

В.С.Первый

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ДИССОЦИАЛЬНЫМ И ИСТЕРИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ

Днепропетровское лечебно-профилактическое объединение "Межобластной консультативный психоневрологический центр"

Ключевые слова: агрессия, тревога, расстройства личности, адаптация, воспитание

За последнее десятилетие во всем мире, особенно в странах СНГ, отмечается рост насильственных действий, сопряженных с особой жестокостью, вандализмом и глумлением над людьми. Такие социально опасные проявления, обычно связанные с понятиями агрессии и агрессивности, вызывают серьезное беспокойство [13].

В литературе, посвященной вопросам проявления агрессивных тенденций у лиц с расстройствами личности, феномен агрессии рассматривается в основном с клинко-описательных позиций соответственно с типом расстройства личности [3, 4, 5, 16, 19]. Агрессивное поведение рассматривается одними авторами как элемент социальной дезадаптации, способ "ухода от действительности", т.е. как декомпенсация психопатической личности [2,7,8,11], другими - как следствие фрустрированности субъекта [12,17] или как результат социального научения [5,15]. Однако, сосредоточиваясь на исследованиях ка-

ких-либо отдельных факторов, авторы значительно меньше уделяли внимания характеристикам психологической индивидуальности агрессивного субъекта как целостного феномена, интегрирующего в себе как внутренние, так и внешние влияния.

Одним из ведущих факторов в развитии декомпенсаций расстройств личности является осознаваемая или неосознаваемая тревога и связанное с ней функционирование механизмов психологической защиты [1,6,9,14]. Проведенные в этом направлении исследования указывают на существование тесной связи агрессивных тенденций с тревогой [10,14,16,18]. Некоторые авторы приводят данные о проявлениях тревоги [1,18] и агрессии [2,11,14,20] при расстройствах личности. Однако не рассмотренным остается вопрос взаимосвязи этих феноменов, не изучена роль тревоги в генезе агрессивных форм поведения и ее влияния на формирование клинической картины расстройств личности.

Материал и методы исследования

Целью настоящего исследования являлось сравнение результатов клинко-психопатологического и социально-психологического анализа агрессивных форм поведения больных с диссоциальным и истерическим расстройством личности, изучение феноменологических проявлений агрессии и их связи с уровнем тревоги, фрустрационной толерантности, характером межличностных отношений и типами семейного воспитания.

Было обследовано 48 пациентов мужского пола, из них 28 - с диссоциальным расстройством личности (1-я группа) и 20-с истерическим расстройством личности (2-я группа). Возрастной состав 1-й группы: 14 человек (50%) в возрасте от 17 до 20 лет, 7 человек (25%) - от 20 до 24 лет, 6 человек (21%) - от 25 до 29 лет и 1 человек (4%) в возрасте 32 лет. Возрастной со-

став 2-й группы: 10 человек (50%) в возрасте от 17 до 20 лет, 3 человека (15%) - от 20 до 24 лет, 6 человек (30%) - от 25 до 29 лет и 1 человек (5%) в возрасте 36 лет.

Отбор пациентов осуществлялся по критериям МКБ-10. В связи с тем, что в отечественной психиатрии в настоящее время для верификации диагноза применяются критерии МКБ-9, в исследуемые группы были отобраны лишь те клинические случаи, при которых отмечалось соответствие критериев МКБ-10 и МКБ-9. Общим для всех обследованных больных являлось доминирование в клинической картине нарушений поведения, имеющих в своей структуре агрессивный компонент.

Основным критерием отнесения пациента к группе агрессивных служили его постоянные или повторяющиеся формы поведения, направ-

ленного против окружающих его лиц или собственной личности и причиняющего им или себе физические страдания (боль, увечье и т.п.), т.е. наличие физической агрессии. Как агрессивное поведение расценивались также угрозы, оскорбления (вербальная агрессия), фантазирование соответствующего содержания, нанесение ущерба путем порчи или уничтожения вещей, подстрекательство к насилию, различные поступки, ставящие своей целью причинение психологических страданий.

Для сбора информации об агрессивном поведении использовался метод структурированного интервью по специально разработанной карте клинко-психопатологического обследования. Сведения, полученные от обследуемого, объективизировались служебными характеристиками, информацией, представляемой родственниками, а также путем наблюдения за поведением обследуемого в стационаре.

