



НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ
РОССИЙСКОЙ АКАДЕМИИ МЕДИЦИНСКИХ НАУК

На правах рукописи

АБРАМОВА Аида Алексеевна

АГРЕССИВНОСТЬ ПРИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ

19.00.04 – Медицинская психология (психологические науки)

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени кандидата
психологических наук

Москва – 2005 г.

Работа выполнена в Научном центре психического здоровья Российской академии медицинских наук

Научный руководитель: - кандидат психологических наук, доцент Ениколопов Сергей Николаевич

Официальные оппоненты: - доктор психологических наук Сафуанов Фарит Суфиянович

- кандидат психологических наук Сулимовская Елена Ивановна

Ведущая организация: - Институт психологии Российской академии наук

Автореферат разослан «19» сентября 2005 г.

Защита состоится «19» октября 2005 г. в 14 часов на заседании диссертационного совета Д 208.044.01 при Федеральном государственном учреждении «Московский НИИ психиатрии» Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию по адресу: 107076, Москва, ул. Потешная, д. 3.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГУ «Московский НИИ психиатрии» Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию.

Ученый секретарь
диссертационного совета,
кандидат медицинских наук



Т.В. Довженко

2006-4
14385

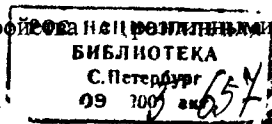
2175445

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность диссертационной работы. 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; Тиганов, 1999). Вероятность развития в течение жизни монополярной депрессии составляет до 20% (Крупина, 2000). Распространенность депрессивных состояний среди населения Земного шара достаточно высока: по данным ВОЗ — около 5% (Schatzberg, 1997). Ежегодно около 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.

Проблема связи агрессии и депрессии, впервые сформулированная Фрейдом (Вилюнас, Гиппенрейтер, 1993), до сих пор остается актуальной. Результаты исследований последних лет, посвященных этой проблеме, весьма неоднозначны. В частности, существует мнение, что для депрессивного расстройства не характерны агрессивные действия, за исключением суицидальных тенденций, которые расцениваются как проявления аутоагрессии (Тиганов, 1999; Смулевич, 2000). Отмечая тесную связь депрессивных расстройств с суицидальными намерениями, Castrogiovanni et al. (1998), Nierenberg et al. (1996) одновременно отрицают существенные различия в уровне агрессии между больными депрессией и здоровыми испытуемыми.

Другие авторы (Ван Прааг, 1994, 1998; Куликов, 1997; Wolfersdorf et al., 1998; Knox et al., 2000; Bjork et al., 1997) считают, что при депрессии уровень агрессии повышен и, наряду с прямыми ее проявлениями, у больных наблюдаются раздражительность, подозрительность и негативизм. Идеи о наличии связи депрессивного расстройства с агрессивными проявлениями



агрессии отражены также в работах Драгунской (1983, 1990), Изарда (1999), Барденштейна с соавт. (2002), Braconnier et. al. (1997). На наличие патогенетической связи депрессивного расстройства и агрессии указывают результаты исследований Sri Kumar et al. (2001), выявившего общие нейрохимические механизмы их возникновения, в частности, нарушения обмена серотонина. Показано также, что сочетанные симптомы тревоги и депрессии, агрессивности и делинквентности обусловлены генетически (Гиндина, 2005).

Проявления агрессивности в поведении тесно связаны с эмоциональным состоянием самого индивидуума и восприятием эмоционального состояния окружающих. Депрессия меняет восприятие и оценку поступающей информации, нарушает адекватность реагирования, приспособительное поведение, снижает работоспособность. Известно, что при депрессии искажены восприятие и интерпретация эмоциональной экспрессии, являющиеся важной составляющей социальной коммуникации человека (Михайлова и др., 1990, 1993, 1994, 2001, 2002), а также нарушен произвольный контроль поведения (Филатова, 2000; Baxter et. al., 1989; Drevets et al., 1992; Brown et al., 1994; Ito, 1996). Эмоции, выполняя в норме роль одного из механизмов внутренней регуляции психических и физиологических процессов, приспособительного поведения, в условиях патологии превращаются в дезорганизирующий фактор (Вилюнас, 1976; Моносова. Чаянов, 1992; Моносова, 1994; Изард, 1999; Курек, 2001).

Агрессия, как поведение, направленное на причинение вреда, ущерба объекту или субъекту, оценивается на основании уже совершенных действий, последствия которых порой бывают неисправимы. В картине депрессии нередко отмечают дисфорию, жестокие действия, расширенные самоубийства. Эти феномены мало изучены и их исследование представляется крайне важным как для клинической, так и для экспертной практики (Дмитриева и др., 1998, 2002; Сафуанов, 2003). Кроме того, для своевременного принятия превентивных мер необходимо выявление *агрессивности* субъекта, состоящей

в его предрасположенности и готовности к агрессивным действиям.

Таким образом, несмотря на существование большого количества клинико-психологических, клинических и экспериментальных работ, выполненных в данной области, проблема агрессивности и агрессии в структуре депрессии сохраняет свою актуальность как в теоретическом, так и в практическом аспектах.

Предмет исследования: агрессия как поведение, целью которого является причинение вреда, ущерба объекту или субъекту, включающая две формы агрессивности: проактивную агрессивность как черту личности и реактивную агрессивность как агрессивность, проявляющуюся только во фрустрирующих ситуациях.

