



**ОСОБЕННОСТИ АГРЕССИИ И ГНЕВА
ПРИ ЗАВИСИМОСТЯХ ОТ РАЗЛИЧНЫХ
ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ**

Пособие для врачей

Санкт-Петербург
2012

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ им. В.М. БЕХТЕРЕВА»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО
РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

УТВЕРЖДЕНО
Решением Ученого Совета
Протокол №8 от 20.10.2011г.
Директор ФГБУ «СПБ НИПНИ им.
В.М. Бехтерева»
Минздравсоцразвития России,
д.м.н., профессор Незнанов Н.Г.
«10» мая 2012 г

**ОСОБЕННОСТИ АГРЕССИИ И ГНЕВА
ПРИ ЗАВИСИМОСТЯХ ОТ РАЗЛИЧНЫХ
ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ**

Пособие для врачей

Санкт-Петербург
2012

Аннотация

Пособие посвящено особенностям агрессивного поведения потребителей психоактивных веществ (ПАВ). Проанализированы психологические, социальные, биологические, патопсихологические и связанные с употреблением ПАВ факторы агрессии и гнева. Представлены результаты обследования пациентов с опиоидной, стимуляторной, полисубстантной, алкогольной зависимостями. Показано, что выраженность и формы агрессии у наркологических больных связаны с видом потребляемого ПАВ, а характеристики агрессии зависят от состояния и ориентации гнева. Определены общие и специфические предикторы агрессии и гнева у зависимых от различных ПАВ.

Пособие предназначено для психиатров, психиатров-наркологов, психотерапевтов, клинических психологов, социальных работников.

Настоящее пособие подготовлено в Санкт-Петербургском научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева.

Авторы: Р.Д. Илюк, к. м. н., руководитель отделения терапии больных с аддиктивной патологией; Д.И. Громыко, к. м. н., старший научный сотрудник отделения терапии больных с аддиктивной патологией; И.В. Берно-Беллекур, к. м. н., к. пс. н., научный сотрудник отделения терапии больных с аддиктивной патологией; Е.М. Крупицкий, д. м. н., профессор, руководитель отдела наркологии; А.С. Киселев, биомедицинский статистик.

Рецензенты:

А.Ю. Егоров, д. м. н., профессор кафедры психиатрии и наркологии Санкт-Петербургского государственного университета.

С.Ю. Калишевич, д. м. н., заведующий кафедрой социальной психологии и психиатрии Национального государственного университета физической культуры, спорта и здоровья им. П.Ф. Лесгафта.

© Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, 2012

© Отделение терапии больных с аддиктивной патологией

Список сокращений

- ПАВ – психоактивное вещество
- ОЗ – опиоидная зависимость
- СЗ – стимуляторная зависимость
- ПЗ – полисубстантная зависимость
- АЗ – алкогольная зависимость
- КГ – контрольная группа

Введение

Агрессивное поведение является комплексной биопсихосоциальной проблемой, требующей всестороннего изучения специалистами различных областей: психологии, психиатрии, наркологии, социологии, криминологии, философии и др.

Агрессия представляет собой любое воздействие с целью нанесения вреда. Агрессивность зависит от нейромедиаторных, гормональных, генетических, половых особенностей индивидуума, однако биологические факторы не в полной мере обуславливают проявления агрессии. Частота и выраженность агрессивных реакций определяются социальными факторами.

На характеристики агрессии влияют психологические особенности эмоциональных реакций, мышления и волевых качеств человека, а также психические и поведенческие расстройства.

Характеристики агрессивного и насильственного поведения существенно отличаются при зависимостях от различных ПАВ [70].

Длительное потребление ПАВ за счет токсического действия на центральную нервную систему вызывает специфические изменения личности с нарушением иерархии ценностей [14], что часто приводит к асоциальным и противоправным действиям, различным формам агрессивного поведения. Общественно опасные деяния потребителей ПАВ могут быть связаны с необходимостью добычи средств для приобретения алкоголя и наркотиков. Показано, что частота потребления героина, кокаина и нескольких веществ одновременно, коррелирует с частотой правонарушений [48]. Агрессивному поведению также способствует стигматизация алкоголь- и наркозависимых.

В формировании и развитии агрессии большое значение имеет гнев как переживаемое эмоциональное состояние, которое сопровождается физиологическими реакциями, когнитивными искажениями и варьирует по интенсивности, продолжительности, частоте [17].

Выраженные состояния гнева, снижение контроля гнева и экспрессия гнева вовне являются характерными для зависимых от ПАВ [51, 58, 69].

Систематизация существующих теорий и представлений об агрессии и насилии позволяет лучше понять механизмы и факторы, которые влияют на агрессивное поведение потребителей ПАВ.

Материально-техническое обеспечение

Опросник показателей и форм агрессии А. Басса и А. Дарки (Приложение 2) [27].

Опросник состояния, характеристики и ориентации гнева STAXI Ч.Д. Спилберга (Приложение 2) [17].

Психологические аспекты агрессии

Систематизация существующих теорий и представлений об агрессии и насилии позволяет лучше понять механизмы и факторы, которые влияют на агрессивное поведение потребителей ПАВ.

В настоящее время существует несколько определений агрессии.

Агрессия определяется как «любой ответ субъекта, который доставляет, вербально или невербально, вредные воздействия другому лицу», однако восприятие вреда человеком является субъективным [57].

По мнению Э. Фромма, агрессия является «природным механизмом», защищающим от внешних воздействий. Доброкачественная адаптивная агрессия возникает спонтанно при угрозе жизненно важным функциям организма, она заложена в филогенезе и свойственна как животным, так и людям. Злокачественная неадаптивная агрессия – деструктивность и жестокость – не является защитным механизмом и характерна только для человека [32].

Агрессивность может формироваться в процессе развития личности под влиянием социального научения, в частности при одобрении окружающими агрессивных реакций и поступков. Уровень агрессивности индивида оценивается по частоте и выраженности реальных или воображаемых агрессивных проявлений [5, 24, 37].

Высокий уровень самооценки коррелирует с показателями агрессии и враждебности, а самооценка способности к лидерству и самооценка своего «физического Я» коррелируют с такой формой агрессии, как негативизм [26]. Снижение способности к эмпатии приводит к повышению уровня агрессии [37]. Чувство стыда провоцирует агрессивные проявления [2].

Агрессивность может быть мотивационной, то есть связанной с внутренними побуждениями к совершению агрессивных действий; личностной составляющей, как привычным способом реагирования человека на различные жизненные ситуации; реактивной, возникающей как ответ на психотравмирующие фрустрирующие воздействия. Агрессия может иметь различную выраженность и проявляться в большом количестве феноменов от мелких ссор до военных действий [78].

Агрессия реализуется в виде гетероагрессивного и аутоагрессивного поведения. Гетероагрессия понимается как целенаправленное де-

структивное поведение, противоречащее социальным нормам и правилам, наносящее вред объектам нападения (одушевленным и неодушевленным). Аутоагрессию можно рассматривать как направленную внутрь враждебность, сопряженную с высокой частотой самоубийств, самоповреждений, а также алкогольной, наркотической зависимостью и занятий, связанных с риском для жизни [7].

Агрессивные побуждения и намерения сдерживаются рядом тормозящих факторов: ценностных (мотивы и цели в жизни); социально-нормативных (социальные роли, формирующиеся на основе социальных норм); диспозиционных (черты личности); эмоциональных (страх, чувство вины, тревога); коммуникативных (сопереживание и эмпатия); интеллектуальных (познавательные процессы); зрелых психологических защитных механизмов [28].

Г. Аммон разработал представление о трех формах реализации агрессии, которые в рамках его концепции тесно связаны с различными личностными чертами и внутриличностными факторами:

- конструктивная форма реализации агрессии подразумевает социальную приемлемость проявления агрессии, способность индивида регулировать и корректировать свое поведение. Агрессивный компонент реализуется в виде целеустремленности, настойчивости, стеничности эмоционального реагирования;
- деструктивная форма реализации агрессии проявляется в ситуации социальной дезадаптации, когда вследствие нарушения морально-этических и правовых норм воздействие на окружающих или самого себя носит разрушительный, повреждающий характер. Здесь присутствуют делинквентные и криминальные компоненты поведения. Существенную роль играют различные личностные расстройства (социопатические, садистские и т. п.);
- дефицитарная форма проявления агрессии характеризуется низким уровнем социальной активности, недостаточным развитием поведенческих навыков, способствующих реализации агрессивных побуждений [3].

Агрессия может определяться как «реакция, которая передает вредные раздражители другому организму». А. Басс и А. Дарки выделили следующие виды реакций:

1. Физическая агрессия – использование физической силы против другого лица.
2. Косвенная агрессия – воздействие окольным путем в замаскированной форме, направленное на другое лицо или социальные нормы и установки.

3. Вербальная агрессия – выражение негативных чувств как через форму (крик, визг), так и через содержание словесных ответов (проклятия, угрозы).
4. Раздражение – готовность к проявлению негативных чувств при малейшем возбуждении (вспыльчивость, грубость).
5. Негативизм – оппозиционная манера в поведении от пассивного сопротивления до активной борьбы против установившихся обычаев и законов.
6. Обида – зависть и ненависть к окружающим за действительные и вымышленные действия.
7. Подозрительность – в диапазоне от недоверия и осторожности по отношению к людям до убеждения в том, что другие люди планируют и приносят вред.
8. Чувство вины – отрицательно окрашенное субъективное отношение человека к совершенному им поступку [27].

Агрессия может быть враждебной и инструментальной. Враждебная агрессия направлена на нанесение вреда, а инструментальная является средством для достижения другой цели [44].

С учетом позиции агрессора по отношению к жертве выделяются наступательная, защитная, спровоцированная, санкционированная и другие виды агрессии [24].

