет (средний возраст — 22.41 года), не страдающих психическими и неврологиче-

скими расстройствами и отрицающих у себя наличие каких-либо других хронических заболеваний.

Вся когорта больных была разделена на две группы на основании длительности заболевания, зафиксированной в истории болезни: 1-я группа — с длительностью заболевания до года включительно (29 человек) и 2-я группа — более года (52 человека).

Методический аппарат

Выбор методик определялся целями и задачами исследования. В исследовании применялись методы тестирования, опроса, субъективного шкалирования, наблюдения.

1. *Семантический дифференциал* (СД) (модификация А.В. Охматовской, 2001). По данным этой методики в первую очередь фиксируется сдвиг шкальных оценок в сторону положительного полюса, или «индекс положительности». Методика позволяет проанализировать факторную структуру семантических пространств, качественную специфику и субъективную значимость определенных негативных характеристик, приписываемых окружающим объектам, аффективный компонент враждебности.

2. *Шкала базисных убеждений* (Janoff-Bulman, 1992). Методика используется нами с целью исследования и анализа структуры базисных убеждений психически больных, отражающей когнитивный компонент враждебности. В данный опросник входят 7 субшкал: 1) доброжелательность окружающего мира; 2) справедливость; 3) контролируемость; 4) закономерность; 5) самоценность; 6) способность контролировать ситуацию; 7) удача.

3. *Опросник конструктивного мышления* (*Constructive Thinking Index — CTI*, Epstein, 1991) был включен в батарею методик с целью исследования поведенческого и когнитивного компонентов враждебности, оценки критичности психически больных и уровня конструктивного мышления. Опросник состоит из 97 утверждений, каждое из которых необходимо оценить по 5-балльной шкале, и включает 7 основных шкал: «Эмоциональное совладание», «Поведенческое совладание», «Категорическое мышление», «Эзотерическое мышление», «Наивный оптимизм», «Личностно-суеверное мышление», «Общая шкала конструктивного мышления» и 3 шкалы валидности: «Шкала Социальной желательности», «Шкала Лжи» и «Шкала Валидности».

4. *Опросник Кука—Медли* (Han et al., 1995). В опросник, использовавшийся в настоящем исследовании, включены 50 пунктов из опросника ММРІ. С помощью этой методики производилось измерение общего уровня враждебности, изучались особенности ее проявлений: цинизм, настроенность, агрессивные реакции и аутизация, а также исследовались когнитивный и поведенческий компоненты враждебности.

5. *Опросник Басса—Перри* использовался нами с целью выявления количественных показателей враждебности, агрессии и гнева. Опросник состоит из 29 утверждений, которые оцениваются по 5-балльной шкале. Анализ факторов производится по трем шкалам: физическая агрессия, гнев и враждебность.

6. *Лицевая методика (Wechsler Memory Scale)* позволяет исследовать количественные показатели мнестических процессов, выявлять качественную специфику и субъективную значимость определенных негативных характеристик, приписываемых окружающим объектам (прежде всего лицам людей).

7. *Тест Вагнера «Рука»* (модификация А.В. Герасимова, 1999) — методика исследования личности, предназначенная для диагностики агрессивности, прогноза агрессивного поведения. Ответы испытуемых оценивались по следующим шкалам: агрессивность, директивность, зависимость, коммуникативность, страх, эмоциональность, демонстративность, ущербность, безличная активность, безличная пассивность, напряжение, описание и отсутствие ответа.

Статистическая *обработка* результатов производилась с помощью статистического пакета Statistica for Windows версия 6.0. Для оценки значимости межгрупповых различий использовались критерии Манна—Уитни и Колмогорова—Смирнова. Для определения меры связи между отдельными показателями подсчитывался коэффициент корреляции Спирмена, а также процент совпадения значений.

Результаты

1. Количественная специфика враждебности

Исходя из результатов, полученных в нашем исследовании, общий уровень враждебности в группе психически *больных* (Б-группа) значимо выше, чем в контрольной (К) группе. Данный вывод можно подтвердить следующими результатами.