Объект исследования: больные с депрессивными расстройствами, имеющими различную нозологическую принадлежность (аффективные расстройства, шизофрения, личностные расстройства).

Гипотезы исследования.

- При депрессии повышена проактивная агрессивность, предположительно связанная с трудностями распознавания собственного эмоционального состояния и эмоционального состояния окружающих, а также с повышенной обидчивостью, подозрительностью и враждебностью, как личностными качествами, создающими благоприятный фон для развития агрессивного поведения.

- Уровень агрессивности и агрессии связан с нозологической принадлежностью депрессии, ее тяжестью и длительностью, а также с половой принадлежностью больных.

Цель исследования: выявить особенности взаимосвязи депрессии с агрессивностью и агрессией.

Задачи исследования:

1. Анализ теоретических аспектов проблемы взаимосвязи депрессии и агрессивности.

2. Выделение возможного спектра факторов, способствующих

формированию и проявлению агрессивности при депрессивных состояниях.

3. Оценка характера проявлений агрессивности в зависимости от нозологической принадлежности, тяжести и длительности депрессии.

4. Определение и анализ возможных связей между агрессивностью в структуре депрессивных состояний и некоторыми клинико-психологическими параметрами их проявления (алекситимией, восприятием эмоциональных стимулов).

5. Сравнение исследованных связей и зависимостей в выборках здоровых лиц и пациентов с депрессивными расстройствами.

Положения, выносимые на защиту.

Проактивная и реактивная агрессивность усиливается с увеличением тяжести депрессии, а также обнаруживает связь:

- с длительностью депрессивного расстройства;
- с нозологической принадлежностью заболевания;
- с фрустрирующим воздействием ситуации;
- с алекситимией и качеством восприятия эмоционального состояния окружающих;
- с полом больных.

Научная новизна и теоретическая значимость работы. Впервые на основе целостного клинико-психологического изучения агрессивности в структуре депрессивных расстройств выявлен определенный спектр клинических, психологических и аффективно-поведенческих характеристик больных, способных влиять на форму и уровень проявления агрессии. Установлено, что различия в формировании модуса агрессивного поведения при депрессиях разной нозологической принадлежности, в первую очередь, определяются доминированием либо импульсивности, характерной для психопатий, либо рефлексивности, более присущей лицам с расстройствами аффективной сферы. Результаты выполненного исследования способствуют уточнению теоретических представлений о структуре депрессивных расстройств, расширяют клинико-психологический ракурс интерпретации их

проявлений.

Практическая значимость работы. Данные о характере проактивной и реактивной агрессивности у исследованных больных, указывающие на более высокую вероятность развития агрессивных действий на ранних этапах формирования заболевания и при утяжелении депрессивного расстройства, представляются полезными для психиатрической практики, в частности, для профилактики агрессивных и аутоагрессивных действий больных, для повышения безопасности медицинского персонала. Нозологические различия в проявлениях исследованных феноменов могут использоваться в качестве дополнительных критериев дифференциальной диагностики депрессивных состояний, а также для повышения продуктивности сотрудничества пациента с лечащим врачом.

Апробация работы: результаты исследования были доложены на 1-ой Международной конференции памяти Б.В. Зейгарник (Москва 2001 год), на съезде Российского психологического общества «Психология в системе наук (междисциплинарные исследования)» Москва 2002 год, на научной конференции молодых ученых в Институте высшей нервной деятельности и нейрофизиологии РАН (Москва 2003 год). По материалам диссертации опубликовано 11 печатных работ.

Структура и объем работы: кандидатская диссертационная работа состоит из введения, четырех глав, выводов, заключения, списка литературы из 189 наименований, двух приложений. Основная часть работы изложена на 123 страницах. Диссертация содержит таблицы, рисунки, иллюстрирована диаграммами и графиками.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследовании участвовало 87 пациентов: 31 женщина и 56 мужчин в возрасте от 17 до 46 лет, средний возраст 24,57 года (средний возраст женщин 30,71 лет, средний возраст мужчин 20,97 лет). Контрольную группу составили

68 человек (студенты и преподаватели биологического факультета МГУ, сотрудники Института ВНД и НФ РАН и сотрудники лаборатории нейрофизиологии НЦПЗ РАМН): 37 женщин и 31 мужчина, в возрасте от 17 до 45 лет, средний возраст 25,12 лет (средний возраст женщин 27,08 лет, средний возраст мужчин 22,77 года). Критерием отбора здоровых испытуемых служило отсутствие психических и неврологических расстройств. Критериями включения находящихся на стационарном лечении больных в исследование являлось: наличие депрессивного состояния различной степени тяжести, клиническая картина которого исключала наличие бредовых и галлюцинаторных расстройств, а также заболеваний ЦНС. Диагностика в группе больных проводилась врачами клиники НЦПЗ РАМН.