По причинам возникновения различают следующие варианты агрессии:

- ситуационная – являющаяся производной конфликтной ситуации в семье, на службе и направленная на близких родственников и коллег;
- импульсивно-садистическая – содержащая элементы импульсивности действий и эмоционально-волевые компоненты садизма;
- сверхценная – развивающаяся на фоне патологических идей мести и ненависти [6].

Согласно фрустрационной теории, агрессия рассматривается как ситуативный процесс, который является результатом фрустрации, а побуждение к агрессии зависит от степени предполагаемого удовлетворения от достижения цели, от силы препятствия к ее достижению и количества фрустраций [25].

Аффективно-динамическая модель связывает агрессию с реакцией на кризисную ситуацию, развивающуюся вследствие депривации или фрустрации актуальных потребностей [33].

Психологические аспекты гнева

Аристотель описывал гнев как зверообразную страсть, которая способна часто повторяться, непреклонна по силе и служит причиной убийств, союзницей несчастья, пособницей вреда и бесчестия [4].

Гнев, по теории К.Э. Изарда, сильное отрицательное эмоциональное состояние, протекающее чаще в форме аффекта и возникающее в ответ на препятствия в достижении целей. По его мнению, гнев является одной из десяти фундаментальных эмоций, определяющих весь спектр эмоциональных состояний человека. Гнев мобилизует энергию человека, повышает его способность к самозащите. В ситуации фрустрации одновременно с эмоцией гнева часто активируются такие эмоции, как отвращение и презрение, составляющие эмоциональный комплекс – «триаду враждебности» [15].

Гнев – часто переживаемое чувство, которое характерно для лиц любого возраста, положения и происхождения, представленное в различных культурах народов [46]. Гневная реакция может варьировать по интенсивности и продолжительности, часто сопровождается психомоторным возбуждением и когнитивными искажениями. Гнев в когнитивном плане – это злость, ярость, часто с представлением о нанесении вреда.

Когда гнев достигает степени ярости, возможны искажения процесса мышления с возникновением иррационального поведения. Эмоция гнева возникает в результате взаимодействия личности с микро- и макросоциальной средой [61].

Г. Спенсер разработал теорию о биологическом происхождении человеческих эмоций из аффективных и инстинктивных реакций животных. Гнев рассматривается им как «заторможенная драка», а сопровождающие его моторные реакции – как рудименты агрессии [29].

По теории конструктивистов, гнев – это особая формула или разработанный сценарий поведения, одобряемый и приемлемый в обществе. Приобретая определенные навыки психологических реакций, мышления, словесных и моторных действий, личность функционирует в обществе [91].

Проявление гнева против несправедливости может восприниматься обществом как справедливая и одобряемая эмоция, которая часто поощряется и поддерживается. Но в повседневной жизни гнев обычно носит разрушительный характер [38].

Согласно теории У. Джеймса и Я.Г. Ланге, состояние гнева сопровождается рядом физиологических и моторных реакций. Для лиц, находящихся в гневном возбуждении, характерны напряжение мышц, моторные действия, потливость, тахикардия, тремор, мимическая реакция [13].

Вспышки гнева имеют различную динамику проявления. Гнев может протекать с высокой интенсивностью и быстрым исчезновением, а может накапливаться в течение длительного времени с дальнейшей психомоторной разрядкой. Причиной гневной реакции могут служить негативные стрессовые ситуации, связанные с насилием в отношении человека и его близких. В подобных ситуациях гнев может сохраняться длительное время.

Высокая частота гневных реакций отмечается у лиц, имеющих характерную потребность проявлять гнев в ответ на самые различные раздражители и проблемы, в различной обстановке. При низкой личностной склонности к гневу частота данных эмоциональных состояний наблюдается значительно реже [17].

Состояние гнева часто сочетается с нарушениями в когнитивной сфере. На высоте аффекта могут наблюдаться перцептивные искажения и дефекты, что делает личность «пленником ненависти» [18].

Гнев не является формой агрессии и не всегда приводит к агрессивному поведению [15, 17].

При изучении гнева анализируется ряд его характеристик. Гнев представляет собой недифференцированное возбуждение, склонность к раздражительности и гневу может быть личностной особенностью человека. Особенности темперамента влияют на частоту и выраженность проявлений гнева. Реакция гнева связана с чувствительностью индивидуума к различным раздражителям. Гнев может быть направлен вовне и внутрь. Контроль над гневом способствует снижению его выраженности [17].

Роль нейрональных механизмов и патологических изменений головного мозга в генезе агрессии

Многочисленные исследования выявили корреляцию агрессивного поведения, с одной стороны, с гормональным и нейромедиаторным дисбалансом, а с другой – с наличием патологических изменений головного мозга.

В исследовании N.H. Kalin показано, что защитные и атакующие виды агрессии имеют различные нейрональные механизмы. Защитная агрессия связана с активностью правой лобной доли и высокой активностью кортизола [60]. Высокий уровень кортизола также характерен для потребителей наркотиков. Атакующая агрессия сочетается с низкой серотонинергической активностью мозга, высоким уровнем тестостерона и низким – кортизола [35].

Выраженность импульсивного агрессивного поведения у пациентов с расстройствами личности коррелирует с количеством рецепторов, связывающих серотонин [47]. Обобщение данных многих авторов по-

казало наличие связи стойкого антисоциального поведения с выраженными нарушениями серотонинергических механизмов центральной нервной системы [64].

Агрессивность может быть связана с особенностями функционирования дофаминергической системы. Показано, что агонисты дофамина, в частности апоморфин, увеличивают агрессию крыс [67]. Постэнцефалитная агрессивность мышей определяется увеличением синтеза дофамина и снижением серотонина, применение ингибиторов синтеза дофамина снижает агрессивность [65]. Отмечено, что повышение уровня норадреналина приводит к увеличению агрессивности, а его снижение сопровождается уменьшением агрессивности [66].

Согласно нейрональной модели, агрессивное поведение связано с облегчением проведения импульса за счет снижения порога электрической проводимости нейронных мембран [81].

В исследованиях И.М. Тонконового показано, что для лиц, склонных к насилию, по данным компьютерной и магниторезонансной томографии, характерна высокая частота встречаемости признаков органического поражения головного мозга с доминированием нарушений переднего фронтального фрагмента височной доли и миндалин головного мозга [31]. М.Т. Wong et al. выявили у 372 пациентов, совершивших агрессивно-насильственные общественно опасные действия, изменения в височных долях, проявляющиеся в морфологических и биоэлектрических нарушениях (медленные и острые волны), коррелировавших с выраженностью агрессии [52].

В результате исследования лиц, склонных к агрессии, выявлено, что три области мозга участвуют в формировании агрессивного поведения: гипоталамус, миндалины и орбитальная область префронтальной коры [43, 90].

Особенности агрессивного поведения в зависимости от вида потребляемого ПАВ

Для опиоидной зависимости, особенно в состоянии отмены опиоидов, характерен высокий уровень агрессивного поведения. В условиях систематического потребления героина снижение первоначального эйфоризирующего действия данного ПАВ приводит к формированию негативных эмоциональных состояний, таких как враждебность и подозрительность [70]. У больных опийной наркоманией отмечаются нарушения социальной адаптации [22], которые в большей мере проявляются психопатоподобными расстройствами [10], обуславливающими разнонаправленность вектора агрессии в зависимости от уровня стрессоустойчивости и адаптационного потенциала [9].

Потребление героина часто связано с насилием. Преступления, совершаемые зависимыми от героина, часто обусловлены их попытками найти средства для приобретения новой дозы [89].

При стимуляторной зависимости агрессия связана с различными факторами. Низкие дозы стимуляторов могут усиливать различные позитивные и негативные варианты социального поведения; высокие дозы часто приводят к дезорганизации в социальном взаимодействии, вызывают раздражительность, агрессивное поведение, возбуждение, галлюцинации. При этом происходит смена настроения; поведение потребителя данного ПАВ быстро меняется с дружественного на враждебное [76]. Потребление стимуляторов может вызывать параноидное расстройство, сопровождающегося актами насилия [70].

При использовании высоких доз метамфетаминов отмечаются раздражительность, агрессивное поведение, возбуждение, слуховые галлюцинации и параноидный бред. Фаза опьянения заканчивается резким падением настроения, наркозависимый может спать в течение нескольких дней. После пробуждения возникает глубокая депрессия и существует повышенный риск попыток совершения самоубийства [88]. Психические нарушения, вызванные приемом метамфетаминов, включают в себя агитацию, прогрессирующую гипомнезию, помрачение сознания, бессонницу, депрессию, дистимию, биполярные аффективные расстройства, антисоциальное расстройство личности, паническое расстройство, которые сохраняются в течение нескольких месяцев или лет после прекращения потребления наркотика [83]. Показано, что метамфетамин является препаратом, наиболее часто вызывающим агрессивное поведение [42].

Агрессия у потребителей стимуляторов и галлюциногенов чаще всего проявляется при наличии психопатологических нарушений; кроме того, она связана с деятельностью пациентов, направленной на самообеспечение данными веществами [40].

Потребление тетрагидроканнабинола, который содержится в препаратах каннабиса, как правило, снижает агрессивное и насильственное поведение. Агрессия при потреблении данного ПАВ чаще возникает у лиц молодого возраста, что связано с нарушениями социальной адаптации, разрушением сферы межличностных отношений, семейными проблемами, склонностью к делинквентному поведению, наличием аутоагрессивных и антисоциальных тенденций. В исследовании У.А. Абшаиховой, Н.А. Сироты показано, что полная социальная дезадаптация характерна для 77,5% подростков, больных гашишной наркоманией, неустойчивая адаптация – для 17,5%, сохраняющая адаптация – всего для 5% [1].

