

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

СПЕЦИФИКА ПРОЯВЛЕНИЙ АГРЕССИВНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ДЕПРЕССИЕЙ РАЗНОЙ НОЗОЛОГИЧЕСКОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ, СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ И ДЛИТЕЛЬНОСТИ

В статье описан характер взаимосвязи количественных и качественных аспектов агрессивности с нозологической принадлежностью, длительностью и тяжестью депрессии. В исследовании участвовали 87 больных с депрессивным расстройством (31 женщина и 56 мужчин) в возрасте от 17 до 46 лет. Депрессивное расстройство протекало как самостоятельное заболевание или сочеталось с другими психическими заболеваниями. Диагноз был зафиксирован врачом-психиатром в истории болезни. В исследовании использовались следующие методики: методика Цунга, шкала Бека, Торонтская алекситимическая шкала, тест Вагнера «Рука» в модификации А.В. Герасимова, методика Басса—Дарки, методика Розенцвейга в модификации Н.В. Тарабриной, компьютерная психофизиологическая методика «Operator». Показана специфика агрессивности у больных с депрессивными расстройствами по сравнению со здоровыми испытуемыми. У больных депрессией по сравнению со здоровыми испытуемыми более выражены агрессивность, подозрительность, обидчивость и враждебность. Выраженность этих параметров возрастает с утяжелением депрессии, а с увеличением длительности заболевания выраженность агрессивности снижается. Уровень физической агрессии выше при депрессивном расстройстве в рамках психопатий. В группе больных депрессией женщин повышена агрессивность, в группе больных депрессией мужчин выше общая и физическая агрессия. При депрессивных расстройствах ухудшается оценка и распознавание эмоционального состояния окружающих и своего собственного.

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

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

Ключевые слова: эндогенная психическая патология, депрессия, агрессия, агрессивность, эмоциональная экспрессия.

This article describes the nature of the relationship of quantitative and qualitative aspects of aggressiveness with nosology, duration and severity of depression. The study involved 87 patients with a depressive disorder (31 women and 56 men) aged 17 to 46 years. Depressive disorder occurs as an independent disease, or combined with other mental illnesses. The diagnosis was recorded as a psychiatrist in the history of the disease. The study used the following methodology: Zung's method, Beck scale, Toronto Alexithymia Scale, Wagner's "Hand-test" (A.V. Gerasimov's modification), Buss—Durkey Inventory, The Rosenzweig Picture-Frustration Study (N.V. Tarabrina's modification), computer psychophysiological method "Operator". The quantitative and qualitative character of aggressiveness in patients with mental disorders as compared with healthy subjects is shown. In depressed patients compared to healthy subjects are more pronounced aggression, suspicion, resentment and hostility. Intensity of these parameters increases with worsening depression and with increasing duration of disease severity decreased aggressiveness. Level of physical aggression is higher at depressive disorder within psychopathy. In the group of female patients with depression increased aggressiveness, in the group of male patients with depression increased general and physical aggression. In depressive disorders worsens assess and recognize the emotional state of others and their own.

Key words: endogenous mental pathology, depression, aggression, aggressiveness, emotional expression.

Проблема взаимосвязи агрессивности с психическими расстройствами, в частности с депрессией, уже давно разрабатывается в психологических и клинических исследованиях (Абрамова, 2005, 2006а, б; Ваксман, 2005; Ениколопов, Садовская, 2000; Biaggio, Godwin, 1987; Blackburn, 1974; Schless et al., 1974), но до сих пор остается актуальной. Впервые эта проблема была сформулирована З. Фрейдом. Результаты исследований этой области весьма неоднозначны. Существует мнение, что для депрессивного расстройства не характерны агрессивность и агрессивные действия, за исключением суицидальных тенденций, которые трактуются как проявления аутоагрессии (Руководство..., 1999; Смулевич, 2000). Исследователи отмечают тесную связь депрессивных расстройств с суицидальными намерениями и в тоже время отрицают существенные различия в уровне агрессивности между больными депрессией и здоровыми испытуемыми (Castrogiovanni et al., 1998). Есть данные о том, что при депрессии уровень агрессивности повышен и наряду с прямыми ее проявлениями у больных наблюдаются раздражительность, подозрительность и негативизм (Куликов, 1997; Wolfersdorf, Kiefer, 1998). Выявлено наличие патогенетической связи между депрессивным

расстройством и агрессивностью в виде общих нейрохимических механизмов возникновения депрессивных расстройств и агрессивности, в частности нарушения обмена серотонина (Srikumar et al., 2001). Показано также, что сочетанные симптомы тревоги и депрессии, агрессивности и делинквентности обусловлены генетически (Гиндина, 2005).