Вся когорта больных из 87 человек была разделена на три группы на основании клинического диагноза. В первую группу (45 человек: 23 мужчины и 22 женщины) были включены больные с диагнозом: F 31 – биполярное аффективное расстройство (17 человек), F 32 – депрессивный эпизод (3 человека), F 33 – рекуррентное депрессивное расстройство (10 человек), F 34.0 – циклотимия (8 человек), F 34.1 – дистимия (1 человек), F 41.2 – смешанное тревожное и депрессивное расстройство (2 человека) и F 43.21 – пролонгированная депрессивная реакция (4 человека). Вторую группу (23 человека: 15 мужчин и 8 женщин) составили больные с диагнозом: F 20 – шизофрения (3 человека), F 21 – шизотипическое расстройство (15 человек) и F 25.1 – шизоаффективный психоз (5 человек). В третью группу (19 человек: 18 мужчин и 1 женщина) были включены больные с диагнозом: F 61.0 – смешанные расстройства личности (8 человек), F 60.1 – параноидное расстройство личности (1 человек), F 60.3 – эмоционально неустойчивое расстройство личности (6 человек), F 60.4 – истерическое расстройство личности (2 человека) и F 60.6 – тревожное расстройство личности (2 человека).

На основании результатов шкалы депрессии Бека было выделено пять групп больных по тяжести депрессии: 1 группа с минимальной депрессией (15

человек: 3 женщины и 12 мужчин); 2 группа с легкой депрессией (19 человек: 6 женщин и 13 мужчин); 3 группа с депрессией средней тяжести (14 человек: 5 женщин и 9 мужчин); 4 группа с тяжелой депрессией (24 человека: 12 женщин и 12 мужчин); 5 группа с очень тяжелой степенью депрессии (15 человек: 8 женщин и 7 мужчин).

Кроме того, вся когорта больных была разделена на две группы на основании длительности заболевания, зафиксированной в истории болезни: 1 группа с длительностью заболевания до года включительно (15 человек: 6 женщин и 9 мужчин) и 2 группа с длительностью заболевания более года (72 человека: 25 женщин и 47 мужчин).

Выбор комплекса методик обусловлен тем, что агрессивность и ее проявления в поведении связаны с эмоциональным состоянием человека и с восприятием им эмоционального состояния окружающих (в частности по выражению лица), которое является неотъемлемой частью социальной коммуникации человека (Изард, 1999; Курек, 2001; Михайлова и др., 1990, 1993, 1994, 2001, 2002). Так Бек (Beck, 1970) первым высказал предположение о том, что больные депрессией игнорируют позитивные сигналы, а негативным уделяют чрезмерное внимание.

По данным исследований Курека (2001) у подростков, злоупотребляющих психоактивными веществами, с агрессивным поведением и депрессивными симптомами 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 работе использовались следующие методики.

- Методика Цунга для диагностики депрессии (Балашова, 1990).
- Шкала Бека для субъективной оценки депрессии (Тарабрина, 2001).
- Торонтская алекситимическая шкала Тейлора (Ереско и др., 1994; Практическая психодиагностика, 1998).

• Тест Вагнера «Рука» в модификации Герасимова (1999), направленный на изучение проактивной агрессивности. Обследуемому предлагают описать действия, совершаемые изображенной на карточке рукой. Ответы оценивают по 11-ти классическим шкалам и по 5-ти 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.

• Методика Басса и Дарки, позволяющая оценивать агрессию на основе самоотчета обследуемого о совершенных им агрессивных действий в прошлом (Практикум по психодиагностике, 1990).

• Методика Розенцвейга в модификации Тарабриной (1994), направленная на изучение реакции испытуемого и ее направленности во фрустрирующих ситуациях, т.е. на изучение реактивной агрессивности.

• Компьютерная психофизиологическая методика «Operator» (Моносова, Чайнов, 1992), предназначенная для исследования восприятия эмоциональных мимических стимулов. На экране монитора (в центре поля зрения) в случайном порядке предъявляли фотографии лица, выражающего эмоции «радость», «горе», «гнев», «страх». Проводили 2 серии эксперимента, в которых попарно сочетались эмоции «радость-горе» и «гнев-страх». Предъявлялось 8 изображений каждой эмоции от минимальной до максимальной степени выраженности. Испытуемый получал инструкцию как можно быстрее идентифицировать эмоцию и нажать правую или левую клавиши «мыши»

компьютера. После нажатия клавиши изображение лица заменялось маскировочным фоном. Неправильная идентификация эмоции или отсутствие ответа в течение 1500 мс фиксировались как ошибка выбора.

Данные подвергались обработке в статистическом пакете Statistica for Windows. Значимость межгрупповых различий определялась с помощью непараметрической статистики (критерий Манна-Уитни). Для выявления взаимосвязей показателей, полученных при проведении подобранных методик, был проведен корреляционный анализ (по Спирману).

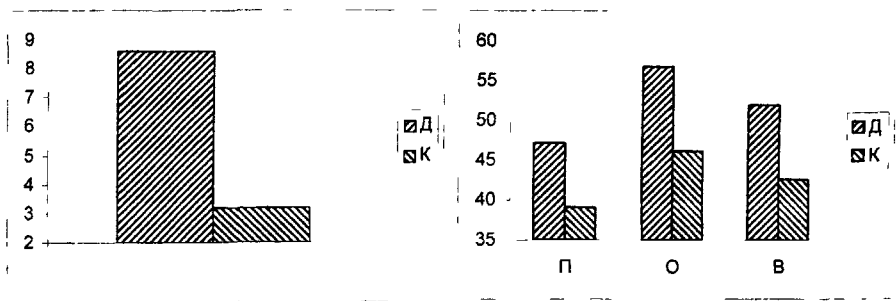
ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Агрессивность, восприятие эмоциональной экспрессии и депрессия

Проведение нами теста «Рука» показало, что у больных депрессией, по сравнению со здоровыми испытуемыми, достоверно более высокая проактивная агрессивность, направленная на предметы ($p < 0,001$) (рис. 1).