Психологическое тестирование обследуемых осуществлялось в первые 3 дня после поступ-

ления в стационар. Принимая во внимание психологическую напряженность и повышение уровня тревоги в связи с госпитализацией, тестирование пациентов по шкале тревоги Тейлора и шкале самооценки Спилбергера-Ханина проводилось спустя 3-4 дня с момента поступления в стационар. В процессе исследования анализировались:

- личностные особенности и типичные паттерны реагирования, выявляемые с помощью теста СМИЛ;
- ведущий тип межличностных отношений, определяемый с помощью теста Лири;
- уровень фрустрационной толерантности и направленность агрессивных тенденций, выявляемые с помощью теста фрустрации Розенцвейга;
- уровень личностной и реактивной тревожности, общий уровень тревоги, полученные с помощью шкал Спилбергера-Ханина и Тейлора;
- взаимосвязь паттернов агрессивного поведения с показателями тревоги.

Результаты исследования и обсуждение

В результате проведенного исследования выявлены клинические и психологические особенности лиц с агрессивными формами поведения в структуре изучаемых личностных расстройств.

Диссоциальное расстройство личности

Клинически декомпенсация диссоциального расстройства личности характеризовалась часто возникающими неконтролируемыми вспышками гнева и агрессии (физические и вербальные проявления) по незначительному поводу; аффективной неустойчивостью, эгоистичностью, отсутствием способности считаться с мнением окружающих, завышенной требовательностью по отношению к последним. У большинства больных (92%) отмечались частые конфликты (бытового и производственного характера) в интерперсональных взаимоотношениях, в ряде случаев с физической реализацией агрессивных тенденций. Все больные были склонны к сверхценной негативной трактовке отношения к ним окружающих.

Агрессивные действия сопровождалась бурными эмоциями, которые делали невозможным рациональный учет ситуации, соотношения своих сил и сил противника, социального статуса объекта агрессии (представитель закона, преподаватель и т.п.). Это приводило к тому, что агрессия могла возникнуть в самой неожиданной

для этого обстановке (в транспорте, на улице), быть направленной на лицо, в отношении которого испытуемый в обычном состоянии считал бы агрессию недопустимой (например, мать, бабушка), в сферу агрессии вовлекались другие лица (например, зрители или лица, разнимающие дерущихся). Агрессивные действия могли продолжаться после прекращения сопротивления противника и сопровождалась телесными повреждениями, неожиданными для "агрессора". Возможные последствия своего поведения больные обычно были не в состоянии учесть, несмотря на негативный прошлый опыт.

Агрессивное поведение сопровождалось интенсивными отрицательно окрашенными эмоциональными переживаниями (гневом, негодованием, злобой, яростью) и реализовывалось в вербальной или физической плоскостях, наиболее часто являясь выражением протеста в ответ на какое-либо отрицательное, с точки зрения больного, воздействие; в редких случаях оно возникало как разрядка аутохтонного эмоционального напряжения. Направленность агрессивных импульсов на людей отмечали 14 человек, на окружающие предметы - 11 и на собственную личность - 3 человека. Характерной особенностью данной группы является импульсивный характер агрессивного поведения.

Провокационным фактором в возникновении

агрессии в рассматриваемой группе чаще были ситуации, связанные с непониманием проблем испытуемого в семье.

Изучая особенности первичной социализации больных с диссоциальным расстройством личности, было выявлено, что 1 человек воспитывался в полной семье, 15 человек - в неполной семье и 2 человека воспитывались без родителей. Доминирующей личностью в семье являлась мать (12 случаев) или бабушка по материнской линии (16 случаев). Практически воспитанием занимались указанные лица, что обнаруживает отсутствие функционирующей триады "отец-мать-ребенок" в родительской семье при формальном наличии отца в большинстве случаев (22 наблюдения). Это приводило к дефициту мужского компонента воспитания, последствия которого нашли свое отражение в неконструктивных мужских стереотипах поведения. В 14 наблюдениях характер воспитания определялся как гиперопека, в 8 - как "золушка" и в 6 - по типу "ежовых рукавиц". Вербальные и физические виды наказаний сочетались в 22 случаях, в 6 случаях преобладали вербальные формы наказаний. Воспитательные меры воздействия вызывали подчинение у 10 человек, пассивное сопротивление у 8 человек, активное сопротивление у 6 человек, индифферентность у 4 человек, что свидетельствует о высокой степени зависимости от членов семьи и невозможности открытого проявления агрессии в детском возрасте.