Под агрессивностью чаще всего понимают свойство личности, выражающееся в готовности к агрессии и в склонности воспринимать и интерпретировать поведение другого как враждебное. Агрессия — это любая форма поведения, нацеленная, мотивированная на причинение кому-либо физического или психологического ущерба, вреда (Берковиц, 2001; Реан, 1996). Ф.С. Сафуанов (2003) отмечает, что агрессивность часто выступает как внутреннее побуждение к совершению агрессивных действий, закрепленный, привычный способ поведения в определенных жизненных ситуациях или как черта личности, но она может проявляться и только при фрустрирующих обстоятельствах как реакция на стрессовую, неприятную ситуацию.

Среди широкого спектра психических расстройств депрессия — одно из наиболее широко распространенных заболеваний современности, и число людей, страдающих этим недугом, неуклонно растет (Вертоградова, 1997; Куликов, 1997; Руководство..., 1999). Вероятность развития в течение жизни монополярной депрессии составляет до 20%. Ежегодно более 100 млн жителей нашей планеты обнаруживают признаки депрессии, причем у женщин риск возникновения и в дальнейшем повторения депрессивного расстройства в два раза выше по сравнению с мужчинами. Кроме того, наряду с увеличением распространенности депрессий в современном мире отмечается рост агрессивного и аутоагрессивного поведения (Крупина, 2000).

Проявления агрессивности тесно связаны с эмоциональным состоянием человека. В частности, при депрессии такие важные части социализации и социальной коммуникации, как восприятие и интерпретация эмоциональной экспрессии (Михайлова, 2002), искажаются. Депрессия меняет восприятие и оценку поступающей информации, нарушает адекватность реагирования, приспособительное поведение, произвольный контроль поведения и снижает работоспособность (Филатова, 2000). Эмоции, выполняющие в норме роль одного из механизмов внутренней регуляции психических и физиологических процессов приспособительного поведения, в условиях патологии превращаются в дезорганизующий фактор. А. Бек (Beck, 1970) первым высказал предположение о том, что больные депрессией игнорируют позитивные сигналы, а негативным уделяют чрезмерное внимание. По данным исследований Н.С. Курека (2001), у подростков с агрессивным поведением и депрессивными симптома-

ми, злоупотребляющих психоактивными веществами, была выявлена неточность опознавания эмоциональной экспрессии по жестам и позам. В группе женщин, страдающих алкоголизмом, по сравнению со здоровыми испытуемыми отмечается снижение точности опознавания эмоций «радость», «печаль», «гнев», «страх». Выражение радости является наиболее легко и точно распознаваемым (Ekman, Friesen, 1976; Young et al., 1995). Механизмы опознавания эмоций гнева и страха исследованы в меньшей степени по сравнению с эмоциями радости и горя (печали). Это направление представляет особый интерес в связи с важностью опознавания этих эмоций для адекватно-приспособительной деятельности человека, так как утрата способности их правильного распознавания может быть причиной девиантного (агрессивного) поведения (Davidson et al., 2000).

В ходе проведенного нами многолетнего эмпирического исследования, посвященного изучению роли агрессивности в этиопатогенезе психических заболеваний (шизофрения, психопатии и аффективные расстройства), решались следующие основные задачи: 1. Выделение спектра факторов, способствующих формированию и проявлению агрессивности при психических заболеваниях. 2. Определение и анализ связей между агрессивностью в структуре психических заболеваний и восприятием и оценкой эмоционального состояния окружающих и своего собственного как клинико-психологических параметров психических заболеваний.

В данной статье представлены результаты **исследования проявлений агрессивности у больных с депрессией разной нозологической принадлежности, тяжести и длительности.**

Задачи исследования: 1. Выявить уровень и характер проявления агрессивности при депрессивных расстройствах. 2. Определить и проанализировать связи между агрессивностью в структуре психических заболеваний и восприятием, оценкой эмоционального состояния окружающих и своего собственного. 3. Сравнить результаты, полученные в группе больных, с результатами в нормативной группе. 4. Выявить особенности уровня и проявления агрессивности и восприятия, оценки эмоционального состояния окружающих и своего собственного в зависимости от тяжести, длительности, нозологической принадлежности депрессивного расстройства и в зависимости от пола больных.