Рис. 1 Уровень проактивной агрессивности у больных депрессией (Д) и в контрольной группе (К).

Рис. 2 Уровень подозрительности (П), обидчивости (О) и враждебности (В) у больных депрессией (Д) и в контрольной группе (К).



При этом сравниваемые группы не различаются по уровню проактивной агрессивности, направленной на людей, значения этого параметра одинаково высокое. Согласно фрустрационной теории (Dollard, 1939; Miller, 1941) агрессия является одной из форм поведения, которую порождает фрустрация. 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 другой объект, нападение на который ассоциируется с наименьшим наказанием. Можно предположить, что смещение агрессивности на предметы (неживые объекты) у больных депрессией происходит из-за страха быть наказанными, из-за того, что окружающие не одобряют поведение, поэтому агрессивность направляется на объект, нападение на который ассоциируется с наименьшим наказанием.

Результаты теста Басса-Дарки показали, что у больных депрессией, по сравнению со здоровыми испытуемыми, достоверно более выражена подозрительность ($p=0,03$), обида ($p=0,004$) и враждебность ($p=0,004$) (рис. 2). Это частично согласуется с данными о том, что больные депрессией демонстрируют более высокие показатели по шкале «подозрительность» (Wolfersdorf et. al., 1998). Полученные нами результаты согласуются с данными Wessman et. al. (1960), Haines et. al. (1995) и Wei Wang et. al. (2002) о том, что у больных депрессией, по сравнению со здоровыми испытуемыми, повышены враждебность, обидчивость, раздражительность и агрессия, наряду с повышенными тревогой и беспокойством. На этом основании они делают вывод о наличии у больных депрессией враждебных установок в адрес окружающих людей.

Наряду с этим, согласно результатам теста «Рука» у больных депрессией достоверно более низкая эмоциональность по отношению к людям ($p=0,02$).

В тоже время при депрессии выявлена алекситимия ($p<0,001$), которая означает неспособность к распознаванию и точному описанию собственного эмоционального состояния и эмоционального состояния другого человека и может приводить к трудностям и конфликтам в межличностных отношениях (Николаева, 1991; Nemiah et al., 1970). Алекситимия при депрессии, по нашим данным, положительно и достоверно ($0,001 \leq p \leq 0,03$) коррелирует с проактивной агрессивностью, враждебностью, подозрительностью и обидами.

У больных депрессией по сравнению со здоровыми испытуемыми по результатам методики Operator достоверно более длительное время

опознавания эмоций «радость», «горе», «страх» и в особенности - «гнев» ($p < 0,001$). Эти данные согласуются с общей моторной заторможенностью, отмечаемой при депрессии (Коркина и др., 1995; Блейхер и др., 1996; Тиганов, 1999).

Нами не было получено достоверных различий между группой больных и контрольной группой в проценте ошибочных ответов при опознавании лицевой экспрессии, что не согласуется с опубликованными ранее данными (Михайлова и др., 1990, 1993, 1994). Однако, согласно нашим данным, при депрессии в отличие от результатов, полученных в контрольной группе, процент ошибок опознавания эмоций горя ($p=0,02$) и страха ($p=0,03$) положительно и достоверно коррелирует с проактивной агрессивностью. Процент ошибок опознавания эмоции радости положительно и достоверно коррелирует с негативизмом ($p=0,02$) и подозрительностью ($p=0,04$). Таким образом, у больных с депрессивным расстройством в отличие от контрольной группы ошибки восприятия связаны с личностными качествами, способствующими развитию агрессивного поведения.

У больных депрессией при ошибочном опознавании эмоций «радость» и «горе» наблюдаются реакции по типу «ложных тревог» (время правильного опознавания стимулов превышает время ошибочного выбора ответа), при опознавании «гнева» и «страха» - «пропуски стимула» (время правильного опознавания стимулов короче времени ошибочного выбора ответа). В контрольной группе реакции по типу «ложных тревог» отмечались только при ошибочном опознавании эмоции «радость», при опознавании негативных эмоций - «пропуски стимула». Таким образом, согласно полученным нами результатам методики Operator обследуемые, составившие контрольную группу, испытывают затруднения в опознавании всех предложенных негативных эмоций (горе, гнев и страх), что согласуется с данными Михайловой и др. (1990, 1993, 1994), а пациенты с депрессивным расстройством - преимущественно в опознавании эмоций гнева и страха, т.е. эмоций, имеющих особую важность для адекватно-приспособительной

деятельности человека. Утрата способности их правильного распознавания может быть причиной девиантного (агрессивного) поведения (Davidson et al., 2000).

Итак, в нашем исследовании не было получено достоверных различий между больными депрессией и здоровыми испытуемыми по уровню агрессии (результаты теста Басса-Дарки). Однако, принимая во внимание тот факт, что у больных депрессией при этом достоверно более высокая проактивная агрессивность, можно предположить, что у них возникают трудности реализации ее в поведении. Результаты о восприятии эмоциональной мимической экспрессии позволяют предположить, что повышенная проактивная агрессивность и трудности ее реализации в поведении связаны с механизмом внутренней защиты (Костандов, 1983), который повышает порог восприятия агрессии окружающих (в частности, по выражению их лица). В противном случае, при сниженном пороге восприятия этот стимул мог бы спровоцировать реализацию проактивной агрессивности больного депрессией в силу ослабленного контроля за поведением (Baxter et. al., 1989; Drevets et al., 1992; Brown et al., 1994; Ito, 1996). Кроме того, в этом случае сдерживающим началом могут выступать опасения социального неодобрения и наказания.

