

АГРЕССИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ В СТРУКТУРЕ СОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Бисалиев Р. В., Кубекова А. С., Хаджимурадов А. В.

ФГБОУ ВПО «Астраханский государственный технический университет», Астрахань, Россия (414056, Астрахань, ул. Татищева, 16), e-mail: post@astu.org.

В обзорной статье рассмотрены ключевые моменты феномена агрессии и агрессивного поведения в структуре соматических расстройств. Описано значение психологического фактора в возникновении соматических заболеваний, в основе которых лежит агрессия. Среди психических факторов риска развития соматических заболеваний называют стресс, негативные эмоции, внутри- и межличностные конфликты, а также подавляемая агрессия и враждебность. Агрессия наиболее часто рассматривается как причина развития заболеваний сердечно-сосудистой системы. Агрессивность как устойчивая личностная характеристика и ее составляющие (враждебность, гнев, вина) сопровождаются висцеро-вегетативными расстройствами, приводящими к изменениям в сердечно-сосудистой системе. Недостаточный уровень социализации, эгоцентризм, низкие эмпатические свойства сопровождаются реализацией агрессивности в деструктивной форме. Раскрывается роль соматического фактора в возникновении агрессивного поведения, а также их взаимовлияния.

Ключевые слова: агрессия, агрессивное поведение, соматические расстройства.

AGGRESSIVE BEHAVIOUR IN STRUCTURE SOMATIC RASSTROYSTV

Bisaliev R. V., Kubekova A. S., Hadzhimuradov A. V.

FGBOU VPO "Astrakhan State Technical University", Russia, 414056, Astrakhan, Tatischeva St., 16; e-mail: post@astu.org.

In the article the key moments of a phenomenon of aggression and aggressive behavior in structure of somatic frustration are considered. Value of a psychological factor in emergence of somatic diseases at the heart of which aggression lies is described. Among mental risk factors of development of somatic diseases call a stress, negative emotions, inside – and the interpersonal conflicts, and as suppressed aggression and hostility. Aggression is most often considered as the reason of development of diseases of cardiovascular system. Aggression as the steady personal characteristic and its components (hostility, anger, wines) are accompanied by the vistsero-vegetative frustration leading to changes in cardiovascular system. Insufficient level of socialization, egocentrism, low empathic properties are accompanied by aggression realization in a destructive form. The role of a somatic factor in emergence of aggressive behavior, and as their interferences reveals.

Keywords: aggression, aggressive behavior, somatic frustration.

Большинство исследований определяют агрессию как любую форму поведения, которая нацелена на то, чтобы причинить кому-то физический или психологический ущерб. Вместе с этим данное определение не является общепринятым, и сегодня термин «агрессия» имеет много значений как в научных трудах, так и в обыденной речи. В результате мы не всегда можем быть уверены в том, что же имеется в виду, когда индивид характеризуется как «агрессивный» или действие определяется как «насильственное». Порой и словари оказываются не сильно полезными. Например, в некоторых из них говорится, что слово «агрессия» обозначает насильственное нарушение прав другого лица и оскорбительные действия или обращение с другими людьми, равно как и дерзкое, ассертивное поведение. В этом определении представлены весьма разнообразные действия, но все они обозначаются словом «агрессия» [1].

Как правило, в исследованиях, посвященных проблеме агрессивного поведения, выделяются три группы причин, влияющих на агрессию: биологические, социальные и психологические. К биологическим факторам наиболее часто относят: наследственность, отягощенную психическими заболеваниями, злоупотребление алкоголем, употребление наркотиков и психотропных препаратов, наличие в анамнезе тяжелых или повторных черепно-мозговых травм, а также в ряде случаев инфекций, интоксикаций и т. д. Среди психологических характеристик, связанных с агрессивностью как свойством личности, рассматриваются: выраженность в структуре личности черт эгоцентризма, эмоциональной неустойчивости, импульсивности, тревожности, а также склонность к дисфориям, к эмоциям ярости и гнева. Могут иметь значение особенности самооценки, локуса контроля. Одну из центральных ролей в организации агрессивного поведения играют характеристики мотивационной сферы, а также уровень социализации индивида со степенью интериоризации регулирующих поведение морально-этических и правовых норм [2]. В качестве социальных факторов, оказывающих свое воздействие на агрессивное поведение, выступают: полученное образование, наличие и характер выполняемой работы, семейное положение, общение в асоциальных группах и другие.