Выборка. В исследовании участвовали 87 больных с депрессивным расстройством (31 женщина и 56 мужчин) в возрасте от 17 до 46 лет. Критерий включения в исследование больных, находящихся на стационарном лечении — наличие депрессивного состояния различной степени тяжести, клиническая картина которого исклю-

чала наличие бредовых и галлюцинаторных расстройств, а также заболеваний ЦНС. Депрессивное расстройство протекало как самостоятельное заболевание или сочеталось с другими психическими заболеваниями. Диагноз был зафиксирован врачом-психиатром в истории болезни. В соответствии с этим вся выборка больных была разделена на три группы. Группа 1 — депрессия в рамках аффективных расстройств (23 мужчины и 22 женщины): F 31 — биполярное аффективное расстройство (17 человек), F 32 — депрессивный эпизод (3), F 33 — рекуррентное депрессивное расстройство (10), F 34.0 — циклотимия (8), F 34.1 — дистимия (1), F 41.2 — смешанное тревожное и депрессивное расстройство (2) и F 43.21 — пролонгированная депрессивная реакция (4 человека).

Группа 2 — депрессия в рамках шизофрении (15 мужчин и 8 женщин): F 20 — шизофрения (3 человека), F 21 — шизотипическое расстройство (15) и F 25.1 — шизоаффективный психоз (5 человек).

Группа 3 — депрессия в рамках психопатий (18 мужчин и 1 женщина): F 61.0 — смешанные расстройства личности (8 человек), F 60.1 — параноидное расстройство личности (1), F 60.3 — эмоционально неустойчивое расстройство личности (6), F 60.4 — истерическое расстройство личности (2) и F 60.6 — тревожное расстройство личности (2 человека).

Контрольную группу составили 68 человек, не страдающих психическими заболеваниями, — 37 женщин и 31 мужчина в возрасте от 17 до 45 лет.

Методики

1. Для исследования/диагностики (уровня, характера) депрессии применялись: а) Методика Цунга для диагностики депрессии (Балашова, 1997); б) Шкала Бека для субъективной оценки депрессии (Тарабрина, 2001).

2. Для исследования/диагностики агрессивности и агрессии:

а) Тест Вагнера «Рука» в модификации А.В. Герасимова (1999), направленный на изучение агрессивности. Обследуемому предлагают описать действия, совершаемые изображенной на карточке рукой. Ответы оценивают по 11 классическим шкалам и по 5 субшкалам согласно направленности приписываемых руке действий: 1) взаимодействие субъект—субъект; 2) взаимодействие субъект—объект; 3) действие, направленное на себя; 4) незавершенное, конфликтное, символическое действие; 5) отсутствие действия, описательная характеристика.

б) Методика Басса—Дарки, позволяющая оценивать агрессию на основе самоотчета обследуемого о совершенных им агрессивных действиях в прошлом (Практическая психодиагностика, 1998).

в) Методика Розенцвейга в модификации Н.В. Тарабриной (2001) для изучения реакции испытуемого, в том числе агрессивной, и ее направленности во фрустрирующих ситуациях.

3. Для исследования правильности оценки и восприятия эмоционального состояния окружающих и своего собственного:

а) Торонтская алекситимическая шкала Тейлора (Алекситимия..., 1994).

б) Компьютерная психофизиологическая методика «Operator» (Моносова, 1994), предназначенная для исследования восприятия эмоциональных мимических стимулов. На экране монитора (в центре поля зрения) в случайном порядке предъявляли фотографии лиц, выражающих эмоции «радость», «горе», «гнев», «страх». Проводили 2 серии эксперимента. В 1-й серии на экране компьютера в случайном порядке испытуемому предъявлялись то эмоция радости, то эмоция горя. Во 2-й серии — то эмоция гнева, то эмоция страха. Предъявлялось 8 изображений каждой эмоции от минимальной до максимальной степени выраженности. Испытуемого просили как можно быстрее идентифицировать эмоцию и нажать правую (если он видит эмоцию горя в 1 серии и эмоцию страха во 2 серии) или левую (если он видит эмоцию радости в 1 серии и эмоцию гнева во 2 серии) клавишу «мыши» компьютера. После нажатия клавиши изображение лица заменялось маскировочным фоном. Неправильная идентификация эмоции или отсутствие ответа в течение 1500 мс фиксировались как ошибка выбора.