Начиная с подросткового возраста в отношениях с близкими, испытуемые проявляли мелочную придирчивость, скандальность и склонность к тирании. Описывая свое состояние по миновании конфликтной ситуации, испытуемые отмечали чувство сожаления о происшедшем и желание извиниться за содеянное, которое, однако, они не реализовывали. Это в определенной степени может свидетельствовать о подавлении личностной тревожности и свободе проявления агрессивного поведения.

Психологические особенности личности обследованных были изучены с помощью теста СМИЛ. Усредненный профиль является широко-разбросанным с выраженным пиком по 4-й шкале ($100 \pm 7,12$ Т-баллов). Отмечено значительное повышение по 2-й ($82 \pm 5,11$ Т-баллов), 6-й ($81 \pm 5,38$ Т-баллов) и 3-й ($80 \pm 3,36$ Т-баллов) шкале со снижением по 0-й ($49 \pm 5,02$ Т-баллов) и 7-й ($44 \pm 2,94$ Т-баллов) шкалам. Профиль при кодировании по Уэлшу выглядит следующим образом: 4**263"518-9/07: FK-L/. Соотношение шкал LFK отражает трудности адаптации испы-

туемых. Полученный профиль отражает тенденцию к противодействию внешнему давлению, склонность опираться на собственные побуждения. Отсутствует выраженная конформность, отмечается стремление к самостоятельности и независимости. В состоянии эмоциональной захваченности преобладают ярко выраженные полярные по знаку эмоции. Неконформность проявляется в склонности к импульсивным поведенческим реакциям, повышенной конфликтности (подъем по 6-й шкале), т.е. эксплозивном типе реагирования. Высокая 2-я шкала отражает тенденцию к возникновению тревоги при нарушении принятых норм поведения и свидетельствует о достаточной степени осознания психологических проблем. Низкое расположение 7-й шкалы отражает отсутствие осторожности и осмотрительности в поступках, сниженную способность к сопереживанию, значительный эгоцентризм, неконформность установок. Индекс тревоги Уэлша составляет $58,054:3,97$ ($N=50,6$).

Истерическое расстройство личности.

Декомпенсация истерического расстройства личности клинически характеризовалась театральным, экстравертированным поведением, направленным на поиск внимания со стороны окружающих, стремлением преувеличить свои чувства, быть в центре внимания. В конфликтных ситуациях, как правило, отмечалось выраженное психомоторное возбуждение с нецеленаправленными агрессивными действиями, рыданиями, криками, демонстративные угрозы, а иногда - демонстративно-шантажное суицидальное поведение. В личностно-значимых ситуациях нарушения поведения проявлялись приступами раздражительности, связанной с чувством непонимания окружающими, бурными аффективными реакциями (слезы, угрозы, крик, демонстративно-шантажное поведение).

Направленность агрессивных импульсов на людей отмечали 12 человек, на окружающие предметы - 5 и на собственную личность - 3 человека. Отличительной особенностью лиц с истерическим расстройством личности является превалирование демонстративно-шантажных форм поведения с ярко выраженным вербальным компонентом агрессии и минимальное количество случаев аутоагрессивного поведения.

При изучении особенностей первичной социализации больных с истерическим расстройством личности было выявлено, что 7 человек воспитывались в полной семье, 13 человек - в неполной семье. Доминирующей личностью в семье являлась мать (8 наблюдений) или бабуш-

ка по материнской линии (12 наблюдений). Практически воспитанием обследованных занимались бабушки по линии матери. Таким образом, становится очевидным полное отсутствие триады "отец-мать-ребенок", дефицит материнской любви и мужских образцов поведения. В 8 наблюдениях характер воспитания определялся как гиперопека, в 12 - как "кумир семьи". Наказания носили преимущественно вербальный характер. Реакциями на воспитательные меры воздействия являлись: активное сопротивление у 12 человек, подчинение у 8 человек.