Во-первых, в Б-группе отмечается повышение средних значений враждебности по шкале Кука—Медли по сравнению с К-группой. Следует отметить также увеличение в Б-группе значений по шкалам цинизма и настороженности, которые наиболее непосредственно указывают на враждебность. Так, по данным корреляционного анализа, враждебность значимо положительно коррелирует с цинизмом ($R=0.87$, $p<0.001$) и настороженностью ($R=0.79$, $p<0.001$). Повышение средних значений по шкале аутизма в Б-группе также свидетельствует о враждебности, но только косвенно.

Во-вторых, в Б-группе получен более высокий, чем в К-группе, уровень враждебности по опроснику Басса—Перри. Повышенные значения по шкале гнева в Б-группе также непосредственно указывают на враждебность. Согласно результатам корреляционного анализа, между враждебностью и гневом существует статистически

значимая положительная корреляция ($R=0.39$, $p=0.0007$). Полученные нами данные подтверждают ранее полученные результаты (Барденштейн, Можгинский, 2002; Barefoot, 1992).

В-третьих, в Б-группе отмечается снижение средних значений по таким факторам шкалы базисных убеждений, как доброжелательность окружающего мира, удача, закономерность и способность контролировать ситуацию. Данные показатели свидетельствуют о враждебности косвенно и подтверждают полученные М.А. Падун (2003) результаты об отрицательной корреляции враждебности с доброжелательностью окружающего мира ($R=-0.15$) и удачей ($R=-0.06$).

В-четвертых, повышение средних значений категорического мышления в «Опроснике конструктивного мышления» и одновременное снижение значений конструктивного мышления и эмоционального совладания в Б-группе по сравнению с К-группой также свидетельствуют о враждебности. При этом наличие деструктивного мышления и трудностей эмоционального совладания со стрессовыми ситуациями приводит к увеличению стрессогенных ситуаций для психически больных, в результате они становятся более чувствительными к негативным оценкам окружающих.

В-пятых, увеличение в Б-группе количества агрессивных и директивных ответов, направленных на другого субъекта и на другой предмет, в тесте «Рука» непосредственно свидетельствует о враждебности, что подтверждает результаты, полученные в исследовании А.А. Абрамовой (2005) на депрессивных больных.

В-шестых, высокие значения коэффициента агрессивности в Б-группе по сравнению с К-группой, полученные в тесте «Рука», указывают на враждебность психически больных. Полученные нами результаты о повышенной агрессивности людей, страдающих психическими заболеваниями, согласуются с данными ряда клинических наблюдений (Абрамова, 2005; Ваксман, 2005; Haines et al., 1995; Wei Wang et al., 2002).

В-седьмых, в Б-группе отмечается снижение суммарного индекса положительности, а также сближение оценок положительных и отрицательных стимулов и снижение индекса положительности для «неопределенных» стимулов, полученные в методике СД.

Опираясь на биопсихосоциальную модель и концепции стресса, дадим объяснение полученным фактам. В рамках данных концепций одной из задач исследования является описание тех психологических характеристик, которые опосредуют патогенное воздействие стресса на человеческий организм. В данном контексте нужно отметить работы Р. Лазаруса, который указывал на сложность выделения универсальных стрессогенных ситуаций, подчеркивая роль индивидуально-психологических особенностей личности (Исаев,

1996). Как правило, среди опосредующих переменных перечисляют особенности психологических защитных механизмов, преимущественные стратегии совладания, а также особенности восприятия стрессогенных ситуаций (там же). К последним, по всей видимости, имеет прямое отношение враждебность, поскольку враждебные люди, как показало наше исследование, склонны приписывать нейтральным объектам и ситуациям негативные качества. Многие ситуации социального взаимодействия представляются им конфликтными, фактически не являясь таковыми. Враждебные люди ниже оценивают вероятность благоприятных событий и выше — вероятность неблагоприятных. Все это создает для них множество дополнительных источников стресса по сравнению с невраждебными субъектами. Таким образом, можно предположить, что повышенная враждебность индивидов выступает в качестве психологического маркера их индивидуальной уязвимости в стрессогенных ситуациях, что вызывает трудности компенсации и адаптации к социальным условиям и затем манифестацию заболевания (соматического или психического). Данное предположение подтверждается исследованиями враждебности на материале соматических больных (Охматовская, 2001), у которых также отмечалась повышенная враждебность по сравнению с группой здоровых испытуемых.