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. Агрессивность в группах здоровых испытуемых и больных депрессией

По тесту «Рука» в группе больных (Б-группе) выявлена достоверно более высокая, чем в контрольной (К) группе, агрессивность, направленная на предметы (неживые объекты) ($p < 0.001$). При этом по уровню агрессивности, направленной на людей, группы Б и К не различаются (значения этого параметра одинаково высокие). Согласно фрустрационной теории (Dollard et al., 1939), агрессивность — одна из форм поведения, порождаемого фрустрацией. Агрессивное поведение может не проявляться в момент фрустрации, прежде всего из-за угрозы наказания. В этом случае происходит «смещение», в результате которого агрессивные действия направляются на объект,

нападение на который ассоциируется с наименьшим наказанием. Можно предположить, что смещение агрессивности на предметы (неживые объекты) у больных происходит из-за страха неодобрения (Абрамова, 2005).

Результаты теста Басса—Дарки показали, что в Б-группе достоверно более выражены подозрительность ($p=0.03$), обидчивость ($p=0.004$) и враждебность ($p=0.004$). Это частично согласуется с данными о том, что больные демонстрируют более высокие показатели по шкале «подозрительность» (Wei Wang et al., 2002; Wolfersdorf, Kiefer, 1998).

По результатам теста «Рука» в Б-группе отмечается тенденция к более выраженному внутреннему диалогу, что косвенно может свидетельствовать о тенденции к «застреванию» на собственных переживаниях, постоянной проработке своих проблем. В Б-группе выявлена также алекситимия ($p<0.001$), которая означает неспособность к распознаванию и точному описанию эмоционального состояния (собственного и другого человека), что может приводить к трудностям и конфликтам в межличностных отношениях. Алекситимия при психических заболеваниях положительно и достоверно ($0.001\leq p\leq 0.03$) коррелирует с агрессивностью, враждебностью, подозрительностью и обидой (Абрамова, 2005).

По результатам методики «Operator» в Б-группе обнаружено достоверно более длительное время опознавания эмоций «радость», «горе», «страх» и в особенности «гнев» ($p<0.001$). Эти данные согласуются с общей моторной заторможенностью, наблюдаемой при депрессии (Руководство..., 1999).

В Б-группе, в отличие от К-группы, процент ошибок опознавания эмоций горя и страха положительно и достоверно коррелирует с агрессивностью, а процент ошибок опознавания радости — с негативизмом и подозрительностью. Таким образом, в Б-группе ошибки восприятия связаны с личностными качествами, способствующими развитию агрессивного поведения (Абрамова, 2005).

В Б-группе при ошибочном опознавании радости и горя наблюдаются реакции по типу «ложной тревоги» (время правильного опознавания стимулов превышает время ошибочного выбора ответа), а при опознавании гнева и страха — «пропуски стимула» (время правильного опознавания стимулов короче времени ошибочного выбора ответа). В К-группе реакции по типу «ложных тревог» отмечались только при ошибочном опознавании радости, а при опознавании негативных эмоций — «пропуски стимула». Таким образом, здоровые испытуемые если и испытывают затруднения, то в равной степени при опознавании всех предложенных негативных эмоций (горе, гнев и страх), что согласуется с опубликованными ранее данными, а больные затрудняются преимущественно в опо-

знании гнева и страха, т.е. эмоций, имеющих особую важность для адекватно-приспособительной деятельности. Утрата способности их правильного распознавания может быть причиной девиантного (агрессивного) поведения (Моносова, 1994).

Можно предположить, что данные об одинаковом характере опознавания эмоций радости и горя в Б-группе могут быть связаны с действием механизма «психологической защиты» (Костандов, 1983): у больных с болезненным переживанием печали порог опознавания выражения горя на лицах других людей повышен.

2. Агрессивность в группах больных с разной степенью тяжести депрессии

На основании результатов шкалы депрессии Бека было выделено 5 групп больных по тяжести депрессии: 1) с минимальной депрессией (3 женщины и 12 мужчин); 2) с легкой депрессией (6 женщин и 13 мужчин); 3) с депрессией средней тяжести (5 женщин и 9 мужчин); 4) с тяжелой депрессией (12 женщин и 12 мужчин); 5) с очень тяжелой депрессией (8 женщин и 7 мужчин).

Наиболее отчетливые различия были получены при сравнении групп больных с *минимальной* (Мин) и *очень тяжелой* (ОТ) депрессией.

По тесту «Рука» в ОТ-группе выявлен достоверно более высокий, чем в Мин-группе, показатель агрессивности, направленной на людей ($p=0.05$).