Усредненный профиль по данным теста СМИЛ является пикообразным с выраженными пиками по 4-й ($96 \pm 2,27$ Т-баллов), 3-й ($89 \pm 1,15$ Т-баллов) шкалам. Отмечено незначительное повышение по 5-й шкале ($71 \pm 4,89$ Т-баллов). Профиль при кодировании по Уэлшу выглядит следующим образом: $4^*32^*5^{**}1-86/97:0 \# L'KF-$. Соотношение шкал LFK отражает стремление преукрасить свой облик. Сочетание преобладающих шкал отражает эмоциональную незрелость, ориентацию на внешнюю оценку, что в целом несколько снижает риск возникновения асоциального поведения. Протестное поведение в основном реализуется в отношениях с близкими людьми. При этом враждебность обычно рационально обосновывается, что позволяет пациентам сохранять внешнюю конформность, особенно в официальных отношениях (учебное заведение, производство и т.д.). Индекс тревоги Уэлша составляет $54,26^{\wedge}5,80$ ($N=50,6$).

Особенности коммуникации были изучены с помощью теста Т.Лири. Общим для больных обеих групп является "прямолинейно-агрессивный" тип межличностных отношений (величина Шкманта в 1-й группе составила $12 \pm 1,51$ баллов, во 2-й - $11 \pm 1,56$ баллов). Характерными чертами больных с диссоциальным и истерическим расстройством личности являются ригидность установок, сочетающаяся с высокой спонтанностью, упорство в достижении цели, практицизм при недостаточной опоре на накопленный опыт в состоянии эмоциональной захваченности, легко загорающее чувство враждебности при противодействии и критике в свой адрес, непосредственность и прямолинейность в высказываниях и поступках, повышенная обидчивость, легко угасающая в комфортной ситуации, не ущемляющей престиж личности испытуемого. Высокие показатели 1 октанта (в 1-й группе - $9 \pm 1,38$ баллов, во 2-й - $10 \pm 1,57$ баллов) выявляют выраженную мотивацию достижения, тенденцию к доминированию, повышен-

ный уровень притязаний, экстравертированность, стремление подчинять окружающих своей воле, кататимный тип мышления. Неуверенность в себе тесно связана с неустойчивой самооценкой и вытесняемой тревожностью (показатели VII октанта < 8 баллов). Отличие групп между собой проявляется в том, что у пациентов 1-й группы преобладают ($p < 0,05$) показатели VI октанта ($10 \pm 1,31$ баллов), указывающие на повышенную чувствительность к средовым воздействиям, тенденцию к выраженной зависимости мотивации поведения от складывающихся отношений со значимыми другими, собственного мнения - от мнения окружающих. У пациентов 2-й группы преобладают ($p < 0,05$) показатели II октанта, указывающие на выраженное чувство собственного превосходства над окружающими, нарциссический тип личности.

Направленность агрессивных тенденций и границы конструктивного поведения были изучены при помощи теста Розенцвейга. У пациентов обеих групп выявлено преобладание самозащитных реакций с экстрапунитивной направленностью. Характерным паттерном для больных обеих групп является $E > M > I$; $ED > NP > OD$. Выше нормативных показателей оказываются: ED (в 1-й группе $61,56\% \pm 5,1$, во 2-й - $63,19\% \pm 2,16$ при норме 50%) и E (в 1-й группе $69\% \pm 5,2$, во 2-й - $68,66\% \pm 3,28$ при норме 40%). Ниже нормативных оказались показатели OD (в 1-й группе $10,42\% \pm 1,96$, во 2-й - $10,09\% \pm 1,56$ при норме 20%) и I (в 1-й группе $10,34\% \pm 3,06$, во 2-й - $12,12\% \pm 7,89$ при норме 30%). Полученный профиль фрустрационной толерантности свидетельствует о том, что в суперэгоблокинговых ситуациях кроме того, что враждебность и порицание направлены на кого-нибудь или что-нибудь, отмечается тенденция к самооправданию.