При полисубстантной зависимости злоупотребление алкоголем и наркотиками является фактором агрессивного и насильственного пове-

дения личности. Комбинированный прием больших доз наркотиков и алкоголя повышает риск домашнего и уличного насилия [80]. Чем больше различных ПАВ потребляет зависимый, тем выше у него уровень агрессивных реакций [82].

Взаимосвязь алкоголя и агрессивного поведения обусловлена рядом факторов:

1. В алкогольной интоксикации чаще отмечается агрессивное поведение, чем в трезвом состоянии.
2. Алкоголь оказывает токсическое действие, вызывая дисбаланс нейромедиаторных систем головного мозга, приводящий к повышению уровня агрессии.
3. Этанол не напрямую ведет к агрессивному поведению, а косвенным образом влияет на агрессивные действия.
4. Алкоголь вызывает нарушения когнитивных интерпретаций – ухудшает обработку информации личностью, включая нормативные ограничения, которые сдерживают агрессивные ответы в трезвом состоянии.

На выраженность агрессивного поведения влияют ситуационные реакции, провоцирующее и фрустрирующее поведение окружающих [63].

Пациенты с зависимостью от алкоголя характеризуются высокой степенью аутоагрессивных проявлений, риск совершения суицида у таких больных составляет 7% [59].

Исследования связи алкогольной зависимости и агрессивности показали наличие у 23,4% зависимых от алкоголя агрессивно-садистической формы поведения, которая определяется сочетанием преморбидных личностных характеристик и «глубинной психологии индивидуализма», интерпретируемой в рамках психоаналитической терминологии [87].

На основании 20-летнего катamnестического наблюдения за большой группой зависимых от алкоголя получены данные о наличии у 19,3% испытуемых стойкой склонности к агрессивному поведению – они многократно совершали насильственные или оскорбительные действия по отношению к своим женам или другим людям. У 14,8% выявлены тенденции к совершению самоубийства в состоянии алкогольного опьянения. Авторы подчеркивают, что пациенты с зависимостью от алкоголя не только сами обнаруживают повышенную агрессивность, но и чаще оказываются объектом агрессии. Высокая агрессивность оказывается прямо пропорциональной виктимности контингента. Так, у агрессивных зависимых от алкоголя смертность оказалась в 3,3 раза выше, а у склонных к самоубийству – в 1,9 раза выше, чем в общей популяции (у прочих больных алкоголизмом – в 1,7 раза выше) [41].

Отмечено возрастание агрессивности больных алкоголизмом в зависимости от дозы спиртного: агрессивность усиливалась уже при минимальных концентрациях алкоголя в крови, еще не приводящих к опьянению [45]. В другом исследовании показано, что незначительные дозы сдерживают агрессию, в то время как большие дозы способствуют ее проявлению [84]. Агрессивное поведение определяется не только фармакологическими эффектами этанола, но и с установочными реакциями, предопределяющими асоциальные формы поведения больных алкоголизмом [56].

Агрессия при длительном употреблении алкоголя связана со снижением процессов торможения, высвобождением насильственных импульсов, нарушением деятельности нейротрансмиттеров, дисфункцией височной доли. Алкоголизация вызывает усугубление психических аномалий, имеющих криминогенное значение, что приводит к совершению такими людьми общественно опасных деяний. Алкогольная зависимость и преступность детерминированы общими причинами: низким культурным уровнем отдельных групп населения, дисфункциональными взаимоотношениями в семье, недостатками в организации досуга и т. п. [36].

Показано, что у людей с изначально высокой и умеренной агрессией, в отличие от людей с изначально низким уровнем агрессии, после употребления алкоголя происходит ее значительное увеличение [76].

Патологическое опьянение – сумеречное помрачение сознания, относящееся к группе острых кратковременных психотических расстройств, – может быть причиной агрессивного поведения. Чаще всего оно развивается у лиц с органическими изменениями головного мозга, преимущественно с последствиями его травматического поражения. Агрессивные действия при патологическом опьянении отличаются большой разрушительной силой, внезапностью, жестокостью.

Характеристика гнева потребителей ПАВ

Эмоция гнева является характерной особенностью потребителей ПАВ, часто являясь составляющей различных психических нарушений. В исследовании 65 человек, злоупотребляющих различными ПАВ (алкоголь, каннабис, кокаин, героин, MDMA) показано, что для них характерны различные эмоциональные нарушения, в том числе гнев [60].

Изучение проявления гнева у 270 потребителей ПАВ выявило, что наиболее выраженной компонентой гнева является его экспрессия во вне [53].

В структуре влечения к опиоидам у наркозависимых эмоция гнева играет важную роль [85]. При обследовании потребителей опиоидов и

кокаина обнаружено, что эмоция гнева часто сочетается с депрессивным состоянием, при этом наибольший уровень гнева выявлен у злоупотребляющих кокаином [39].

Исследование характеристик гнева у 2025 подростков показало, что эмоция гнева в сочетании с тревогой и депрессией являются триггерами потребления ПАВ, а систематическое потребление ПАВ компенсирует состояние гнева [53].

Сравнительная оценка 136 человек в состоянии алкогольного опьянения с изначально высоким, средним и низким уровнями гнева показало, что наибольшая выраженность агрессии отмечена у испытуемых со средним уровнем гнева, несколько меньшая – у пациентов с высоким уровнем гнева, а участники с низким показателем эмоции гнева проявляли самую низкую агрессию [74].

В результате изучения 204 обследуемых получены данные о положительной взаимосвязи гнева как личностной черты, по опроснику STAXI, и агрессии, как в состоянии алкогольного опьянения, так в трезвом виде. Наибольшая агрессивность отмечена у лиц с высоким уровнем гнева как личностной черты [55]. Агрессия в состоянии алкогольного опьянения в наибольшей степени возрастала у лиц с высоким уровнем подавления гнева по опроснику STAXI [73].

Люди, имеющие опыт насилия в семье, в состоянии алкогольного опьянения демонстрировали усиление гнева в сочетании с вербальной агрессией [50].

В исследовании 210 подростков 16–21 года, склонных к злоупотреблению ПАВ, было отмечено наличие у них высоких уровней реакции гнева и склонности к агрессии. Использование поведенческих адаптивных методик и взаимодействие с родными уменьшают уровень гнева, приводят к снижению агрессивности и сокращению злоупотребления ПАВ [92].

Комплексная программа профилактики, психокоррекции и реабилитации способствует уменьшению показателей гнева у наркозависимых. Обследование 152 матерей, потребляющих ПАВ, выявило у них высокие уровни реакции гнева, депрессии и нарушения контроля гнева, которые эффективно компенсировались в результате психокоррекционных мероприятий [49].

Е. Fernandez и S. Scott, обследовав 26 наркозависимых, выявили у них частые проблемы, связанные с проявлением гнева, по данным шкалы STAXI и самоопросника. В результате использования комплексной программы профилактики, вмешательства и реабилитации у испытуемых отмечалось в большей мере снижение гнева по субшкале «гнев как личностная черта», чем по субшкале «ситуационное состоя-

ние гнева». При этом у больных в большей степени наблюдалось снижение частоты и продолжительности гнева, чем его интенсивность [54].

Изучение влияния гендерных различий в проявлении гнева при потреблении ПАВ существенных особенностей не выявило [53, 54].

Агрессия у зависимых от ПАВ с коморбидными расстройствами

Наркологические заболевания имеют высокий уровень коморбидности с другими психическими и поведенческими расстройствами, которые имеют самостоятельную нозологическую сущность по отношению к зависимости от ПАВ. У 50–75% наркозависимых отмечаются сопутствующие психические расстройства. Коморбидные нарушения являются одной из причин возникновения агрессии у потребителей ПАВ.

По данным Л.М. Барденштейна, в различных нозологических группах тот или иной вид агрессии обнаруживается с различной частотой. Сверхценная агрессия в основном характерна для шизофрении, импульсивно-садистическая – для больных с церебральными резидуально-органическими нарушениями, шизофренией и расстройствами личности. Ситуационная агрессия отмечена во всех нозологических группах, кроме шизофрении, а при расстройствах адаптации была единственным агрессивным феноменом [6]. Расстройство личности с явным преобладанием антисоциального поведения среди злоупотребляющих наркотиками в США колеблется от 65% до 90% [75], по данным Национального института психического здоровья США более половины зависимых от наркотиков имеют различные психические расстройства [21].

Агрессивное поведение при расстройствах личности связано с неустойчивостью эмоционально-волевой сферы и незавершенностью формирования самосознания [6]. О.Ф. Kernberg называет аффекты «первичными строительными психобиологическими блоками агрессивных влечений» [62]. D.E. Morrison обращает внимание на обязательное эмоциональное сопровождение агрессивного влечения, которое «получает силу» от аффекта [71]. Н.М. van Praag отмечает, что у больных «независимо от диагноза часто встречается снижение настроения и агрессия», причем расстройства настроения «идут рука об руку с проявлениями агрессии». Он выдвинул гипотезу, постулирующую существование единого биологического субстрата депрессии, тревоги и агрессивности, который связан с нарушениями серотонинергической системы [77].

Наличие личностных расстройств определяет различные формы агрессии. Дефицитарные формы проявлений агрессии характерны главным образом для гипостенических психопатий, деструктивные – для гиперстенических. Стойкие во времени деструктивные проявления агрессивности встречаются у людей с гиперстенической психопатией и антисоциальными тенденциями [11, 12].

По данным Б.М. Гузикова с соавт., среди всех расстройств личности, диагностированных у потребителей опиоидов, 35% приходилось на неустойчивый тип, 30% – на истероидный, 18% – на эпилептоидный, 10% – на шизоидный и 7% – на ананкастный [30].