По тесту Басса—Дарки в ОТ-группе обнаружены достоверно более высокие, чем в Мин-группе, личностные показатели подозрительности ($p=0.006$), обиды ($p=0.005$) и враждебности ($p=0.008$).

Качественный анализ результатов теста Розенцвейга показал, что в ситуациях фрустрации больные Мин-группы чаще всего игнорируют конфликтную ситуацию, а у больных ОТ-группы проявляется агрессивность, направленная на окружающих и на ситуацию — как реакция на стресс.

Кроме того, в ОТ-группе отмечено достоверное увеличение уровня алекситимии ($p=0.01$), а по результатам методики «Operator» — достоверно более длительное время опознавания эмоции гнева ($p=0.007$).

В Мин-группе при ошибочном опознавании радости, горя и страха зафиксированы реакции по типу «ложных тревог», а при ошибочном опознавании гнева — «пропуски стимула». В ОТ-группе при ошибочном опознавании всех предложенных эмоций отмечались «пропуски стимула».

Таким образом, у больных ОТ-группы на фоне подозрительности, обидчивости и враждебности отмечаются повышенная агрессивность как личностная черта и как реакция на стресс, а также изменения

восприятия эмоционального состояния окружающих и себя. Это свидетельствует о наличии «благоприятной почвы» для развития агрессивного поведения у больных с очень тяжелой депрессией, и подтверждает гипотезу о взаимосвязи всех описанных выше показателей (агрессивности, подозрительности, обиды, враждебности, повышения уровня алекситимии и увеличение времени опознавания эмоции гнева) как некоего симптомокомплекса.

Следует обратить внимание также на то, что в ОТ-группе при ошибочном опознавании гнева преобладают реакции по типу «пропуск стимула» и отмечается более длительное время опознавания этой эмоции, хотя по характеру ошибок при опознавании радости, горя и страха группы Мин и ОТ не различаются. Для объяснения особенностей опознавания эмоциональной лицевой экспрессии можно предположить более выраженную общую заторможенность больных ОТ-группы, однако в этом случае опознавание всех эмоциональных мимических стимулов было бы одинаково длительным, а этого не наблюдается. Время опознавания радости, горя и страха при разной тяжести депрессии достоверно не различается. Полученные данные скорее можно рассматривать как проявления механизма «психологической защиты», а также как возможную склонность к «застреванию» на собственных переживаниях, более выраженную у больных с тяжелой формой депрессии.

3. Агрессивность в группах больных с разной длительностью депрессии

По длительности заболевания, зафиксированной в истории болезни, было выделено две группы: 1-я — до 1 года включительно (6 женщин и 9 мужчин) и 2-я — более 1 года (25 женщин и 47 мужчин).

По данным теста «Рука», в группе *больных с длительностью депрессии более 1 года* (Б1) по сравнению с группой *больных с длительностью депрессии менее 1 года* (М1) выявлена достоверно более низкая агрессивность, направленная на предметы ($p=0.02$). Однако в группе Б1 обнаружена более высокая (на уровне тенденции) агрессивность, направленная на людей. Можно предположить, что в группе М1 смещение агрессивности на неживые объекты происходит из-за страха быть наказанным, поэтому агрессивность направляется на объект, нападение на который ассоциируется с наименьшим наказанием. При этом по тяжести депрессивного расстройства сравниваемые группы не различаются.

Качественный анализ результатов теста Розенцвейга выявил следующие различия в группах М1 и Б1. В ситуациях фрустрации в группе М1 отмечается агрессивность, направленная на окружающих, как реакция на стресс; в группе Б1 — двойственная реакция: с одной

стороны, игнорирование фрустрации, с другой — принятие на себя ответственности за случившееся.

С увеличением длительности депрессии достоверно возрастает уровень алекситимии ($p=0.03$). Ухудшение распознавания эмоционального состояния окружающих и своего собственного может происходить за счет изменений в личностной и эмоциональной сферах пациента.

Нами не было получено достоверных различий между группами Б1 и М1 в проценте ошибочных ответов при опознавании лицевой экспрессии. В группе М1 при ошибочном опознавании горя наблюдаются реакции по типу «ложных тревог», при опознавании остальных эмоций — «пропуски стимула». В группе Б1 при ошибочном опознавании радости отмечаются «ложные тревоги», при опознавании негативных эмоций — «пропуски стимула».