По данным шкалы Тейлора в обеих группах выявляется высокий общий уровень тревоги, составляющий $27,6 \pm 2,4$ балла в 1-й группе и $25,8 \pm 4,24$ балла - во 2-й группе. Тестирование по шкале Спилбергера-Ханина выявило у больных 1-й группы низкий уровень реактивной тревожности (РТ) $17,9 \pm 4,23$ балла и высокий уровень личностной тревожности (ЛТ) $69,9 \pm 2,21$ балла, что клинически проявлялось в состояниях эмоционального напряжения, повышенной раздражительности. У пациентов 2-й группы были выявлены высокие уровни РТ ($45,1 \pm 6,71$ балла) и ЛТ ($69,3 \pm 8,75$ балла), что способствует практически полному проявлению тревожного ряда (ощущение внутренней напряженности, гиперестезические реакции, собственно тревога, страх).

Выводы

1. Характерным для больных с диссоциальным и истерическим расстройствами личности является разнообразие типов воспитания, осуществляемых лицами женского пола, отсутствие целостности триады "отец-мать-ребенок", что в значительной мере предопределяет направленность личности, способствует формированию тревожности как личностной черты и возникновению неадекватного уровня самооценки и самодостаточности.

2. Высокий уровень личностной тревожности в сочетании с формированием и фиксацией неадекватной неустойчивой самооценки способствует подавлению чувства ответственности, построению неконструктивных межличностных отношений и повышает вероятность возникновения агрессивных форм поведения у больных с диссоциальным и истерическим расстройством личности.

3. Несмотря на то, что больные с диссоциальным и истерическим расстройством личности обнаруживают сходство по некоторым психологическим показателям, проявление агрес-

сивных тенденций у них качественно и количественно отличается и предопределяется специфическим для каждой из групп соотношением показателей личностной и реактивной тревожности.

4. Для лиц с диссоциальным расстройством личности характерна гетероагрессия, направленная на окружающих лиц в форме физических или вербальных действий. Эксплозивно-брутальный модус поведения у больных с диссоциальным расстройством личности предопределяется высоким уровнем личностной тревожности в сочетании с блокированием открытого проявления тревоги и низким уровнем фрустрационной толерантности.

5. Отличительной особенностью больных с истерическим расстройством личности является превалирование демонстративно-шантажных форм поведения с ярко выраженным вербальным компонентом агрессии, возникновение которых предопределяется высокими уровнями личностной и реактивной тревожности в сочетании с низкой фрустрационной толерантностью.

В.С. Первий

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА АГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ У ХВОРИХ З ДИСОЦІАЛЬНИМИ ТА ІСТЕРИЧНИМ РОЗЛАДОМ ОСОБИСТОСТІ

Дніпропетровське лікувально-профілактичне об'єднання "Міжобласний клінічний психоневрологічний центр"

Стаття присвячена вивченню особливостей виникнення та реалізації агресивних тенденцій у хворих з дисоціальним і істеричним розладами особистості. Для дослідження використовувались критерії МКХ-10, тести ММРІ, Лірі, фрустрації малюнковий тест Розенцвейга, шкала самооцінки Спілберґера-Ханіна, шкала особистісних проявів тривоги Тейлора, метод структурованого інтерв'ю. Порівняльний аналіз одержаних результатів показав, що при дисоціальному та істеричному розладах особистості дезадаптивний рівень тривоги є одним з провокаційних факторів у виникненні та реалізації агресії. Відсутність у вихованні цілісності триади "батько-мати-дитина" є одним із факторів, які сприяють розвитку агресивної поведінки. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 1998. - № 1 (4). - С. 28-33).

V.S. Pervy

THE COMPARATIVE CHARACTERISTIC OF AGGRESSIVE BEHAVIOR AT THE PATIENTS WITH DISSOCIATIVE AND HYSTERICAL PERSONALITY DISORDER

Dnepropetrovsk curative-preventive association "Interregional clinical psychoneurological center".

The article is devoted to learning of features of occurrence and implementation of the aggressive tendencies at the patients with dissociative and hysterical personality disorders. For investigation were used criteria of ICD-10, tests MMPI, Leary, Rosenzweig Picture-Frustration Study, self-estimation scale of Spielberger-Khanin, Teylor anxiety scale, method of standartized interview. Comparative analysis of the results allows to establish that an disadaptive anxiety level as a one of provocative factors in origin and realization of aggression in dissociative and hysterical personality disorders. The absence in bringing up of integrity of a triad "father-mother-child" is one of the factors, promoting occurrence of aggressive behaviour. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 1998. - № 1 (4). - P. 28-33).