По мнению Т. Б. Дмитриевой [3], агрессия и агрессивное поведение человека – это действия, базирующиеся на агрессивности и направленные на причинение физического, морального или иного ущерба людям или другим объектам окружающего мира, сопряжённые с насилием против них. Такого рода агрессия определяется по-разному, но в целом дефиниции соответствуют приведённому данному определению. Её обозначают как мотивированное деструктивное поведение, противоречащее нормам и правилам существования людей в обществе, наносящее вред объектам нападения. В этом определении подчёркивается негативная и зачастую противоправная сторона агрессии. При этом автор понимает агрессивность как свойство личности, особенность характера, правда некоторых людей, которая выражается в готовности к агрессивному восприятию и соответствующей интерпретации поведения другого лица или лиц в рамках межличностных отношений [3].

Агрессивное поведение может проявиться как у психически здоровых людей, так и у психически больных. Вероятно, что у последних существенное влияние на формирование агрессивного поведения и реализацию агрессии могут оказывать психопатологические проявления, главным образом актуальный психопатологический синдром. Многие исследователи подчёркивают разную степень опасности психопатологических состояний. К примеру, состояния расстроенного сознания с полной дезорганизацией поведения при сохранности моторных функций – сумеречные расстройства сознания являются наиболее опасными синдромами; наименее опасными являются астенические проявления. Умеренную опасность

представляют галлюцинаторно-бредовые, бредовые, аффективные и психопатоподобные синдромы. Наряду с этим в реализации агрессии при всех упомянутых психопатологических синдромах, кроме расстройств сознания, значительную роль играют преморбидные личностные установки больного. В одних случаях они приводят к лёгкому возникновению агрессивно-насильственного поведения, зачастую даже к повторным, однотипным агрессивным действиям; в других – препятствуют таким поступкам [3].

Многочисленные психологические и клинические исследования показывают, что психологические факторы не только участвуют в поддержании физического и психического здоровья человека, но и существенно влияют на течение соматических заболеваний. Среди психических факторов риска развития соматических заболеваний называют стресс, негативные эмоции, внутри- и межличностные конфликты, а также подавляемая агрессия и враждебность. Агрессия наиболее часто рассматривается как причина развития заболеваний сердечно-сосудистой системы. Агрессивность как устойчивая личностная характеристика и ее составляющие (враждебность, гнев, вина) сопровождаются висцеро-вегетативными расстройствами, приводящими к изменениям в сердечно-сосудистой системе [4].

Психосоматический компонент в первую очередь характерен для следующих заболеваний сердечно-сосудистой системы:

- 1) эссенциальная артериальная гипертония;
- 2) ишемическая болезнь сердца;
- 3) нарушения сердечного ритма;
- 4) сердечный невроз страха [4].

Сердце и сосуды участвуют во всех формах жизнедеятельности, хотя в норме человек этого не осознает. При физических и психических нагрузках работа сердца начинает восприниматься в виде усиленного сердцебиения или тахикардии. Несмотря на то, что изменения работы сердца в равной степени проявляются и при положительных, и при отрицательных эмоциях, патологические нарушения в сердечно-сосудистой системе связаны со страхом, гневом, яростью, тоской и другими отрицательными аффектами, которые приводят к тому, что, например, при страхе одиночества, при опасности нападения возникает ощущение, будто сердце начинает стучать в горле и в области головы. Происходящий при этом выброс адреналина вызывает сужение сосудов, учащение пульса и усиление сокращения миокарда, что, в свою очередь, приводит к состоянию беспокойства и страха.

Коронарные больные придают мало значения предвестникам инфаркта миокарда. Эти больные вытесняют свои неприятные ощущения и до поры до времени склонны считать их пустяками. Коронарные больные отличаются толерантностью к симптомам своей болезни и

даже безразличием к ним. Традиционно считалось, что враждебно настроенные люди чаще болеют ишемической болезнью сердца (ИБС).

На основании исследования С. Л. Соловьевой [5] было установлено влияние биологических и социальных факторов, сопутствующих становлению агрессивности и агрессивного поведения, на моделях здоровых, больных эндогенным психическим заболеванием (на примере шизофрении), больных психосоматическим заболеванием (на примере ишемической болезни сердца). В исследовании раскрывается связь между дефицитарной формой реализации агрессивности больных ИБС и тенденцией к избыточному контролю над эмоциями, связанной с повышенным эмоциональным напряжением – черты, формируемые соответствующими социальными условиями развития личности. Показана важная роль биологических факторов (наличие эндогенного психического заболевания), обуславливающих становление деструктивных и дефицитарных форм реализации агрессивности в контексте ограниченной способности к социализации личности. Выявлены психологические факторы формирования агрессивности у здоровых, больных ИБС, а именно: эгоцентризм, эмоциональная напряженность, низкий уровень эмпатии, трудности в социальных взаимоотношениях.