Влияние тяжести депрессии на агрессивность и восприятие эмоциональной экспрессии

Наиболее отчетливые результаты были получены при сравнении групп больных с минимальной и очень тяжелой депрессией. Результаты теста «Рука» показали, что в группе больных с очень тяжелой депрессией, по сравнению с группой больных с минимальной депрессией отмечается достоверно более высокая проактивная агрессивность, направленная на людей ($p=0,05$) (рис. 3).

Результаты теста Басса-Дарки свидетельствуют о том, что в группе больных с очень тяжелой депрессией, по сравнению с группой больных с минимальной депрессией достоверно более высокая подозрительность ($p=0,006$), обида ($p=0,005$) и враждебность ($p=0,008$), являющиеся

личностными качествами, которые могут составлять благоприятную почву для формирования агрессивного поведения (рис. 4).

Рис. 3 Уровень проактивной агрессивности у больных с минимальной (гр. 1) и очень тяжелой депрессией (гр. 2).

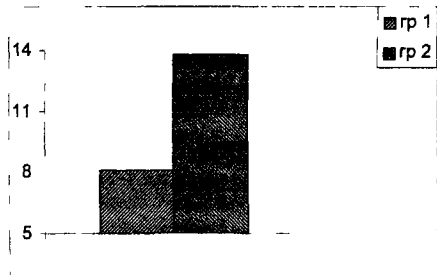
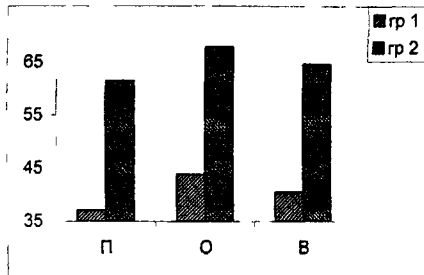


Рис. 4 Уровень подозрительности (П), обидчивости (О), враждебности (В) у больных с минимальной (гр. 1) и очень тяжелой депрессией (гр. 2).



Качественный анализ результатов теста Розенцвейга показал, что в ситуациях фрустрации в группе больных с минимальной депрессией отмечается игнорирование конфликтной ситуации, а в группе больных с очень тяжелой депрессией - реактивная агрессивность, направленная на окружающих и на ситуацию.

Кроме того, в группе больных с очень тяжелой депрессией отмечено достоверное увеличение уровня алекситимии ($p=0,01$), а по результатам методики Operator - достоверно более длительное время опознавания эмоции «гнев» ($p=0,007$).

В группе больных с минимальной депрессией при ошибочном опознавании эмоций «радость», «горе» и «страх» отмечались реакции по типу «ложных тревог», а при ошибочном опознавании эмоции «гнев» - «пропуски стимула». В группе больных с очень тяжелой депрессией при ошибочном опознавании всех предложенных эмоций отмечались «пропуски стимула».

Итак, у больных с тяжелыми формами депрессивного расстройства, по сравнению с больными с мягкими формами, на фоне повышенной подозрительности, обидчивости и враждебности отмечаются повышенная проактивная агрессивность как личностная черта и реактивная агрессивность как реакция на фрустрацию, направленные на людей и на ситуацию, а также

изменения восприятия эмоционального состояния окружающих и себя. Это свидетельствует о наличии большей предрасположенности к агрессивному поведению у больных с очень тяжелой депрессией, и подтверждает нашу гипотезу о взаимосвязи всех выше описанных показателей как некоего симптомокомплекса.

Следует обратить внимание также на то, что при повышенной проактивной и реактивной агрессивности и благоприятной почве для формирования агрессивного поведения у больных с очень тяжелой депрессией при ошибочном опознавании гнева преобладают реакции по типу «пропусков стимула» и отмечается более длительное время опознавания этой эмоции, хотя по характеру ошибок при опознавании эмоций радости, горя и страха группы больных с минимальной и очень тяжелой депрессией не различаются. Для объяснения особенностей опознавания эмоциональной лицевой экспрессии можно было бы предполагать более выраженную общую заторможенность больных с очень тяжелой формой депрессии, однако, в этом случае опознавание всех эмоциональных мимических стимулов было бы одинаково длительным, а этого не наблюдается. Время опознавания эмоций радости, горя и страха в сравниваемых группах достоверно не различаются. Полученные данные скорее можно рассматривать как «психологическую защиту», а также как возможную склонность к рефлексии, более выраженную у больных с очень тяжелой формой депрессии.

Агрессивность, восприятие эмоциональной экспрессии и длительность заболевания

В группе больных более года по сравнению с группой больных менее года по данным теста «Рука» выявлена достоверно более низкая проактивная агрессивность, направленная на предметы ($p=0,02$) (рис. 5). При этом по тяжести депрессивного расстройства сравниваемые группы не различаются.

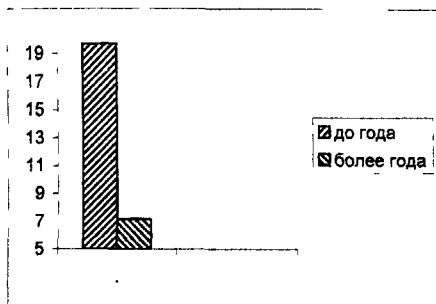


Рис. 5 Проактивная агрессивность и длительность заболевания.