Литература

1. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека.- Л.: Наука, 1988.-270 с.
2. Битенский В.С., Куницкая В.В., Савостин А.П. Подростковая агрессивность. Субъекты и объекты //Архів психіатрії.- Вип.9.- 1995.- С.101-102.
3. Бутыма Б.Г. Варианты проявления агрессивного поведения при некоторых соматических и психических заболеваниях: (Обзор)//Журн. невропатологии и психиатрии.- 1992.- Т.92, №2.-С. 122-126.
4. Горьковая И.А. Об агрессивности несовершеннолетних // Серийные убийства и социальная агрессия.- Тезисы докладов конференции, 20-22 сент.1994 г.- Ростов н/Д., 1994.- С.36-38.
5. Колесников А.А. Влияние микросоциальных факторов на процесс дезадаптации психопатических личностей //Вопросы теории и организации судебно-психиатрической экспертизы.-М., 1988.-С.133.
6. Колос И.В. Особенности системы личностных отношений и их роль в генезе опасных действий: Автореф.дис...канд.психол. наук.- М., 1986.- 24 с.
7. Пелипас В.Е., Стрельникова И.Р. К вопросу об общественной опасности психопатических личностей, признанных невменяемыми //Судебно-психиатрическая экспертиза (психогении): Сб.науч.трудов №33.- М., 1979.- С.56-63.
8. Печерникова Т.П., Шостакович Б.В., Васильева Л.П. и др. Клинический и психологический анализ "психопатической" мотивации ООД при психопатиях //Клинико-социальные аспекты профилактики ООД психически больных.- М., 1981.- С.84-92.
9. Рождественская Е.А. Тревожность и ригидность в структуре личности больных невротическими и невротоподобными расстройствами: (Обзор) //Журн. невропатологии и психиатрии.- 1987.-Т.87, вып.7.-С.1095-1098.
10. Соловьева С.Д., Незнанов Н.Г. Психологические особенности лиц с различными вариантами агрессивного поведения // Обзорные психиатрии и мед.психологии.- 1993.- №1.- С.75-77.
11. Стаценко А.Н. Клиническая оценка различных форм агрессивного поведения при некоторых пограничных психических заболеваниях у подростков: Дис.-канд.мед.наук.- М., 1991.- 189с.
12. Шишков Ат., Комсийска Д., Лозанова Л. Фрустрация-депрессия-делинквентность //Неврол.Психиатр.Нейрохир.- 1989.- Т.28, №3.- С.22-25.
- 13.Шостакович Б.В. Современная криминальная ситуация и роль судебной психиатрии //XII съезд психиатров России: Материалы съезда.- М., 1995.- С.494-495.
14. Apter A., Plutchik R., Sevy S., Korn M.L. et al. Defense mechanisms in risk of suicide and risk of violence//Amer.J.of Psychiatry.- 1989.-Vol.146,№8.-P.1027-1031.
15. (Baron R.A.) Бэрн Р.А. Агрессия: Пер. с англ.- СПб.; Питер, 1997.- 336 с.
16. Eichelman B. Aggressive behavior: from laboratory to clinic //Arch.Gen.Psychiatry.- 1992.- Vol.49, No.6.- P.488-492.
17. Gustafson R. Alcohol-related aggression: a further study of the impotence of frustration //Psychol.Repts.- 1985.- 57,№3, Pt.1.- P.683-697.
18. Hollander D.J., Scodol E., Andrew E. Anxiety disorders and personality disorders: A review //J.of Personality Disorders.- 1993.- Vol.7, No.2.- P.87-104.
19. Valzelli L. Reflections on experimental and human pathology of aggression //Prog.Neuropsychopharmacol.Biol.Psychiatry.- 1984.- Vol.8, N.3.- P.311-325.
20. Weller M.P. Medical concepts in psychiatry and violence // Medicine science & the Law.- 1986.-Vol.26, No.2.-P.131-143.

Поступила в редакцию 13.04.98г.