В наибольшей степени агрессивные проявления характерны для диссоциального и эмоционально неустойчивого типа расстройств личности. При диссоциальном расстройстве выявляется грубое несоответствие между поведением и социальными нормами, с низкой толерантностью к фрустрациям, низким порогом разряда агрессии, включая насилие. Для эмоционально неустойчивого расстройства, особенно его импульсивного типа, обычны вспышки жестокости, угрожающего поведения и гневливого аффекта, которые часто приводят к насилию либо «поведенческим взрывам» [20]. Под влиянием приема наркотиков и алкоголя происходит декомпенсация расстройств личности с усилением агрессивной симптоматики.

Агрессивность у наркологических больных может быть связана с последствиями черепно-мозговых травм. Наиболее часто обнаруживаются признаки травматической астении – явления раздражительности и истощаемости, утомляемости, легкого возникновения тревожных опасений и сомнений, проявления слабодушия. Особенно утяжеляет состояние алкогольная зависимость. Патология центральной нервной системы приводит к снижению уровня нравственно-этических норм. Наиболее высокую степень подверженности к девиантному поведению имеют пациенты с энцефалопатией [34].

На формирование агрессивного поведения у лиц с умственной отсталостью резидуально-органического происхождения оказывают влияние факторы биологического и социального порядка. Резидуально-органическая церебральная патология с выраженным когнитивным дефицитом, задержка развития вербальных навыков, низкая фрустрационная толерантность, гиперактивность, повышенная внушаемость и подчиняемость способствуют возникновению агрессивного и деструктивного поведения [23].

Зависимость социального функционирования от значимого окружения у лиц с умственной отсталостью приводит к высокой степени усвояемости и реализации ими агрессивных паттернов поведения [77].

Представленность малопрогрессирующих форм шизофрении составляет от 8% до 10% от общего числа наркозависимых, при этом наблюдается обратная зависимость между глубиной шизофренического процесса и выраженностью наркомании. Среди дезадаптивных форм у больных шизофренией преобладает деструктивный вариант, который проявляется в виде заострения преморбидных особенностей или в появлении новых черт: возбудимости, подозрительности, враждебности, снижении положительных качеств и установок индивида. У больных, склонных к частым деструктивным агрессивным актам, преобладает негативная психопатологическая симптоматика в виде психопатоподобных состояний, между тем как позитивные галлюцинаторно-бредовые расстройства вызывают хотя и тяжелые, но единичные случаи насилия.

Для больных эпилепсией характерны полярные эмоционально-волевые реакции: от эгоцентрической жизненной позиции, опирающейся на крайне узкий круг личных интересов, взрывчатости с агрессивно-разрушительными действиями и актами жестокости – до утрированной приниженности и угодливости. Характерны также вязкость и накопление переживаний, медлительность, аккуратность, обстоятельность, мелочность. Больные эпилепсией слабо усваивают требования правовых и моральных норм, затрудняются реализовывать их в своих действиях, плохо ориентируются в новых ситуациях, а поэтому иногда неадекватно реагируют на них [16, 19].

При наркотической зависимости аффективные нарушения являются одной из наиболее частых форм коморбидных психопатологических расстройств. По данным проведенных исследований, до 27% зависимых от ПАВ имеют симптомы большой депрессии (распространенность среди обычного населения 3%) [72].

К.В. Koh et al., обследовавшие мужчин с депрессией и асоциальным личностным расстройством, показали наличие у них высокого уровня агрессии, направленной на себя и окружающих [86].

Клиническое сопоставление аффективной патологии и агрессивных действий, проведенное на кафедре психиатрии и наркологии Московского государственного медико-стоматологического университета, показало, что при непсихотической агрессии преобладал тоскливый и адинамический компонент, а у больных с явлениями психотической агрессии преимущественно выявлялась тревожная и дисфорическая депрессия. Исследование динамики патологического агрессивного синдрома обнаружило различные виды функциональной зависимости между депрессивными расстройствами и признаками агрессии [6].

Показано, что у лиц с obsessивными расстройствами агрессия встречается в 16% случаев [79]. По результатам метаанализа obsessив-

но-компульсивных расстройств, проведенного в 2008 году, агрессия является одним из структурных симптомов данного расстройства. В связи с этим авторы полагают необходимым включение ее в структуру обсессивно-компульсивного расстройства по DSM-V [68].

Агрессивное поведение ВИЧ-инфицированных потребителей ПАВ связано с рядом факторов. Представление о ВИЧ-инфекции как о «смертельной патологии» приводит к изменению поведенческих стратегий, среди которых доминирующими становятся агрессивные. Агрессия ВИЧ-инфицированных наркозависимых может быть как открытой, так и скрытой, включающей случаи умышленного заражения через незащищенные половые контакты, разбрасывание зараженных шприцев и уколы в общественных местах.

По данным А.Т. Бешимова, у 52,8% выявляются клинически очерченные проявления психических расстройств и у 16,8% – субклинические, среди которых наиболее часто отмечаются депрессивно-фобические (34,8%) [8]. Часто такие нарушения протекают с проявлениями агрессии.

Результаты исследования агрессии и гнева у потребителей ПАВ

Цель исследования: изучение показателей агрессии и гнева, а также их взаимосвязи в группах зависимых от различных ПАВ.

Критерии включения: опиоидная зависимость (F11.20; F11.21), стимуляторная зависимость (F15.20; F15.21), полисубстантная зависимость (F19.20; F19.21), зависимость от алкоголя (F10.21), со сроком воздержания от алкоголя и наркотиков от 7 до 21 суток перед началом исследования; возраст от 18 лет.

Критерии невключения: в исследование не включались респонденты, не давшие добровольное информированное согласие на участие в исследовании, пациенты с шизофренией, биполярными аффективными расстройствами, эпилепсией, выраженной неврологической симптоматикой, с тяжелой соматической патологией.

В исследовании приняли участие 311 человек: 213 (68,49%) мужчин и 98 (31,51%) женщин. Обследуемые были распределены на 5 групп: с диагнозом опиоидная зависимость – 91 человек (59 мужчин и 32 женщины), со стимуляторной зависимостью – 42 (32 мужчины и 10 женщин), с полисубстантной зависимостью – 50 (37 мужчин и 13 женщин, из них 46 пациентов сочетано потребляли стимуляторы, опиоиды и алкоголь, а 4 больных – опиоиды, алкоголь и каннабиноиды), с алкогольной зависимостью – 38 (33 мужчины и 5 женщин), контрольная группа – 90 (54 мужчины и 36 женщин).

Методы исследования: клинический опросник, в котором отражены основные социально-демографические характеристики, аддиктивный и психопатологический статус обследованных; опросник показателей и форм агрессии А. Басса и А. Дарки; опросник состояния, характеристики и ориентации гнева STAXI Ч.Д. Спилбергера.

Методы математической обработки. Для анализа качественных признаков построены таблицы сопряженности с использованием точного критерия Фишера. Взаимосвязи между показателями проанализированы с помощью коэффициента корреляции Спирмена. Различия между группами оценивались непараметрическими критериями Краскала–Уоллиса и Манна–Уитни. Прогностические факторы агрессии и гнева внутри групп оценивались с помощью регрессионных моделей, в которых в качестве зависимых переменных были взяты показатели тестов Басса–Дарки и STAXI, а в качестве возможных предикторов – количественные признаки, измерявшиеся в ходе исследования.

Результаты исследования. Средний возраст ($M \pm SE$) в группе с опиоидной наркоманией составил $24,24 \pm 0,54$ года, стимуляторной наркоманией – $21,74 \pm 0,79$, полисубстантной зависимостью – $26,84 \pm 0,75$, алкоголизмом – $33,71 \pm 0,90$, в контрольной группе – $21,27 \pm 0,50$.

Основные социально-демографические показатели представлены в табл. 1 (Приложение 1).

В алкогольной группе средний возраст был достоверно выше по сравнению с другими группами. Испытуемые стимуляторной и контрольной групп были достоверно ($p < 0,05$) моложе пациентов опиоидной и полисубстантной групп. В группе с опиоидной зависимостью средний возраст был меньше ($p < 0,05$), чем в группе с полисубстантной зависимостью.

Потребность в семейном образе жизни чаще отмечалась при алкогольной зависимости – у 97,36% обследованных, в меньшей степени при полисубстантной зависимости – у 90,00%, при стимуляторной зависимости – у 85,71%, при опиоидной зависимости – у 81,32%.

Частые ссоры в семье из-за потребления ПАВ наиболее характерны для пациентов со стимуляторной зависимостью (у 73,81%), опиоидной зависимостью (у 73,62%), алкогольной зависимостью (у 71,05%) и достаточно редки (у 36,00%) при полисубстантной зависимости.

При изучении клинических показателей установлено (табл. 2, Приложение 1), что наиболее раннее начало заболевания отмечалось при зависимости от стимуляторов – $18,62 \pm 0,52$ года, несколько больший возраст у обследуемых с опиоидной зависимостью – $18,92 \pm 0,40$, с полисубстантной зависимостью – $20,90 \pm 0,64$, а самый старший возраст характерен для алкоголизма – $33,71 \pm 0,90$. Достоверно более

позднее начало заболевания ($p < 0,05$) было выявлено в группе с алкогольной зависимостью по сравнению с остальными группами, а также у обследуемых полисубстантной группы по сравнению с зависимыми от стимуляторов.

Наименьшая продолжительность заболевания наблюдалась у больных с зависимостью от стимуляторов – $37,14 \pm 5,07$ месяца, в группе с опиоидной зависимостью – $63,64 \pm 4,26$, с полисубстантной – $71,76 \pm 6,83$, а наибольшая – в группе с алкоголизмом – $72,32 \pm 7,08$. По сравнению с другими группами, у больных с зависимостью от стимуляторов продолжительность заболевания оказалась наименьшей ($p < 0,05$).