Качественный анализ результатов теста Розенцвейга показал, что в ситуациях конфликта, фрустрации в группе больных менее года отмечена реактивная агрессивность, направленная на окружающих; в группе больных более года отмечена неоднозначная реакция на конфликт: с одной стороны - игнорирование фрустрации, с другой - принятие ответственности за случившееся на себя.

С увеличением длительности заболевания достоверно возрастает уровень алекситимии ($p=0,03$).

Нами не было получено достоверных различий между группой больных до года и более года в проценте ошибочных ответов при опознавании лицевой экспрессии.

Полученные результаты о снижении уровня проактивной и реактивной агрессивности и возрастании уровня алекситимии с увеличением длительности заболевания, возможно, обусловлены проводимой психофармакотерапией и изменениями, происходящими в личностной и эмоциональной сферах пациента. Меняется отношение к болезни: происходит адаптация к своему болезненному состоянию. Кроме того, меняется 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.

Зависимость агрессивности и восприятия эмоциональной экспрессии от психопатологической принадлежности заболевания

Согласно результатам теста Цунга при аффективных расстройствах отмечается достоверно более тяжелая депрессия, чем при психозах ($p=0,02$); при этом, различия с группой больных с психопатиями выявлены на уровне тенденции.

По данным теста Басса-Дарки в группе больных депрессией в рамках психопатий, в отличие от двух других групп больных, отмечена достоверно более высокая физическая агрессия ($p=0,02$), оцениваемая по субъективному отчету больных (рис. 6).

Рис. 6 Уровень физической агрессии у больных с аффективными расстройствами (АД), шизофренией (ШД) и психопатиями (ПД).

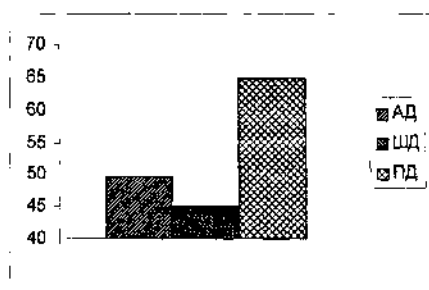
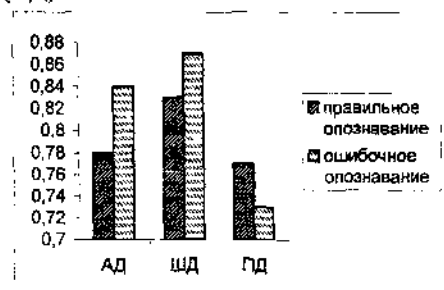


Рис. 7 Характер ошибок восприятия эмоции «гнев» у больных с аффективными расстройствами (АД), шизофренией (ШД) и психопатиями (ПД).



Результаты теста Розенцвейга показали, что в ситуациях фрустрации у больных депрессией в рамках аффективных расстройств имеет место реактивная агрессивность, направленная на окружающих и ситуацию; в группе больных депрессией в рамках шизофрении отмечается безучастное созерцание ситуации; для больных депрессией в рамках психопатий характерна неоднозначная реакция: с одной стороны, восприятие ситуации как благоприятной, с другой - реактивная агрессивность.

Наши данные согласуются с результатами исследований Гуровича с соавт. (1995) о незначительном проценте больных шизофренией, совершающих агрессивные действия.

Значимые различия между группами больных обнаруживаются также по времени опознавания негативной эмоции «гнев». Наименьшее время опознавания выявлено в группе больных депрессией в рамках психопатий, наибольшее время опознавания — у больных с диагнозом шизофрения (различия между этими двумя группами достоверны, $p=0,05$); в группе больных депрессией в рамках аффективных расстройств — промежуточные значения времени реакции (различия с двумя другими группами на уровне тенденции). Анализ характера ошибок опознавания эмоциональной экспрессии в трех группах больных показал, что больные депрессией в рамках психопатий при ошибочном опознавании эмоции гнева осуществляют реакции по типу «ложных тревог», т.е. их реакции носят импульсивный характер (рис. 7). Больные двух других групп, напротив, совершают ошибки по типу «пропуска стимула», т.е. принимают решение со значительным запаздыванием.

Для объяснения полученных различий между тремя группами больных представляется важным привести основные клинические характеристики этих групп. При аффективных расстройствах часто отмечаются идеи самообвинения, что может свидетельствовать о повышенной склонности к «застреванию», фиксации на своих проблемах, переживаниях, о рефлексии (Тиганов, 1999). О склонности больных этой группы к фиксации на своих мыслях свидетельствуют полученные нами данные по тесту «Рука»: в группе больных депрессией в рамках аффективных расстройств, в отличие от двух других групп больных, выявлен внутренний диалог. Эти данные также согласуются с результатами, полученными у больных с аффективными расстройствами при опознавании эмоциональной экспрессии.