Полученные результаты о снижении уровня агрессивности и возрастании уровня алекситимии с увеличением длительности депрессии, возможно, обусловлены проводимой психофармакотерапией и изменениями, происходящими в личностной и эмоциональной сферах пациента. Изменение отношения к болезни объясняется вынужденной постепенной адаптацией к своему болезненному состоянию. Кроме того, меняются восприятие окружающей действительности и реакция на внешние воздействия и контакты: снижается острота реагирования на фрустрацию, ухудшается распознавание, идентификация своего эмоционального состояния, становятся более выраженными затруднения при вербализации своих чувств и переживаний.

Таким образом, у больных депрессией, по сравнению со здоровыми испытуемыми, наблюдается более высокая выраженность диспозициональных характеристик агрессивного поведения — агрессивности, подозрительности, обидчивости и враждебности. При утяжелении депрессивного расстройства выявлена тенденция к усилению агрессивности, а также более выраженная подозрительность, обидчивость и враждебность. С увеличением длительности заболевания наблюдается снижение уровня агрессивности. Ухудшение качества и скорости опознавания эмоционально-мимических стимулов, а также ухудшение качества оценки эмоционального состояния окружающих и своего собственного могут служить индикатором углубления депрессивного расстройства и повышения риска агрессивных проявлений.

3. Агрессивность в группах больных депрессией разной нозологической принадлежности

По результатам теста Цунга, максимальная степень выраженности депрессии отмечена в группе больных с диагнозом «аффективные

расстройства» (АР-группа). Установлены значимые различия по этому показателю с группой больных с диагнозом «шизофрения» (Ш-группа), в то время как различия с группой больных депрессией в рамках психопатий (П-группа) отмечаются на уровне тенденции (Абрамова, 2006б).

По тесту Басса—Дарки в П-группе, в отличие от двух других групп больных, достоверно выше физическая агрессия ($p=0.02$), оцениваемая по субъективному отчету больных на основании личного опыта (реально осуществлявшиеся агрессивные действия). В отличие от данных теста Басса—Дарки результаты ответов больных на конфликтные ситуации в тесте Розенцвейга характеризуют их возможную реакцию на воображаемую ситуацию. Так, у больных АР-группы имеет место два типа реакций на фрустрацию и стресс: 1) агрессивность, направленная на окружающих, на ситуацию и обстоятельства; 2) просьба о помощи и самостоятельный поиск выхода из сложившихся условий. В Ш-группе отмечается отрицание своей вины в случившемся, игнорирование фрустрации и безучастное созерцание ситуации. В П-группе имеет место двойственная реакция: с одной стороны, восприятие ситуации как благоприятной или игнорирование фрустрации, вины окружающих в случившемся, с другой — агрессивность как реакция на фрустрацию.

В связи с приведенными выше данными представляется интересным сопоставить различия между группами больных по времени опознавания эмоциональных мимических стимулов и характеру ошибок этого опознавания по данным компьютерной методики «Operator». Значимые различия между группами больных обнаруживаются по времени опознавания негативной эмоции гнева. Наименьшее время опознавания выявлено в П-группе; наибольшее — в Ш-группе (различия достоверны); в АР-группе отмечаются промежуточные значения времени реакции (различия на уровне тенденции). Анализ характера ошибок при опознавании эмоциональной мимической экспрессии в трех группах больных показал, что больные депрессией в рамках психопатий при ошибочном опознавании гнева осуществляют реакции по типу «ложная тревога», т.е. их реакции носят импульсивный характер. Больные двух других групп, напротив, совершают ошибки по типу «пропуск стимула», т.е. принимают решение со значительным запаздыванием.

В Ш-группе, в отличие от двух других групп больных, не выявлено каких-либо отчетливых данных, характеризующих их с точки зрения выраженности депрессии и агрессивности. В этой группе отмечено наибольшее время опознавания гнева и ошибки опознавания этой эмоции в виде «пропуска стимула». Возможно, это объясняется тем, что при шизофрении характерно снижение психической активности; обеднение эмоциональных реакций, их неадекватность и

парадоксальность. Отмечаются нарастающая пассивность личности больного шизофренией (он как бы «плывет по течению»), признаки амбивалентности — невозможности принятия решения (Руководство..., 1999).

Таким образом, наиболее яркие различия выявлены в двух группах больных — АР и Ш. Проведенный нами анализ полученных данных выявил связь психодинамических характеристик (времени опознавания эмоциональной мимической экспрессии и характера ошибок) и таких психологических характеристик, как выраженность депрессии и агрессивность.

Мы предполагаем, что полученные нами данные указывают на наличие двух факторов, характеризующих особенности деятельности, личностные и психодинамические свойства, относящиеся к разным иерархическим уровням: импульсивность у больных с психопатиями и рефлексивность у больных с аффективными расстройствами.