Наибольшая частота обращаемости за наркологической помощью регистрировалась в группе с опиоидной зависимостью – $1,87 \pm 0,20$ раза, при алкогольной зависимости она составила $1,79 \pm 0,32$, при полисубстантной зависимости – $1,42 \pm 0,28$, наименьшая наблюдалась у зависимых от стимуляторов – $0,29 \pm 0,08$. У обследуемых с опиоидной зависимостью обращаемость за лечением была выше ($p < 0,05$) по сравнению с больными стимуляторной и полисубстантной зависимостями. Обращаемость за лечением была ниже у обследуемых со стимуляторной зависимостью по сравнению с испытуемыми остальных групп ($p < 0,05$).

Наиболее длительные ремиссии после лечения были отмечены у больных в группе с алкогольной зависимостью – $10,26 \pm 2,04$ месяцев, при опиоидной зависимости – $8,00 \pm 0,92$, при зависимости от стимуляторов – $0,64 \pm 0,32$. В группе с зависимостью от стимуляторов длительность терапевтических ремиссий оказалась ниже ($p < 0,05$) по сравнению с остальными группами испытуемых.

Установку на лечение деклариовали 36 (94,74%) пациентов с алкогольной зависимостью, 47 (94,00%) человек с полисубстантной зависимостью, 38 (90,48%) зависимых от стимуляторов и 30 (80,22%) зависимых от опиоидов.

Оценка клинико-психологических показателей осуществлялась в группе с опиоидной зависимостью на $15,96 \pm 0,98$ сутки отмены препарата, с зависимостью от стимуляторов – $14,88 \pm 0,69$, с алкогольной зависимостью – $14,26 \pm 0,42$, с полисубстантной зависимостью – на $12,88 \pm 0,49$ сутки. Достоверных различий по данному показателю между группами не было.

Анализ данных потребления ПАВ в различных нозологических группах показал, что случаи употребления стимуляторов на протяжении жизни в группе с опиоидной зависимостью отмечались у 21,98% больных, с полисубстантной – у 94,00%, с алкоголизмом – у 2,63%, в контрольной группе – у 2,22%. Потребление опиоидов наблюдалось у

2,38% зависимых от стимуляторов, 100% – имеющих полисубстантную зависимость, 2,63% – с алкогольной зависимостью, в группе контроля – 0%. Алкоголизация в течение жизни выявлена у 81,32% зависимых от опиоидов, 76,19% – со стимуляторной зависимостью, 94,00% – полисубстантной зависимостью, 80,00% – испытуемых контрольной группы. Употребление каннабиноидов отмечено у 40,66% зависимых от опиоидов, 23,81% – в группе стимуляторной зависимости, 32,00% – с полисубстантной зависимостью, 2,63% – с алкогольной зависимостью, 5,55% – контрольной группы. Опыт потребления галлюциногенов имели в группе с опиоидной зависимостью 12,09% обследованных, среди зависимых от стимуляторов – 0%, полисубстантных зависимых – 2,00%, в контрольной группе – 1,11%.

Исследование нарушений эмоциональной сферы респондентов выявило (табл. 3, Приложение 1), что расстройства настроения (включающие дистимию, легкое депрессивное состояние, умеренное депрессивное состояние) достоверно чаще ($p < 0,05$) диагностировались в опиоидной и алкогольной группах по сравнению с полисубстантной, стимуляторной и контрольной группами. Дистимия была значимо выше ($p < 0,05$) в алкогольной и полисубстантной группах по сравнению с контрольной.

Легкое депрессивное состояние достоверно чаще отмечалось ($p < 0,05$) в опиоидной и алкогольной группах по сравнению с полисубстантной, стимуляторной группами.

Дисфория чаще ($p < 0,05$) регистрировалась в группах со стимуляторной и полисубстантной зависимостью по сравнению с опиоидной, алкогольной и контрольной группами, а в опиоидной – чаще по сравнению с алкогольной и контрольной группами.

Психическая гиперестезия, эмоциональная лабильность, раздражительность и эксплозивность достоверно чаще ($p < 0,05$) выявлялись в стимуляторной и полисубстантной группах по сравнению с опиоидной, алкогольной и контрольной группами.

Тревога была достоверно выше ($p < 0,05$) в группах с опиоидной и алкогольной зависимостью по сравнению со стимуляторной, полисубстантной и контрольной группами.

Апатия диагностировалась достоверно значимо чаще ($p < 0,05$) в группах с алкогольной и опиоидной зависимостью по сравнению с полисубстантной, стимуляторной и контрольной группами, а в стимуляторной и полисубстантной группах – чаще по сравнению с контрольной.

При сравнительном анализе агрессивности (методика А. Басса и А. Дарки) в различных нозологических группах (табл. 4, Приложение 1) выявлено, что в контрольной группе уровень физической агрессии был ниже по сравнению с пациентами всех групп.

Наиболее высоким ($p \leq 0,05$) данный показатель оказался в группе с полисубстантной зависимостью по сравнению с испытуемыми всех групп, кроме стимуляторной.

Низкий уровень косвенной агрессии отмечается в контрольной группе по сравнению с полисубстантной, стимуляторной и опиоидной группами. В группе с полисубстантной зависимостью показатель косвенной агрессии является наибольшим, он достоверно выше ($p \leq 0,05$), чем в опиоидной, алкогольной и контрольной группах. У зависимых от стимуляторов данный показатель значимо выше ($p \leq 0,05$), чем в алкогольной и контрольной группах.

Наименьший уровень вербальной агрессии выявлен в контрольной группе по сравнению со стимуляторной, полисубстантной и опиоидной группами. Вербальная агрессия наиболее выражена у больных с полисубстантной зависимостью и достоверно выше по сравнению с испытуемыми опиоидной, алкогольной и контрольной групп. В группе со стимуляторной зависимостью вербальная агрессия оказалась достоверно выше ($p \leq 0,05$), чем в алкогольной и контрольной группах.

В контрольной группе отмечался наименьший уровень обиды: он достоверно ниже ($p \leq 0,05$) по сравнению с другими группами. В группе с полисубстантной зависимостью данный показатель оказался значимо более высокий ($p \leq 0,05$), чем в других группах.

Наибольший уровень подозрительности был выявлен у потребителей стимуляторов, и он оказался достоверно выше ($p \leq 0,05$), чем у испытуемых контрольной группы.

Достоверно низкий ($p \leq 0,05$) уровень чувства вины отмечался в контрольной группе по сравнению с стимуляторной, алкогольной и полисубстантной группами. Пациенты с полисубстантной и стимуляторной зависимостями имели достоверно более высокий уровень ($p \leq 0,05$) чувства вины по сравнению с испытуемыми опиоидной группы.

Индекс агрессивности (сумма физической, косвенной и вербальной агрессии, деленная на 3) в контрольной группе оказался достоверно ниже ($p \leq 0,05$), чем в стимуляторной, опиоидной, полисубстантной группах. В группе с полисубстантной зависимостью индекс агрессивности оказался значимо выше ($p \leq 0,05$), чем в опиоидной, алкогольной и контрольной группах.

Индекс враждебности (сумма обиды и подозрительности, деленная на 2) был значимо ниже ($p \leq 0,05$) у испытуемых контрольной группы по сравнению с остальными группами.

При исследовании характеристик гнева по методике STAXI (табл. 5, Приложение 1) установлено, что у респондентов контрольной группы показатель склонности к раздражительности и гневу, как лич-

ностной особенности ниже ($p \leq 0,05$), чем у других обследованных. В группе с полисубстантной зависимостью это значение оказалось выше по сравнению со всеми остальными группами ($p < 0,05$), кроме больных с зависимостью от стимуляторов.

Более высокий показатель реакции гнева ($p < 0,05$) отмечался у больных с полисубстантной зависимостью по сравнению с другими респондентами.

Испытуемые с полисубстантной и алкогольной зависимостями показали значимо ($p \leq 0,05$) более высокий уровень экспрессии гнева, обращенного внутрь, чем другие зависимые от ПАВ.

Обследованные из контрольной группы имели более низкую ($p \leq 0,05$) выраженность экспрессии гнева вовне по сравнению с пациентами с опиоидной, стимуляторной и полисубстантной зависимостями. Наиболее высокий показатель ($p \leq 0,05$) экспрессии гнева, обращенного вовне, отмечался в группе с полисубстантной зависимостью по сравнению с алкогольной и контрольной группами.

Результаты корреляционного анализа

Результаты корреляционного анализа представлены в табл. 6 (Приложение 1).

В группе с *опиоидной зависимостью* с возрастом отмечается снижение экспрессии гнева вовне ($-0,27$) и выраженности косвенной агрессии ($-0,19$). Длительность ремиссий после лечения имеет тенденцию к снижению у больных со склонностью к раздражительности и гневу ($-0,23$) и проявлением вербальной агрессивности ($-0,20$). В данной группе поведенческие реакции в виде физической агрессии тесно связаны с сиюминутным состоянием гнева ($0,35$), личностной склонностью к раздражительности и гневу ($0,24$), готовности экспрессии гнева во внешнюю среду ($0,37$) и затруднениями в контроле экспрессии гнева ($-0,34$). Раздражительность и гневливость как черты характера ($0,43$) и склонность к экспрессии гнева во внешнюю среду ($0,26$) влияют на готовность к вербальной агрессии. Наличие у опиоидзависимых склонности к раздражительности и гневу ($0,26$), гнева-темперамента ($0,24$), снижение самоконтроля гнева ($-0,24$), гневливых реакций, направленных вовне ($0,34$), повышает уровень косвенной агрессии. Тенденция к различным формам агрессии (индекс агрессивности) в данной группе испытуемых имеет выраженную связь с характеристиками гнева: склонностью к раздражительности и гневу ($0,38$), гневом-темпераментом ($0,22$), сиюминутным состоянием гнева ($0,30$), проявлением гнева вовне ($0,40$) и затруднением контроля гнева ($-0,30$).