Напротив, при психопатиях наблюдается выраженная конфликтность, способность терять равновесие, чувствительность к влиянию внутренних и внешних факторов. В патофизиологическом аспекте формирование расстройств личности предположительно связано с большей по сравнению с другими группами больных степенью вовлечения в патогенетический процесс структур лимбической системы головного мозга – высших центров регуляции

эмоций, при одновременном снижении тормозного контроля коры в отношении подкорковых отделов мозга (Гельгорн и др., 1966; Калашникова и др., 1995; Иващенко, 1998). Нарушения в работе системы, включающей лобную кору и связанные с ней мозговые образования, являются причиной немотивированной агрессии и насилия в человеческом обществе. В норме эти области коры участвуют в подавлении агрессии, у людей же с повышенной агрессивностью деятельность этой регулирующей системы нарушена (Davidson et al., 2000). С этими данными согласуются полученные нами результаты о характере восприятия эмоции «гнев».

В нашем исследовании в группе больных с диагнозом шизофрения, в отличие от двух предыдущих групп больных, не выявлено каких-либо отчетливых данных, характеризующих их с точки зрения выраженности депрессии и агрессивности. Возможно, это объясняется тем, что при шизофрении характерно снижение психической активности, обеднение эмоциональных реакций, отмечается нарастающая пассивность личности - больного шизофренией как бы «плывут по течению» (Тиганов, 1999).

Таким образом, наиболее отчетливые различия выявлены между двумя группами больных: больными с аффективными расстройствами и больными с психопатиями. Проведенный качественный и количественный анализ полученных данных выявил связь психодинамических характеристик (особенностей восприятия эмоциональной экспрессии) 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.

Влияние пола больных депрессией на агрессивность

и восприятие эмоциональной экспрессии

Традиционно считается (Крейхи, 2003; Bjorkqvist et. al., 1992; Loeber et. al., 1998), что мужчины в целом более агрессивны, чем женщины. В нашем исследовании у больных депрессией женщин по сравнению с больными депрессией мужчинами по результатам теста «Рука» достоверно более высокая проактивная агрессивность, направленная на предметы ($p=0,04$) (рис. 8).

Рис. 8 Уровень проактивной агрессивности у больных депрессией женщин (ДЖ) и мужчин (ДМ).

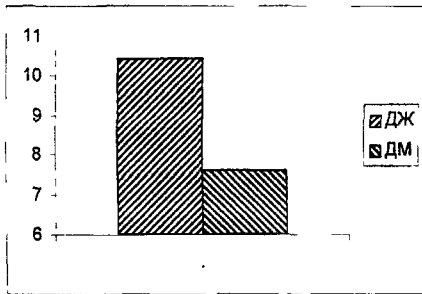
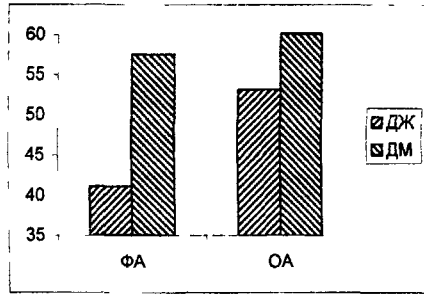


Рис. 9 Уровень общей (ОА) и физической (ФА) агрессии у больных депрессией женщин (ДЖ) и мужчин (ДМ).



По результатам тестов Бека и Цунга в группе больных депрессией женщин депрессия достоверно более тяжелая ($0,006 < p < 0,01$) по сравнению с группой больных депрессией мужчин. Проактивная агрессивность достоверно ($p=0,05$) и положительно коррелирует с более тяжелой депрессией в группе обследованных женщин по сравнению с мужчинами.

У больных депрессией мужчин по сравнению с больными депрессией женщинами по результатам теста Басса-Дарки (рис. 9) достоверно более высокая общая ($p=0,05$), в том числе и физическая ($p=0,003$), агрессия. Это согласуется с опубликованными ранее данными (Bjorkqvist et al., 1992; Huesmann et. al., 1997; Loeber et. al., 1998) о том, что половые различия более заметны в проявлении физической агрессии по сравнению с вербальной, а также прямой по сравнению с косвенной.

Качественный анализ данных по тесту Розенцвейга показал, что в ситуациях фрустрации в группе больных депрессией мужчин отмечена фиксация на препятствии и безучастное созерцание происходящего; в группе больных депрессией женщин отмечена реактивная агрессивность, направленная на окружающих и ситуацию.

У больных депрессией женщин по сравнению с больными депрессией мужчинами достоверно более выражена алекситимия ($p=0,05$), которая значимо положительно коррелирует с более тяжелой депрессией в группе женщин, чем в группе мужчин.

В нашем исследовании в группе больных депрессией женщин по сравнению с больными депрессией мужчинами, согласно результатам методики Operator, достоверно более длительное время опознавания эмоции «гнев» ($p=0,004$). Кроме того, в группе больных депрессией мужчин по сравнению с больными депрессией женщинами отмечено увеличение процента ошибок опознавания эмоций радости, горя и страха, однако, наибольший процент ошибок отмечается при опознавании гнева (межгрупповые различия не достоверны). В ряде исследований не обнаружено существенных половых различий в точности опознавания эмоциональной мимики (Gitter et al., 1972; Westbrook et al., 1974; Ethier et al., 1986; Duhaney et al., 1993). В других исследованиях (Михайлова и др., 1990, 1993, 1994, 2001, 2002) отмечено более точное распознавание эмоций радости, горя и страха больными депрессией мужчинами по сравнению с больными депрессией женщинами. Наши результаты согласуются с опубликованными ранее данными о том, что женщины справляются с опознаванием эмоциональной мимической экспрессии лучше, чем мужчины (Изард, 1999; Kirouac et al., 1986; Dimberg, 1990; Hugdahl et al., 1993; Thayer et al., 2000). Противоречивость результатов нашего исследования и опубликованных данных может быть обусловлена неоднородностью выборок обследуемых людей, различным методическим обеспечением и условиями эксперимента.