2. Качественная специфика враждебности

Результаты нашего исследования свидетельствуют о том, что *степень дифференцированности* характеристик, по которым оцениваются различные объекты, в Б-группе значительно выше, чем в К-группе. Психически больные большее число объектов оценили отрицательно, а следовательно, и более дифференцированно. Полученные нами данные согласуются с результатами работы (Williams et al., 1985), в которой было показано, что такие важные составляющие враждебности, как поиск и регистрация источников опасности, предполагают дифференцированную систему оценки этих источников. Проблема дифференцированности негативных оценок тесно связана с проблемой *осознанности враждебных отношений*. У испытуемых Б-группы осознанное негативное отношение к окружающим было представлено в форме обвинений, утверждений о возмездии («получат по заслугам») и т.д. Такое отношение они считали оправданным и не стремились скрыть его при общении с психологом и врачом. Таким образом, можно предположить, что больные осознают не собственную враждебность, а враждебность окружающего их мира, при этом мотивы и причины ее остаются неосознанными. Данное объяснение согласуется с идеями В.Н. Мясищева (2001), который разводил понятия «враждебное отношение» и «враждебная установка».

Еще одной особенностью враждебного отношения к окружающим объектам у психически больных является *амбивалентность*, противоречивость, которая выражается в том, что при описании объектов в методике СД больные сочетают положительные и отрицательные качества. Например, одну и ту же картинку описывают противоположными характеристиками: «хорошее, красивое ... злое, страшное» или «хорошее, доброе ... трусливое, непредсказуемое».

В Б-группе отмечены также более высокие показатели *настороженности и цинизма*, чем в К-группе. Настороженность в Б-группе тесно связана с подозрительностью. На повышенную подозрительность указывают также особенности отношения больных испытуемых к психологическому обследованию: они отказывались выполнять некоторые задания и отвечать на вопросы, давали уклончивые ответы (например, «не знаю», «50 на 50»), подчеркивая, что в результатах исследования больше заинтересован психолог, чем они сами. Согласно концепции Дж. Салса (Suls, Sanders, 1989), враждебные люди не просто более интенсивно реагируют на конфликтные ситуации, а, скорее, провоцируют и создают такие ситуации посредством специфической системы убеждений и соответствующего ей поведения. В процессе формирования враждебного отношения к окружающим объектам существенную роль играют такие характеристики, как цинизм, недоверие, подозрительность, негативизм.

Можно сказать, что в Б-группе (в отличие от К-группы) враждебность была *генерализованной*. Это подтверждается и данными наблюдений (враждебное отношение часто распространялось на ситуацию обследования и на психолога), и результатами тестовых заданий, в которых в качестве объектов враждебного отношения выступали лица на фотографиях, неопределенные изображения и абстрактные понятия (будущее, мир в целом и т.д.). Полученные нами данные согласуются с результатами исследования А.В. Охматовской (2001).

3. Связь враждебности с объективными характеристиками заболевания

При сравнении групп психически больных различной нозологии нами не были выявлены статистически значимые различия по непосредственным показателям общего уровня враждебности. Согласно результатам корреляционного анализа, между враждебностью и нозологической принадлежностью существует статистически незначимая положительная корреляция ($R=0.11$, $p>0.3$).

Отсутствие взаимосвязи враждебности с нозологической принадлежностью свидетельствует об универсальности, нозонеспецифичности враждебности как психологического маркера психиче-

ского заболевания. Таким образом, есть основания рассматривать враждебность как один из общих психологических факторов риска психических заболеваний. При этом ее можно отнести к предикторам, но не к основным этиологическим факторам развития психической патологии. Это предположение согласуется с результатами ряда исследователей (Вильдавская, 1995; Коцюбинский, 2004).