Т. Л. Чапала [6] выделяет на основании исследования психологические факторы в клинической динамике ишемической болезни сердца, специфичных для каждой клинической формы заболевания, сочетающегося с преходящими нарушениями мозгового кровообращения:

- у пациентов с диагнозом «ИБС безболевого ишемия» отличительную взаимосвязь продемонстрировали напряжение, подавленная агрессия, аутоагрессия, низкий уровень эго-защитных реакций;
- у пациентов с устойчивой клинической симптоматикой ИБС инфаркт миокарда отличительную взаимосвязь продемонстрировали физическая, косвенная и вербальная агрессия, снижение ценности общения и взаимодействия, чувство обиды, снижение уровня личной ответственности;
- у пациентов с ИБС отличительную взаимосвязь продемонстрировали выраженность эго-защитных реакций, негативизм, потребность в любви и принятии, депрессия, уход от реальности, чувство вины.

Г. Аммон [7] различает агрессию конструктивную (открытое прямое проявление агрессии в социально приемлемой форме или с социально позитивным результатом), деструктивную (открытое прямое проявление агрессии в социально неприемлемой форме или с социально негативным результатом) и дефицитарную (связанную с дефицитом соответствующих поведенческих навыков и вследствие этого – с недостаточным отреагированием агрес-

сивных побуждений). Дефицитарная форма агрессии в наибольшей степени характеризует пациентов с самыми разнообразными формами психосоматической патологии.

Бронхиальная астма является классическим примером многофакторно обусловленной болезни, при которой взаимодействуют многочисленные компоненты, в основном психосоматические, инфекционные и аллергические. Эмоциональные факторы вряд ли сами по себе могут создать достаточные условия для развития болезни, но у биологически предрасположенного к ней человека они могут привести в действие астматический процесс. Взрослые пациенты с бронхиальной астмой забывают свою детскую историю, но обострение их заболевания происходит, как правило, когда надо проявить смелость, ответственность, независимость или суметь пережить печаль, одиночество [8].

Основные характеристики такого «профиля личности» у больных бронхиальной астмой определяются как склонность «подавлять депрессию и агрессию», «сдерживать реакции на фрустрирующее воздействие», преобладание «нементализируемых переживаний», «повышенная нервность, чрезмерная возбудимость либо вялость, повышенная истощаемость», «высокая тревожность». В поведении и чертах личности больных часто обнаруживаются реакции с защитой эмоциональных, прежде всего агрессивных побуждений, а также скрытое желание нежности и близости. За псевдоиндифферентным или даже агрессивным поведением может скрываться сильная потребность в любви и поддержке. Общепринятым считается значение агрессии, ее выражение, он не может «выпустить свой гнев на воздух». Это проявляется в приступах удушья. Личностные особенности и невротические нарушения, а также неадекватные личностные реакции на заболевание (тревожно-депрессивные, фобические, анозогностические, псевдоанозогностические, истерические, ипохондрические) предопределяют агрессивное поведение больных, которые затем трансформируются в поведенческие стереотипы, облегчающие развитие астматических симптомов по нервно-психическому механизму [8].

Аналогичная ситуация складывается с артериальной гипертонией. Артериальная гипертония часто начинается тогда, когда человек пребывает в ситуации хронического напряженного ожидания. Провоцирующими ситуациями часто бывают длительные состояния страха, нехватка времени и нарастающее напряжение. Считается, что в основе болезни лежит подавляемая агрессия. Для больных гипертонией описывают типичную невротическую личностную структуру с преобладанием навязчивых состояний, в результате чего часто возникают внутренние и внешние конфликты, что затрудняет эмоциональную разрядку.

По данным Ф. Александра [4], центральным пунктом психодинамики пациента с эссенциальной гипертонией является постоянная борьба с нарастающим враждебно-агрессивным чувством. Пациенты боятся потерять благосклонность других людей и поэтому

контролируют проявления своей агрессии. Больные артериальной гипертонией постоянно проявляют раздражительность, если сталкиваются с непреодолимым сопротивлением. В своей специфической установке на скромность они отказываются от своих потребностей в пользу других, желая получить от них одобрение и не провоцировать агрессию или неприязнь. Именно эти признаки, описываемые независимо друг от друга разными исследователями как готовность помочь, стеснительность, хронически подавляемая агрессивность, и составляют манифестные свойства личности, которые имеют большое значение для формирования характерных реакций подавления потребностей, воспринимаемых как опасные. Манифестные особенности восприятия окружающего и поведения у многих гипертоников представляет собой форму защиты от собственных агрессивных побуждений.