В группе со *стимуляторной зависимостью* частые ссоры в семье из-за потребления ПАВ сочетаются с низким уровнем косвенной агрессии (-0,30). Наличие склонности к раздражительности и гневу (0,43), гнева-темперамента (0,35), гнева-реакции (0,42), экспрессии гнева вовне (0,42) оказывает существенное влияние на проявление физической агрессии у потребителей стимуляторов. Способность к вербальной агрессии также определяется гневными реакциями в виде склонности к раздражительности и гневу (0,42), гневом-темпераментом (0,51), гневом-реакцией (0,39), экспрессией гнева вовне (0,51) и нарушением контроля экспрессии гнева (-0,29). Проявление косвенной агрессии в данной группе испытуемых связано с показателями гнева: склонностью к раздражительности и гневу (0,42), гневом-темпераментом (0,35), гневом-реакцией (0,41), экспрессией гнева вовне (0,59) и низким контролем экспрессии гнева (-0,28). Отмечается связь между индексом агрессивности и склонностью к раздражительности и гневу (0,45), гневом-темпераментом (0,42), гневом-реакцией (0,42), экспрессией гнева вовне (0,53) и недостаточным контролем экспрессии гнева (-0,25). В группе с *полисубстантной зависимостью* частые ссоры в семье из-за потребления ПАВ сочетаются с более высокой продолжительностью терапевтических ремиссий (0,31). С увеличением возраста (-0,32) и стажа потребления (-0,27) снижается выраженность вербальной агрессии. В данной группе испытуемых физическое насилие сопровождается проявлением широкого круга гневных реакций, связанных с чертами характера (0,44), темпераментом (0,43), реакцией гнева (0,35), экспрессией гнева вовне (0,31), сиюминутным состоянием гнева (0,36). Склонность к вербальной агрессии также связана с проявлением гнева как личностной характеристики (0,66), темпераментом (0,37), сиюминутным состоянием гнева (0,35), реакцией гнева (0,39), экспрессией гнева вовне (0,39). Косвенная агрессия у больных с полисубстантной зависимостью поддерживается склонностью к раздражительности и гневу (0,38), гневом-темпераментом (0,39), гневом-реакцией (0,33), экспрессией гнева вовне (0,30). Индекс агрессивности зависит от наличия сиюминутного состояния гнева (0,39), склонности к раздражительности и гневу (0,61), гнева-темперамента (0,48), реакции гнева (0,46), экспрессии гнева вовне (0,39).

В группе с *алкогольной зависимостью* с увеличением возраста отмечается снижение косвенной агрессии (-0,32). Увеличение стажа потребления алкоголя приводит к повышению выраженности вербальной агрессии (0,27) и уменьшению – косвенной (-0,37). У пациентов с многократным лечением чаще отмечаются ситуационные реакции гнева (0,30) и вербальная агрессия (0,31). В данной группе наличие сиюми-

нутного состояния гнева (0,36) повышает, а высокий показатель контроля экспрессии гнева (-0,30) – понижает проявление физической агрессии. Склонность к вербальной агрессии обусловлена гневом–реакцией (0,27), экспрессией гнева вовне (0,39) и низким контролем экспрессии гнева (-0,33). Косвенная агрессия имеет связь с гневом–темпераментом (0,28), экспрессией гнева вовне (0,30). Индекс агрессивности алкогользависимых связан с сиюминутным переживанием гнева (0,35), гневными реакциями (0,30), экспрессией гнева вовне (0,38) и низкой способностью контролировать гнев (-0,30).

Результаты регрессионного анализа

В качестве зависимых переменных регрессионных моделей взяты показатели тестов STAXI Ч.Д. Спилбергера и А. Баса и А. Драки, а в качестве возможных предикторов – клинические и социально-психологические данные. При анализе результатов использовался уровень значимости $p < 0,05$.

При опиоидной зависимости:

Для показателя «склонность к раздражительности и гневу как личностная особенность» построена модель ($B_0 = -1,04$, $R^2 = 0,76$), в которой в качестве предикторов определены: эксплозивность ($B = 5,85$), раздражительность ($B = 5,84$), установка (декларируемая) на лечение ($B = 3,62$). Для показателя «гнев–темперамент» модель ($B_0 = -1,09$, $R^2 = 0,58$) предикторами являются: эксплозивность ($B = 2,30$), потребность в семейном образе жизни ($B = -2,08$), установка (декларируемая) на лечение ($B = 1,88$). В модели для показателя «экспрессия гнева вовне» ($B_0 = 17,64$, $R^2 = 0,72$) определены предикторы: эмоциональная лабильность ($B = 6,36$), апатия ($B = 3,55$), возраст ($B = -0,37$). Модель для физической агрессии ($B_0 = 7,35$, $R^2 = 0,64$) определяется предикторами: эмоциональная лабильность ($B = 29,48$) и употребление галлюциногенов на протяжении жизни ($B = -22,39$). Регрессионная модель для предиктора «вербальная агрессия» ($B_0 = 6,39$, $R^2 = 0,71$) включает показатели: употребление галлюциногенов на протяжении жизни ($B = -28,69$), эмоциональная лабильность ($B = 24,22$), удовлетворенность работой ($B = 7,76$), время от последнего потребления ($B = -0,63$).

При стимуляторной зависимости:

Регрессионная модель для показателя «гнев–реакция» ($B_0 = -1,56$, $R^2 = 0,68$) определяется сочетанием предикторов: эксплозивность ($B = 3,44$) и образование ($B = -1,95$). Модель для показателя «косвенная агрессия» ($B_0 = 5,37$, $R^2 = 0,71$) имеет в качестве предиктора эмоциональную лабильность ($B = 24,75$).

При полисубстантной зависимости:

Модель для показателя «склонность к раздражительности и гневу как личностная особенность» ($B_0 = -5,01$, $R^2 = 0,65$) имеет в качестве предиктора апатию ($B = 5,02$). Для показателя «экспрессия гнева внутрь» модель ($B_0 = 12,40$, $R^2 = 0,84$) имеет предикторы: эмоциональная лабильность ($B = 4,58$), раздражительность ($B = -3,53$), длительность потребления ($B = 0,03$). Модель для косвенной агрессии ($B_0 = 4,07$, $R^2 = 0,84$) определяется предиктором «апатия» ($B = 22,76$).

При алкогольной зависимости:

Модель для показателя «экспрессия гнева вовне» ($B_0 = 17,64$, $R^2 = 0,75$) имеет предикторы: удовлетворенность работой ($B = -1,92$), начало потребления ($B = -0,28$). Для показателя «косвенная агрессия» модель ($B_0 = 9,92$, $R^2 = 0,85$) определяется эмоциональной лабильностью ($B = -13,28$) и возрастом ($B = -1,91$).

В контрольной группе:

Модель для показателя «косвенная агрессия» ($B_0 = 6,38$, $R^2 = 0,79$) определяется предиктором «эмоциональная лабильность» ($B = 23,47$).

Анализ полученных результатов

По данным проведенного исследования показано, что наибольшие показатели физической, косвенной, вербальной агрессии выявлены у больных с *полисубстантной* зависимостью. Смешанное потребление ПАВ со стимулирующим и депрессивным свойствами приводит к выраженному дисбалансу процессов возбуждения–торможения и проявлению широкого спектра агрессии.

Особенностями больных с полисубстантной зависимостью являются высокие уровни эмоциональной лабильности, психической гиперестезии, дисфории, раздражительности и эксплозивности, которые потенцируют агрессивное поведение. С увеличением возраста пациентов и длительности потребления ПАВ происходит снижение вербальной агрессии.

В данной группе обследуемых отмечают наиболее высокие показатели склонности к раздражительности и гневу, гнева–реакции, экспрессии гнева вовне. Наличие выраженных гневных реакций способствует проявлению агрессии.

Выявлены особенности, характерные только для данной группы. Высокие показатели сиюминутного состояния гнева сопровождаются выраженными проявлениями вербальной агрессии. Противодействие родственников потреблению ПАВ способствует увеличению длительности ремиссий.

У пациентов со *стимуляторной* зависимостью выраженность агрессивности меньше, чем у пациентов с полисубстантной зависимо-

стью, но больше по сравнению с другими группами. Агрессивность потребителей стимуляторов представлена широким спектром проявлений: физическим насилием, словесными угрозами, демонстрацией не прямой агрессии. Низкие показатели агрессии в данной группе по сравнению с больными полисубстантной зависимостью обусловлены более короткой длительностью заболевания и, соответственно, меньшими токсическими последствиями для головного мозга. Испытуемые с зависимостью от стимуляторов имеют наименьшие средний возраст и продолжительность заболевания среди всех групп, что обусловлено популярностью в молодежной среде данного вида наркотика, который может рассматриваться как «стартовый», приводящий к потреблению других ПАВ.

Минимальная продолжительность ремиссий в данной группе испытуемых является следствием недооценки заболевания и отсутствия установки на прекращение потребления стимуляторов. У пациентов с более частыми обращениями за наркологической помощью терапевтические ремиссии были продолжительнее, что свидетельствует о позитивном влиянии терапевтического вмешательства на течение болезни.

Потребители стимуляторов демонстрируют высокий уровень раздражительности, эксплозивности, психической гиперестезии, дисфории, эмоциональной лабильности, которые могут обострять проявления агрессии. Активное потребление стимуляторов приводит к растормаживанию психических процессов, что определяет более выраженное агрессивное поведение, чем в группах пациентов с опиоидной и алкогольной зависимостями.