Статистически значимые различия между группами, различающимися по длительности заболевания, выявлены по факторам *доброжелательность окружающего мира, эмоциональность и удача*. Средние значения по данным шкалам выше в группе больных до года по сравнению с группой больных более года. При этом коэффициент агрессивности повышается с увеличением длительности заболевания. Нами обнаружена слабая положительная связь длительности заболевания с фактором настороженности ($p=0.07$). Полученные данные согласуются с рядом исследований (Соловьёва, 1997; Тиганов, 1997), в которых отмечается, что по мере увеличения длительности психического заболевания акцентируются поведенческие проявления (раздражительность, агрессивность) и усугубляются эмоциональные расстройства. Это связано с нарастанием негативной симптоматики и увеличением тяжести течения заболевания, а также с истощением адаптивно-компенсаторных механизмов у данных больных. Отметим, что в нашем исследовании ни один из непосредственных показателей общего уровня враждебности не имел значимых корреляций с длительностью заболевания ($R=0.08$, $p>0.05$) и возрастом ($R=0.03$, $p>0.05$) больных. Таким образом, полученные результаты позволяют рассматривать враждебность как устойчивую психологическую характеристику, не зависящую от длительности течения заболевания, и предположить, что она скорее является психологическим маркером индивидуальной уязвимости, нежели реакцией на болезнь.

Полученные в результате проведенного исследования данные о характере враждебности у психически больных могут быть использованы как для оптимального выбора лечебных, психокоррекционных и реабилитационных методов, так и для более точного прогнозирования ожидаемой эффективности психотерапевтических воздействий и перспектив социальной реабилитации пациентов в зависимости от их индивидуально-личностных особенностей.

Выводы

1. Враждебность — это совокупность негативных отношений к актуально воспринимаемым объектам (объекту), характеризующаяся степенью выраженности (общий уровень враждебности), степенью осознанности и генерализации, степенью устойчивости и степенью субъективной значимости.

2. У психически больных отмечаются достоверно повышенные количественные показатели враждебности по сравнению с нормой, что подтверждается более высокими значениями общего уровня враждебности, полученными в тестовых заданиях.

3. При психической патологии отмечается качественная специфика враждебности, выражающаяся в подозрительности, настороженности, амбивалентности, экстрапунитивности и генерализации враждебного отношения; эти характеристики проявляются не только в тестовых значениях, но также в поведении больных внутри и вне ситуации обследования.

4. Враждебность является устойчивой во времени характеристикой и не зависит от длительности течения заболевания и возраста больных, что позволяет рассматривать ее как психологический показатель индивидуальной уязвимости к психическим расстройствам.

5. Враждебность является универсальным, неспецифическим фактором психической патологии, так как показатели враждебности не обнаруживают связи с нозологической принадлежностью заболевания.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Абрамова А.А. Агрессивность при депрессивных расстройствах: Автореф. дисс. ... канд. психол. наук. М., 2005.

Бардеништейн Л.М., Можгинский Ю.Б. Патологическое гетероагрессивное поведение у подростков. М.: ООО «Зеркало М», 2002.

Ваксман А.В. Враждебность и агрессивность в структуре депрессии (закономерности формирования, прогностическая значимость, терапия и социально-психическая адаптация): Автореф. дисс. ... канд. психол. наук. М., 2005.

Вильдавская Л.М. Особенности семейного окружения больных эндогенными психическими расстройствами юношеского возраста // *Обозр. психиатр. и мед. психол. им. В.М. Бехтерева.* 1995. № 4. С. 272—274.

Герасимов А.В. Тест «Рука» // *Ткаченко А.А., Введенский Г.Е., Дворянчиков Н.В.* Судебная сексологическая экспертиза. М.: Изд-во РИОГНЦСиСП им. В.П. Сербского, 1999. Т. 1. С. 87—98.

Ениколопов С.Н., Садовская А.В. Враждебность и проблема здоровья человека // *Журн. неврол. и психиатр. им. Корсакова.* 2000. № 7. С. 59—64.