Таким образом, в ходе нашего исследования у больных депрессией женщин по сравнению с больными депрессией мужчинами была выявлена достоверно более выраженная депрессия и алекситимия и при этом достоверно более высокая проактивная агрессивность. Напротив, у больных депрессией мужчин по сравнению с больными депрессией женщинами была выявлена достоверно более высокая общая, в том числе и физическая, агрессия. Учитывая половые различия в восприятии эмоциональной мимической экспрессии, можно предположить, что повышенная проактивная агрессивность у больных депрессией женщин и трудности ее реализации в поведении связаны с механизмом «психологической защиты» (Костандов Э.А., 1983).

ВЫВОДЫ

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

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

3. Влияние половых различий на уровень агрессивности поведения при депрессии проявляется в более высокой проактивной и реактивной 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 ПУБЛИКАЦИЙ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Абрамова А.А., Дворянчиков Н.В., Ениколопов С.Н., Чаянов Н.В., Андриющенко А.В., Никишова М.Б. Психометрические показатели агрессии в норме и у больных реактивной и эндогенной депрессией. // Тезисы I-й Международной конф. памяти Б.В. Зейгарник. – Москва – 2001. - с. 15-17.

2. Абрамова А.А., Дворянчиков Н.В., Ениколопов С.Н., Чаянов Н.В., Андриющенко А.В., Никишова М.Б. Психологическое исследование проявлений агрессии у больных эндогенной и реактивной депрессией. // Ежегодник Российского психологического общества. «Психология в системе наук (междисциплинарные исследования)». – Москва – 2002. - Том 9. - Вып. 1. - с. 113-115.

3. Абрамова А.А., Дворянчиков Н.В., Ениколопов С.Н., Чаянов Н.В., Изнак А.Ф. Психометрические показатели агрессии в норме и у больных реактивной и эндогенной депрессией. // V международная конференция (посвященная 10-летию Московского института медико-социальной реабилитологии) «Здоровье, труд, отдых в XXI веке. (Профилактика, лечение, реабилитация в различные периоды жизни человека)». – Москва – 2002. - с. 340-341.

4. Абрамова А.А., Андриющенко А.В., Купцова С.В., Изнак А.Ф., Чаянов Н.В. Время сенсомоторной реакции на эмоциональные мимические стимулы при депрессии. // «Современные проблемы биологической психиатрии и наркологии»: Материалы Всероссийской конференции с международным участием / Под ред. Акад. РАМН В.Я. Семке и др. – Томск. – 2003 - с. 3-4.

5. Абрамова А.А., Андриющенко А.В., Купцова С.В., Изнак А.Ф., Чаянов Н.В. Особенности опознавания эмоциональной мимической экспрессии в норме и при аффективных расстройствах. // Научные труды 4-й Международной

научно-практической конференции «Здоровье и Образование в XXI веке». – Москва – 2003. – с. 21

6. Абрамова А.А., Андриющенко А.В., Изнак А.Ф., Чайнов Н.В. Восприятие эмоционально-негативных мимических стимулов при депрессии. // Материалы Российской конференции «Аффективные и шизоаффективные расстройства». – Москва – 2003. – с. 163

7. Абрамова А.А. Изучение психологических параметров агрессивности при депрессивных состояниях. // Научная конференция молодых ученых. Москва – 2003. – с. 22-23.

8. Абрамова А.А., Андриющенко А.В., Дворянчиков Н.В., Ениколопов С.Н., Изнак А.Ф., Чайнов Н.В. Психологические параметры агрессивности при депрессивных состояниях различного генеза. // Психиатрия. - Москва – 2003. - Т.1. - №6. - с. 15-21.

9. Абрамова А.А., Дворянчиков Н.В., Ениколопов С.Н., Изнак А.Ф., Чайнов Н.В. Особенности проявления агрессии при депрессивных состояниях. // Журнал практического психолога. – Москва – 2004. - №1. – с. 3-14.

10. Абрамова А.А., Ениколопов С.Н., Изнак А.Ф., Цуцупьковская М.Я., Яцевич Д.А. Особенности проявления агрессивности у больных депрессией. // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии. Москва – Киров. - 2004. – с. 89-94.

11. Абрамова А.А., Розенберг Е.С., Чайнов Н.В., Изнак А.Ф. О восприятии эмоциональных мимических стимулов при депрессивном расстройстве. // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии. Москва – Киров. - 2004. – с. 94-98.

12. Абрамова А.А. Агрессивность и восприятие эмоциональной экспрессии у больных с депрессивным расстройством при различных нозологических заболеваниях. // Сб. «III-я Бехтеревская психологическая конференция: Бехтерев В.М. и современная психология». – Казань. – Сдана в печать. – 2005.

Приято к исполнению 07/09/2005
Исполнено 09/09/2005

Заказ № 1021
Тираж: 150 экз

ООО «11-й ФОРМАТ» ИНН 7726330900
Москва, Варшавское ш., 36
(095) 975-78-56
(095) 747-64-70
www.autoreferat.ru

№ 15418

РНБ Русский фонд

2006-4

14385