

АГРЕССИЯ И ВРАЖДЕБНОСТЬ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Ениколопов Сергей Николаевич – кандидат психологических наук, заведующий отделом медицинской психологии Научного центра психического здоровья РАМН.

Это серьезная большая задача, так как агрессия и враждебность связана с психическими заболеваниями. Очень важно, что психологи, психиатры, психотерапевты становятся жертвами агрессии, не всегда прямой, но достаточно часто – вербальной, и в большинстве воспринимаются населением негативно, не очень отдалаются от пациентов и даже приближаются по психосемантическим характеристикам к террористам. Сейчас, когда мы исследуем динамику людей, сидящих на карантине, можно отметить, что примерно треть желает обратиться к психологам и психотерапевтам но мой пессимизм заключается в том, что это окно может захлопнуться, если мы не продемонстрируем готовности к работе с этими людьми.

Враждебность как психологический конструкт появилась намного позже, чем агрессия. Первым понятие «агрессивной реакции» предложил А. Адлер, потом его использовал З. Фрейд. Ф. Александер предположил, что если агрессия зажата, то это вызывает психосоматические симптомы и в целом психосоматические пациенты обладают повышенной враждебностью. Параллельно с этим в 30-е годы появляется работа Х.Ф. Данбар, не продиктованная этим подходом, а идущая от психометрики и выяснившая профиль личности больных. Для целого ряда заболеваний, которые традиционно относились к психосоматике, оказался высокий уровень враждебности, знаменитый пример – язвенная личность. Но тут не разводилось, являлась ли высокая враждебность одним из факторов заболевания или она возникла в результате заболевания. Вот на этих двух столпах – взглядах Александера и Данбар – и держалась идея исследования враждебности. То же и с агрессией – до 60-х годов большая часть исследований агрессии идут в рамках психоаналитического подхода. В 60-х годах происходит резкий сдвиг, на первое место выходят бихевиористы, дальше к ним присоединяется когнитивный подход. Прежде всего речь идет о А. Бассе. Который первым предложил дифференцировать понятия агрессии, враждебности и гнева, и в экспериментальных работах, и в разработке опросников. После него началось новое направление в исследовании враждебности, на которую в современной мировой психологии и опираются клиницисты опираются.

Басс рассматривал агрессию как инструментальную поведенческую реакцию, гнев как эмоциональное состояние, а враждебность соответствует когнитивной реакции. Все вместе они составляют триаду, а современная теоретическая концепция, разработанная Бушем-Андерсоном, усложнив мелкие детали, опирается на эту триаду. Тут хочется отметить работы более поздние работы Дж. Бэрфута, который понимал враждебность как

антагонистическое отношение к людям, но он включал в это отношение то, что оно имеет поведенческий, аффективный и когнитивный компонент. Главное, что происходит генерализация враждебного отношения, оно проявляется в негативизме, неприятии, нежелании что-либо делать, подозрительности и цинизме. Генерализация заключается в том, что Бэрифут ввел такое понятие, «общий уровень враждебности», то есть склонность человека приписывать другим людям или объектам негативные качества. Большое количество экспериментов было здесь, и они показывают, что тут тот же самый механизм, как и у депрессивного больного. Человек видит во многих элементах, в объектах окружающей среды большое количество негативных враждебных ему стимулов. В отличие от человека, у которого уровень враждебности не так высок.

Тут важно помнить, что в конце 80-х годов начинается бурный рост исследования связи враждебности и соматических заболеваний, в первую очередь сердечно-сосудистых. Во многих работах показана связь, одно из наших исследований, например, показало, что высокий уровень враждебности коррелирует с наличием гена, отвечающего за боль при инфарктах. Потом к этому присоединились и другие направления, и мне с учениками удалось показать высокий вклад враждебности в этиологию детского сахарного диабета и бронхиальной астмы. А дальше, в начале 2000-х, мы переключились на исследование связи враждебности и психических заболеваний. И тут большой перечень того, какие заболевания связаны с враждебностью. Враждебность обнаруживается при шизофрении, биполярном расстройстве и МДП, шизоаффективном психозе, при тревожных расстройствах. Здесь нужно отметить, что разделение между агрессией и враждебностью тут начало сильно проявляться и его можно было метрически прощупать. Агрессия была высокой у наших больных, но на инициальных стадиях заболевания. А когда мы смотрели дневник заболевания и сказывается ли время заболевания на враждебности, так как на агрессии время заболевания сказывается. Итак, на инициальных стадиях, а потом если есть агрессия, это связано с хронификацией, реакцией на боль, на неприятные ощущения, а враждебность почти все время на одном уровне и не зависит от времени начала заболевания. Тут есть свои важные характеристики, дело в том, что агрессия всегда выступает как реакция на угрозу Я-концепции. Я не буду говорить сейчас о тех, у кого агрессия привычная форма поведения, таких двоечниках человеческой адаптации, а для большинства это реакция на неблагополучие, широко понимаемое в данном случае. Как и всякая реакция, она возникает почти тут же, и не случайно мы обнаруживаем высокий уровень агрессии на инициальных стадиях заболевания. Чтобы пояснить, каждый из нас болел хотя бы недолго, и когда повышается температура, минимальный свет и звук раздражает человека, но когда проходит пара дней, раздражительность и гневливость

уходят на задний план. С враждебностью такого не происходит, она остается на одном уровне, и показатель враждебности достаточно хороший маркер хронических заболеваний, соматических и психических.

Я хочу очень коротко рассказать о методах исследования, в первую очередь это опросник Басса-Перри, который мы адаптировали в начале 2000-х и активно применяем. Можно применять шкалу Эльсвера, менее надежна шкала Кука-Медли, выделенная на основе ММРІ. Хорошо применять психосемантические методы, они тоже многое выявляют. Почему важно обращать внимание на враждебность? Она очень сильно затрудняет работу психолога или психотерапевта с пациентом, как отметила К. Хорни, больной воспринимает удачу психотерапевта как «его победа – мое поражение». Ряд наших испытуемых рвутся во всевозможные психотерапевтические группы, например, с курительной аддикцией человек посещает различные психотерапевтические группы, испытывает лейкопластырь, жвачку, иглоукалование – и продолжают курить. Среди них есть доктора и кандидаты медицинских наук, активно занимающиеся борьбой с курением. Выяснилось, что у них очень высокий уровень враждебности и они внутренне готовы к сопротивлению, хотя на сознательном уровне хотят бросить курить. Тут надо понимать, что при всем желании этих людей обратиться ко мне все их отказы связаны с враждебным внутренним настроем.