Исаев Д.Н. Психосоматическая медицина детского возраста. СПб.: Специальная литература, 1996.

Коцюбинский А.П. Шизофрения: уязвимость — диатез — стресс — заболевание. СПб.: Гиппократ+, 2004.

Мясищев В.Н. Сознание как единство отражения действительности и отношения к ней человека // *Психология сознания / Сост. и общ. ред. Л.В. Куликова.* СПб.: Питер, 2001, С. 57.

Охматовская А.В. Психологические особенности враждебности у больных с психосоматическим заболеванием (бронхиальная астма): Автореф. дисс. ... канд. психол. наук. М., 2001.

Падун М.А. Особенности базисных убеждений у лиц, переживших травматический стресс: Автореф. дисс. ... канд. психол. наук. М., 2003.

Соловьёва С.Л. Агрессивность как свойство личности в норме и в патологии. Автореф. дис. ... докт. психол. наук. СПб., 1997.

Тиганов А.С. Эндогенные депрессии: вопросы классификации и систематики // Депрессии и коморбидные расстройства / Под ред. А.Б. Смулевича. М.: Медицина, 1997. С. 12—26.

Barefoot J.C. Developments in the measurement of hostility // *Hostility, coping and health* / Ed. by H.S. Friedman. Washington, DC: APA, 1992. P. 13—31.

Biaggio M.K., Godwin W.H. Relation of depression to anger and hostility constructs // *Psychological Reports*. 1987. Vol. 61. P. 87—90.

Blackburn I.M. The pattern of hostility in affective illness // *Brit. Journal of Psychiatry*. 1974. Vol. 125. P. 141—145.

Epstein S. The self-concept, the traumatic neurosis, and the structure of personality // *Perspectives in Personality*. 1991. Vol. 3. P. 63—98.

Fava G.A., Grandi S., Rafanelli C. et al. Hostility and irritable mood in panic disorder with agoraphobia // *Journal of Affective Disorders*. 1993. Vol. 29(4). P. 213—217.

Haines J., Williams C.L., Brain K.L. The psychopathology of incarcerated self-mutilators // *Canadian Journal of Psychiatry*. 1995. Vol. 40(9). P. 514—522.

Han K., Weed N.C., Calhoun R.F., Butcher J.N. Psychometric characteristics of the MMPI – 2 Cook-Medley Hostility Scale // *Journal of Personality Assessment*. 1995. Vol. 65(3). P. 567—585.

Janoff-Bulman R. Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma. N.Y.: The free press, 1992.

Mayo P.R. Some psychological changes associated with improvement in depression // *Brit. Journal of Social and Clinical Psychology*. 1967. Vol. 6. P. 63—68.

Moreno J.K., Selby M.J., Fuhrman A., Laver G.D. Hostility in depression // *Psychological Reports*. 1995. Vol. 75. P. 1391—1401.

Smith T.W. Hostility and health: Current status of a psychosomatic hypothesis // *Health Psychology*. 1992. Vol. 11. P. 139—150.

Suls J., Sanders G.S. Why do some behavioral styles place people at coronary risk? // *In search of coronary-prone behavior: Beyond Type A* / Ed. by W. Siegman, T.M. Dembroski. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1989. P. 1—20.

Weissman M.M., Klerman G.L. Clinical evaluation of hostility in depression // *Amer. Journal of Psychiatry*. 1971. Vol. 128. P. 261—266.

Wei Wang, Warwick J., Nettelbeck T. Zuckerman-Kuhlman's personality questionnaire in patients with major depression // *Social Behavior and Personality: An Intern. Journal*. 2002. Vol. 30. P. 757—764.

Williams R.B. Jr., Barefoot J.C., Shekelle R.B. The health consequences of hostility // *Anger and hostility in cardiovascular and behavioral disorders* / Ed. by M.A. Chesney, R.H. Rosenman. Washington, DC: Hemisphere, 1985. P. 173—185.

Поступила в редакцию

10.03.14