Склонность к гневу и раздражительности, направленность гнева вовне выражены в стимуляторной группе в большей степени, чем в опиоидной, алкогольной и контрольной группах. Это означает, что гнев в данной группе больных оказывает существенное влияние на поведенческие реакции.

Только у пациентов данной группы частые ссоры в семье из-за потребления ПАВ сочетаются с низкой выраженностью косвенной агрессии. Высокий уровень контроля экспрессии гнева у потребителей стимуляторов препятствует проявлению косвенной агрессии, снижает индекс агрессивности.

В группе с *опиоидной* зависимостью уровни агрессии выше, чем в алкогольной и контрольной группах. Высокие показатели агрессивности в данной группе больных связаны с формированием психоорганического синдрома. Возникновение психоорганического синдрома у опиоидзависимых обусловлено передозировками и токсическими примесями, попадающими в организм при инъекции наркотика.

С увеличением возраста у опиоидзависимых отмечается снижение уровня косвенной агрессии. У пациентов данной группы, имевших в анамнезе терапевтические ремиссии, отмечается низкий уровень вербальной агрессии.

Для зависимых от опиоидов характерны депрессивная симптоматика, тревога, апатия, которые оказывают сдерживающее влияние на агрессию.

Показатели склонности к раздражительности и гневу, гнева–реакции, экспрессии гнева вовне и внутрь превышают нормативные. Уровень экспрессии гнева на окружающий мир у опиоидзависимых с увеличением возраста снижается. Продолжительность ремиссий после лечения меньше у больных, имеющих склонность к раздражительности и гневу.

По нашим данным, только у больных с опиоидной зависимостью косвенная агрессия зависит от сиюминутного состояния гнева, а наличие склонности к раздражительности и гневу препятствует достижению длительных терапевтических ремиссий.

Уровень агрессии *алкогользависимых* является наименьшим среди зависимых от ПАВ. По сравнению с контрольной группой больные алкоголизмом имеют более высокие показатели физической, вербальной агрессии и индекса агрессивности, но более низкие – косвенной агрессии.

Для больных алкогольной зависимостью характерны старший возраст, позднее начало заболевания, значительная длительность заболевания по сравнению с зависимыми от других ПАВ.

Отмечаемые симптомы тревоги, апатии, депрессивных состояний, дистимии у алкогользависимых могут являться понижающими факторами агрессивности. Пациенты с длительными терапевтическими ремиссиями демонстрируют высокий уровень вербальной агрессии. С увеличением возраста у алкогользависимых выявляется более низкий уровень косвенной агрессии. У больных с большим стажем злоупотребления алкоголем чаще наблюдается вербальная агрессия и реже – косвенная.

У алкогользависимых отмечается превышение показателей склонности к раздражительности и гневу, гнева–реакции, экспрессии гнева вовне и внутрь, по сравнению с контрольной группой. Больные с более ранним началом потребления ПАВ демонстрируют снижение экспрессии гнева вовне. Для пациентов с частыми обращениями за наркологической помощью является характерным высокий уровень сиюминутного состояния гнева и низкий контроль экспрессии гнева.

Выраженность физической агрессии алкогользависимых связана с высоким уровнем сиюминутного состояния гнева и низким контролем экспрессии гнева.

В отличие от всех групп, у больных алкоголизмом с неоднократным обращением за медицинской помощью отмечается выраженное прояв-

ление вербальной агрессии. Косвенная агрессия чаще отмечается у пациентов более молодого возраста. Исключительной особенностью пациентов данной группы является отсутствие связи между физической, косвенной, вербальной агрессией, индексом агрессивности и склонностью к раздражительности и гневу как личностной особенностью.

Общим предиктором агрессии и гнева во всех группах обследуемых является эмоциональная лабильность – патологически неустойчивое настроение, которое легко меняется на противоположное в связи с изменением ситуации. В группах с наркотической зависимостью и контрольной группе показатель эмоциональной лабильности положительно связан с проявлениями агрессии и гнева, а в алкогольной группе выявлена отрицательная связь.

Специфическими предикторами агрессии и гнева при опиоидной зависимости являются: установка (декларируемая) на лечение, отсутствие потребности в семейном образе жизни, удовлетворенность работой, неупотребление галлюциногенов на протяжении жизни; при стимуляторной зависимости – низкий уровень образования; при полисубстантной зависимости – апатия, длительность потребления ПАВ; при алкогольной зависимости – неудовлетворенность работой, ранний возраст начала потребления ПАВ.

Заключение

Агрессивное поведение и гнев характерны для наркологических больных, что усугубляет сложности их психосоциального функционирования. Агрессивность у потребителей ПАВ часто проявляется в форме асоциальных и общественно опасных деяний.

Причинами агрессивности могут выступать разного рода факторы: биологические, психологические, социальные. Агрессия, обусловленная неполноценностью нейробиологических систем, психическими и личностными расстройствами, реализуется при взаимодействии пациентов с социальным окружением, которое может способствовать как усилению агрессии, так и ее уменьшению.

Формы проявления и выраженность агрессивного поведения напрямую зависят от вида потребляемого ПАВ, тяжести и длительности заболевания.

Наибольшие показатели физической, вербальной и косвенной агрессии отмечаются у больных с полисубстантной зависимостью, а также у зависимых, потребляющих стимуляторы.

Высокий уровень агрессии связан с возбуждающим, растормаживающим воздействием стимуляторов на психику больного. Длительная интоксикация стимуляторами снижает уровень самоконтроля, усилива-

ет психомоторную активность, может приводить к формированию психотических расстройств.

Для пациентов с полисубстантной и стимуляторной зависимостью является характерным наличие раздражительности, эксплозивности, психической гиперестезии и эмоциональной лабильности. Превалирование патологических эмоций возбудимого и неустойчивого круга способствует агрессивному поведению в указанных группах.

Более низкие показатели агрессивности отмечаются у потребителей ПАВ седативного действия (опиоиды, алкоголь). У них чаще регистрируются апатия, тревожные и депрессивные состояния. Агрессивное поведение больных с опиоидной зависимостью, как правило, отмечается в постинтоксикационном периоде и часто связано с необходимостью поиска средств для приобретения наркотика.

Выраженность агрессивной симптоматики больных алкоголизмом зависит от дозы и крепости потребляемого спиртного напитка, ситуативных факторов (провокация, фрустрация, личностные установки), наличия коморбидных психических расстройств. Агрессивное поведение в большинстве случаев наблюдается в состоянии интоксикации.

Агрессивность и враждебность алкогользависимых больных обусловлена текущей реакцией гнева на ситуацию, но, в отличие от других групп испытуемых, не связана с гневом как личностной особенностью.

У зависимых от ПАВ отмечается высокий уровень выраженности гнева, наибольшие значения которого регистрируются у больных полисубстантной и стимуляторной зависимостями. Гнев у наркозависимых характеризуется как личностная особенность и имеет доминирующую направленность вовне. Показатели гнева тесно коррелируют с проявлениями агрессии.

Патологически неустойчивое настроение является общим предиктором агрессии и гнева для всех нозологических групп потребителей ПАВ. К специфическим предикторам относятся: при опиоидной зависимости – отсутствие потребности в семейном образе жизни, установка на лечение, неупотребление галлюциногенов на протяжении жизни; при стимуляторной зависимости – низкий уровень образования; при полисубстантной зависимости – апатия и длительность потребления ПАВ; при алкогольной зависимости – неудовлетворенность работой и ранний возраст начала потребления ПАВ.

Особенности агрессии и гнева у наркологических больных необходимо учитывать при проведении комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий.

Знание прогностических факторов может способствовать эффективной профилактике агрессивного поведения зависимых от ПАВ.

Список литературы

1. Абшаихова У.А., Сирота Н.А. Клинико-катамнестическое исследование подростков, больных гашишной наркоманией // Саморазрушающее поведение у подростков. – Л.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1991. – С. 72–74.
2. Александер Ф. Человек и его душа: познание и врачевание от древности и до наших дней. – М.: Прогресс. Культура: Изд-во агентства «Яхтсмен», 1995. – 604 с.
3. Аммон Г. Психосоматическая терапия. – М.: Речь, 2000. – 237 с.
4. Аристотель. Поэтика. Риторика. – СПб.: Азбука-классика, 2010. – 346 с.
5. Бандура А. Подростковая агрессия: Изучение влияния воспитания и семейных отношений. – М.: Апрель пресс: ЭКСМО-Пресс, 2000. – 508 с.
6. Барденштейн Л.М. Патологическая агрессия у подростков. – М.: Медпрактика, 2005. – 259 с.
7. Берно-Беллекур И.В. Социально-психологические аспекты аутодеструктивного поведения // Психология психических состояний: Сборник статей. – Казань, Набережные Челны: Изд-во КГПУ, Изд-во Института управления, 2001. – С. 284–300.
8. Бешимов А.Т. Психические расстройства у ВИЧ-инфицированных пациентов: Дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18; 14.00.10. – Казань, 2006. – 212 с.
9. Бисалиев Р.В., Великанова Л.П., Гришина Е.И. Агрессия в структуре болезней патологической зависимости // Наркология. – 2004. – № 5. – С. 45–49.
10. Букановская Т.И. Адаптационный синдром и социально-психическая адаптация у больных опийной наркоманией: Дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.45. – Владикавказ, 1996. – 375 с.
11. Горинов В.В., Горшков И.В. Клинико-социальные характеристики лиц, совершивших агрессивные правонарушения против родственников // Архів психіатрії. – Київ, 1995. – Вып. 9. – С. 96–97.
12. Горшков И.В., Горинов В.В. Личностная патология и внутрисемейная агрессия // Социальная и клиническая психиатрия. – 1997. – № 2. – С. 25–31.
13. Джеймс У. Психология. – М.: Академический Проект: Гаудеамус, 2011. – 516 с.
14. Игонин А.Л., Тузикова Ю.Б., Иришкин Д.А. Злоупотребление психоактивными веществами и асоциальное поведение // Наркология. – 2004. – № 3. – С. 50–58.
15. Изард К.Э. Психология эмоций. – СПб.: Питер, 2006. – 460 с.