Неотреагированная (дефицитарная) агрессия может формировать неадекватную реакцию спазмирования сосудов мозга (гипертоническая болезнь) или коронарных сосудов (ишемическая болезнь сердца). Повышение артериального давления является адекватной реакцией на экстремальную внешнюю ситуацию, но хронически повышенное артериальное давление может поддерживаться подавленной неосознаваемой агрессивностью. Дефицитарная агрессивность характеризуется неспособностью к утолению гнева, в результате чего неотреагирование и длительное накопление, хронизация эмоций злости и гнева, помимо сосудистой гипертензии и стенокардии, может приводить к истощению иммунитета, вследствие чего облегчается формирование самого широкого спектра соматических расстройств. В этом случае дефицитарная агрессивность выступает в качестве общего неспецифического фактора всех психосоматических заболеваний.

Можно сделать вывод о том, что психологический фактор является важным критерием для развития психосоматических расстройств. В общем виде механизм возникновения психосоматических болезней, или, как их еще называют, психосоматозов, может быть представлен следующим образом: психический фактор вызывает аффективное напряжение, активизирующее нейроэндокринную и вегетативную нервную системы с последующими изменениями в сосудистой системе и во внутренних органах. Первоначально эти изменения носят функциональный характер, однако при продолжительном и частом повторении они могут стать органическими, необратимыми [9].

В понимании П. И. Сидорова и А. В. Парнякова [10] для психосоматических расстройств характерным является признание значимости психологических факторов как в возникновении, так и в обуславливании ими усиления или ослабления соматического (физического) страдания. По мнению авторов, критерием для отнесения имеющего специфического физического заболевания или страдания к психосоматическому является наличие психологи-

чески значимых раздражителей из окружающей среды, которые во времени связаны с возникновением или обострением данного физического нарушения.

Исходя из анализа литературы, можно сделать вывод о том, что агрессивное поведение в структуре соматических расстройств вызвано психологическими причинами, и именно невыраженная и подавляемая агрессия становится причиной многих болезней. Если агрессию все время подавлять волевым усилием, то тем самым блокируется выработка определенных химических веществ, способствующих выражению агрессии. И тем самым эти гормоны перестают вырабатываться в нужном количестве, а соответственно это приводит к формированию соматическим расстройств.

Список литературы

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение. – Москва: Эксмо-Пресс, 2002. – 352 с.
2. Аммон Г. Динамическая психиатрия. – СПб.: Изд-во Психоневрологического ин-та им. В. М. Бехтерева, 1995. – 145 с.
3. Берковиц Л. Агрессия: причины, последствия и контроль. – СПб.: Прайм-Еврознак: Нева, 2001. – 512 с.
4. Дмитриева Т. Б. Агрессия и психическое здоровье. – СПб.: Юридический центр Пресс, 2002. – С.164-207.
5. Лурия Р. А. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания. – М., 1977. – С. 307-312.
6. Менделевич В. Д., Соловьева С. Л. Неврология и психосоматическая медицина. – М.: МЕД-пресс-информ, 2002. – С. 455-458.
7. Сидоров П. Я., Парняков Л. В. Введение в клиническую психологию: учеб. для студентов медицинских вузов. – М., 2000. – С. 223-229.
8. Смулевич А. Б. Психосоматические расстройства (клиника, терапия, организация медицинской помощи). Психиатрия и психофармакотерапия. – М., 2000. – С. 35-40.
9. Соловьева С. Л. Агрессивность как свойство личности в норме и патологии: автореф. дис. ... канд. психол. наук. – Санкт Петербург, 1996. – 18 с.
10. Чапала Т. Л. Психологические факторы риска в клинической динамике ишемической болезни сердца: автореф. дис. ... канд. психол. наук. – Самара, 2012. – 14 с.

Рецензенты:

Печерский В. Г., д.псих.н., профессор, зав. кафедрой «Консультативная психология» ГОУ ВПО «Саратовский государственный университет им. Н. Г. Чернышевского», г. Саратов.

Тимофеев Ю. П., д.псих.н., профессор кафедры «Социальная педагогика и психология» ФГБОУ ВПО «Астраханский государственный университет», г. Астрахань.