4. Агрессивность в группах больных разного пола

Традиционно считается (Крейхи, 2003), что мужчины в целом более агрессивны, чем женщины. В нашем исследовании у больных депрессией женщин (Ж-группа), по сравнению с больными депрессией мужчинами (М-группа), по результатам теста «Рука», достоверно более высокая агрессивность, направленная на предметы ($p=0.04$).

По результатам тестов Бека и Цунга в Ж-группе депрессия достоверно более тяжелая ($0.006 < p < 0.01$) по сравнению с М-группой. Агрессивность достоверно ($p=0.05$) и положительно коррелирует с более тяжелой депрессией в Ж-группе по сравнению с М-группой.

По результатам теста Басса—Дарки, в М-группе выявлена достоверно более высокая общая ($p=0.05$), в том числе и физическая ($p=0.003$), агрессия. Это согласуется с данными о том, что половые различия более заметны в проявлении физической агрессии по сравнению с вербальной, а также прямой по сравнению с косвенной (Huesmann, Guerra, 1997).

Качественный анализ данных теста Розенцвейга показал в М-группе фиксацию на препятствии и безучастное созерцание происходящего; в Ж-группе — агрессивность как реакцию на фрустрацию, направленную на окружающих и ситуацию.

В Ж-группе достоверно более выражена алекситимия ($p=0.05$), которая значимо положительно коррелирует с более тяжелой депрессией.

Согласно результатам методики «Operator», в Ж-группе зафиксировано достоверно более длительное время опознавания эмоции гнева ($p=0.004$). Кроме того, в М-группе отмечено увеличение процента ошибок опознавания эмоций радости, горя и страха, однако

наибольший процент ошибок отмечается при опознавании гнева (межгрупповые различия недостоверны). Наши результаты согласуются с опубликованными ранее данными о том, что женщины справляются с опознаванием эмоциональной мимической экспрессии лучше, чем мужчины (Изард, 1999).

Таким образом, в Ж-группе была выявлена достоверно более выраженная депрессия и алекситимия и при этом достоверно более высокая агрессивность, чем в М-группе. Напротив, в М-группе выявлена достоверно более высокая общая, в том числе и физическая, агрессия. Учитывая половые различия в восприятии эмоциональной мимической экспрессии, можно предположить, что повышенная агрессивность у больных депрессией женщин и трудности ее реализации в поведении связаны с механизмом «психологической защиты» (Костандов, 1983).

Результаты, отраженные в статье, и дальнейшие исследования взаимосвязи агрессивности с психическими расстройствами позволяют сделать более эффективной психотерапевтическую, психокоррекционную и профилактическую работу психологов.

Выводы

1. У больных депрессией, по сравнению со здоровыми испытуемыми, зафиксирована более высокая выраженность диспозиционных характеристик агрессивного поведения — агрессивности, а также подозрительности, обидчивости и враждебности.

2. Агрессивность и агрессия обнаруживают связь с тяжестью и длительностью депрессии. В частности, тенденция к усилению агрессивности, а также более выраженные подозрительность, обидчивость и враждебность отмечаются при утяжелении депрессии; с увеличением длительности заболевания наблюдается снижение агрессивности.

3. Влияние половых различий на уровень агрессивности поведения при депрессии проявляется в более высокой агрессивности у женщин и в повышении общей, в том числе физической, агрессии у мужчин.

4. Уровень физической агрессии тесно связан с нозологической принадлежностью депрессивного расстройства: он значительно выше при депрессивных расстройствах в рамках психопатий, чем в группах больных с аффективными расстройствами и шизофренией.

5. Ухудшение качества и скорости опознавания эмоционально-мимических стимулов, а также оценки эмоционального состояния окружающих и своего собственного может служить одним из индикаторов углубления депрессивного расстройства и повышения риска агрессивных проявлений.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

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

Абрамова А.А. Агрессивность и восприятие эмоциональной экспрессии у больных с депрессивным расстройством различной степени тяжести и длительности // Психиатрия. 2006а. № 3 (21). С. 22—29.

Абрамова А.А. Зависимость агрессивности и восприятия эмоциональной экспрессии от нозологической принадлежности заболевания // Журн. практ. психолога. 2006б. № 3. С. 3—15.

Алекситимия и методы ее исследования при пограничных психосоматических расстройствах: Метод. пособие / Сост. Б.Д. Ерьско и др. СПб.: Психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева, 1994.

Балашова Т.И. Методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний Цунга // Практикум по экспериментальной и прикладной психологии: Учеб. пособие. СПб.: Изд-во С.-Петербург. ун-та, 1997. С. 198—202.

Берковиц Л. Агрессия: причины, последствия и контроль. СПб.: Прайм-Еврознак, 2001.

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

Вертоградова О.П. Депрессия как общемедицинская проблема // Медицина для всех. 1997. № 2. С. 2—9.

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.

Гиндина Е.Д. Генетические основы эмоциональных и поведенческих особенностей у детей подросткового возраста: Дисс. ... канд. психол. наук. М., 2005.

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

Изард К.Э. Психология эмоций / Пер. с англ. СПб.: Питер, 1999.

Костандов Э.А. Функциональная асимметрия полушарий мозга и неосознаваемое восприятие. М.: Наука, 1983.

Крейхи Б. Социальная психология агрессии. СПб.: Питер, 2003. (Серия «Концентрированная психология»).

Крупина Н.А. Новая модель экспериментального депрессивного синдрома: патофизиологические механизмы: Автореф. дисс. ... докт. биол. наук. М., 2000.

Куликов Л.В. Психология настроения. СПб.: Изд-во С.-Петербург. ун-та, 1997.

Курек Н.С. Нарушения психической активности и злоупотребление психоактивными веществами в подростковом возрасте. СПб.: Алетей, 2001.

Михайлова Е.С. Нейрофизиологические механизмы опознавания эмоциональной лицевой экспрессии в норме и при аффективных расстройствах: Автореф. дисс. ... докт. биол. наук. М., 2002.

Моносова А.Ж. Анализ особенностей эмоциональной сферы в норме и при аффективных расстройствах методом обонятельной стимуляции: Автореф. дисс. ... канд. психол. наук. М., 1994.

Практическая психодиагностика. Методики и тесты: Учеб. пособие / Под ред. Д.Я. Райгородского. Самара: ИД «Бахрах», 1998.

Реан А.А. Агрессия и агрессивность личности // Психол. журн. 1996. № 5. С. 3—18.

Руководство по психиатрии: В 2 т. / Под ред. А.С. Тиганова. Т. 1. М.: Медицина, 1999.

Сафуанов Ф.С. Психология криминальной агрессии. М.: Смысл, 2003.

Щулевиц А.Б. Депрессии в общемедицинской практике. М.: Берег, 2000.

Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб.: Питер, 2001.

Филатова Т.В. Особенности познавательной деятельности при эндогенных депрессиях с «ювенильной астенической несостоятельностью»: нейропсихологическое исследование: Автореф. дисс. ... канд. психол. наук. М., 2000.

Beck A.T. Depression. Causes and treatment. Philadelphia: Univ. of Pennsylvania Press, 1970.

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.

Castrogiovanni P., Pieraccini F., Di Muro A. Suicidality and aggressive behaviour // Acta Psychiatrica Scandinavica. 1998. Vol. 97. P. 144—148.

Davidson R.J., Putman K.M., Larson C.L. Dysfunction in the neural circuitry of emotion regulation — a possible prelude to violence // Science. 2000. Vol. 289. P. 591—594.

Dollard J., Doob L.W., Miller N.E. et al. Frustration and aggression. New Haven (Conn.): Yale University Press, 1939.

Ekman P., Friesen W. Pictures of facial affect. Palo Alto, CA: Consulting Psychological Press, 1976.

Huesmann L.R., Guerra N.G. Children's normative beliefs about aggression and aggressive behavior // Journal of Personality and Social Psychology. 1997. Vol. 72. P. 408—419.

Schless A.P., Mendels J., Kipperman A., Cochrane C. Depression and hostility // Journal of Nervous and Mental Disease. 1974. Vol. 159. P. 91—100.

Srikumar M.A., Gruber-Baldini A.L., Richard J.H. Relationship between aggressive behaviors and depression among nursing home residents with dementia // Intern. Journal of Geriatric Psychiatry. 2001. Vol. 16. P. 139—146.

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.

Wolfersdorf M., Kiefer A. Depression and aggression. A control group study on the aggression hypothesis in depressive disorders based on the Buss-Durkee Questionnaire // Psychiatrische Praxis. 1998. Vol. 25. P. 240—245.

Young A.W., Aggleton J.P., Hellawell D.J. et al. Face processing impairments after amygdalotomy // Brain. 1995. Vol. 118. P. 15—24.