16. Карлов В.А. Эпилепсия. – М.: Медицина, 1990. – 355 с.
17. Кассинов Г. Психотерапия гнева. – СПб.: Сова, 2006. – 477 с.
18. Когнитивная психотерапия расстройств личности / Под ред. А. Бека, А. Фримена. – СПб.: Питер: Питер принт, 2002. – 542 с.
19. Медикаментозные, клинико-психологические и социальные аспекты реабилитации больных эпилепсией / Сост. С.А. Громов. – СПб.: СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1995. – 21 с.
20. Международная классификация болезней (10 пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. – СПб.: Адис, 1994. – 300 с.
21. Наркология / Ред. Л.С. Фридман и др. – М.: BINOM, 2000. – 319 с.
22. Оруджев Н.Я. Адаптация детей и подростков, употребляющих психоактивные вещества: Дис. ... канд. мед. наук: 14.00.45. – М., 1998. – 202 с.
23. Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. – СПб.: Речь, 2002. – 402 с.
24. Профилактика агрессивных и террористических проявлений у подростков: Методическое пособие. – М.: Просвещение, 2002. – 157 с.
25. Психология человеческой агрессивности: хрестоматия / Сост. К.В. Сельченко. – М.: АСТ, 2005. – 653 с.
26. Реан А.А. Агрессия и агрессивность личности. – СПб.: Б. и., 1996. – 39 с.
27. Резапкина Г.В. Психология и выбор профессии: программа предпрофильной подготовки. – М.: Генезис, 2008. – 206 с.
28. Сафуанов Ф.С. Психология криминальной агрессии. – М.: Смысл, 2003. – 299 с.
29. Спенсер Г. Научные основания нравственности. – М.: Изд-во ЛКИ, 2008. – 242 с.
30. Терапевтические подходы в связи с клиническими особенностями наркоманий, осложненных психическими отклонениями: Пособие для врачей / Б.М. Гузиков, В.М., Зобнев, В.Л. Ревзин и др. – СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1999. – 24 с.
31. Тонконогий И.М. Клиническая нейропсихология. – СПб.: Питер, 2007. – 526 с.
32. Фромм Э. Анатомия человеческой деструктивности. – М.: Просвещение, 1994. – 447 с.
33. Фурманов И.А. Агрессия и насилие: диагностика, профилактика и коррекция. – СПб.: Речь, 2007. – 479 с.
34. Хольст Б. Криминология. Основные проблемы. – М.: Юр. литература, 1980. – 262 с.

35. Шабанов П.Д. Наркология. – М.: Гэотар-Мед, 2003. – 559 с.
36. Яковлев А.М. Борьба с рецидивной преступностью. – М.: Наука, 1964. – 223 с.
37. Ясперс К. Общая психопатология. – М.: Практика, 1997. – 1053 с.
38. Adams D. The aggression systems: Human aspects: Evolution, brain mechanisms, and dynamics. – S.I.: Wesleyan Univ, 1989. – 414 p.
39. Aharonovich E., Nguyen H.T., Nunes E.V. Anger and depressive states among treatment-seeking drug abusers: testing the psychopharmacological specificity hypothesis // *Am. J. Addict.* – 2001. – Vol. 10, № 4. – P. 327–334.
40. Alcohol, drugs of abuse, aggression, and violence / K.A. Miczek, J.F. DeBold, M. Haney et al. // *Understanding and preventing violence.* – 1994. – Vol. 3. Social Influences. – P. 377–407.
41. Berglund M., Tunving K. Assaultive alcoholics 20 years later // *Acta Psychiatrica Scandinavica.* – 1985. – Vol. 71, № 2. – P. 141–147.
42. Black E., Degenhardt L. Drug-related aggression among injecting drug users // *N.S.W. Public Health Bull.* – 2006. – Vol. 17, № 1–2. – P. 12–16.
43. Blink rate and stereotyped behavior: evidence for dopamine involvement? / W.E. MacLean M.H Lewis, W.A Bryson-Brockmann et al. // *Biol. Psychiatry.* – 1985. – Vol. 20, № 12. – P. 1321–1325.
44. Bushman B.J., Anderson C.A. Is it time to pull the plug on the hostile versus instrumental aggression dichotomy? // *Psychol. Rev.* – 2001. – Vol. 108, № 1. – P. 273–279.
45. Cherek D.R., Spiga R., Egli M. Effects of response requirement and alcohol on human aggressive responding // *J. Exp. Anal. Behav.* – 1992. – Vol. 58, № 3. – P. 577–587.
46. Chon K.K., Kang H.J. Toward an improved understanding of anger: A control theory approach // *Kor. J. Health Psychol.* – 2000. – Vol. 5, № 2. – P. 146–170.
47. Coccaro E.F., Berman M.E, Kavoussi R.J. Assessment of life history of aggression: development and psychometric characteristics // *Psychiatry Res.* – 1997. – Vol. 73, № 3. – P. 147–157.
48. Crime and Drugs / D.N. Nurco, T.W. Kinlock, T.E. Hanlon et al. // *Encyclopedia of Drugs, Alcohol, and Addictive Behavior*, 2001. – № 1. – P. 364–371.
49. Depression and anger as risk factors underlying the relationship between maternal substance involvement and child abuse potential / D. Hien, L.R. Cohen, N.A. Caldeira et. al. // *Child. Abuse Negl.* – 2010. – Vol. 34, № 2. – P. 105–113.

50. Eckhardt C.I. Effects of alcohol intoxication on anger experience and expression among partner assaultive men // *J. Consult. Clin. Psychology*. – 2007. – Vol. 75, № 1. – P. 61–71.
51. Eftekhari A., Turner A.P., Larimer M.E. Anger expression, coping, and substance use in adolescent offenders // *Addict. Behav.* – 2004. – Vol. 29, №5. – P. 1001–1008.
52. Electroencephalography, computed tomography and violence ratings of male patients in a maximum-security mental hospital / M.T. Wong, J. Lumsden, G.W. Fenton et al. // *Acta Psychiatr. Scand.* – 1994. – Vol. 90, № 2. – P. 97–101.
53. Examining anger as a predictor of drug use among multiethnic middle school students / T.R. Nichols, M. Mahadeo, K. Bryant et al. // *J. Sch. Health*. – 2008. – Vol. 78, № 9. – P. 480–486.
54. Fernandez E., Scott S. Anger treatment in chemically-dependent inpatients: Evaluation of phase effects and gender // *Behav. Cogn. Psychotherapy*. – 2009. – Vol. 37, № 4. – P. 431–447.
55. Giancola P.R. Irritability, acute alcohol consumption, and aggressive behavior in men and women // *Drug Alcohol. Dependence*. – 2002. – Vol. 68, № 3. – P. 263–274.
56. Gustafson R. Alcohol and aggression: a validation study of the Taylor aggression paradigm // *Psychol. Rep.* – 1985. – Vol. 57, № 2. – P. 667–676.
57. Hollandsworth J.G. Differentiating assertion and aggression: Some behavioral guidelines // *Behavior Therapy*. – 1977. – Vol. 8, № 3. – P. 347–352.
58. Impact of severity of drug use on discrete emotions recognition in poly-substance abusers / M.J. Fernández-Serrano, O. Lozano, M. Pérez-García et al. // *Drug Alcohol. Depend.* – 2010. – Vol. 109, № 1–3. – P. 57–64.
59. Inskip H.M., Harris C., Barraclough B. Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism and schizophrenia // *Brit. J. Psychiatry*. – 1998. – Vol. 172. – P. 35–37.
60. Kalin N.H. Primate models to understand human aggression // *J. Clin. Psychiatry*. – 1999. – Vol. 60, Suppl. 15. – P. 29–32.
61. Kassinove H., Sukhodolsky D.G. Anger disorders: Basic science and practice issues // *Anger disorders: Assessment, diagnosis, and treatment*. – Washington, 1995. – P. 1–26.
62. Kernberg O.F. *Aggression in personality disorders and perversion*. – New Haven, London: Yale Univ. Press, 1992. – 326 p.
63. Krahe B. *The social psychology of aggression*. – Philadelphia, Pa: Psychology Press Ltd, 2001. – 277 p.

64. Lewis C.E. Neurochemical mechanisms of chronic antisocial behavior (psychopathy). A literature review // *J. Nerv. Ment. Dis.* – 1991. – Vol. 179, № 12. – P. 720–727.
65. Lycke E., Modigh K., Roos B.E. Aggression in mice associated with changes in the monoamine metabolism of the brain // *Experientia.* – 1969. – Vol. 25, № 9. – P. 951–953.
66. Lycke E., Roos B.E. Influence of changes in brain monoamine metabolism on behavior of herpes simplex-infected mice // *J. Neurol. Sci.* – 1974. – Vol. 22, № 3. – P. 277–289.
67. McKenzie G.M. Apomorphine-induced aggression in the rat // *Brain Res.* – 1971. – Vol. 34, № 2. – P. 323–330.
68. Meta-Analysis of the symptom structure of obsessive-compulsive disorder / M.H. Bloch, A. Landeros-Weisenberger, M.C. Rosario et al. // *Am. J. Psychiatry.* – 2008. – Vol. 165, № 12. – P. 1532–1542.
69. Methamphetamine treatment project. Psychiatric symptoms in methamphetamine users / J.E. Zweben, J.B. Cohen, D. Christian et al. // *Am. J. Addict.* – 2004. – Vol. 13, № 2. – P. 181–190.
70. Meyer R.E., Mirin S.M. The Heroin stimulus: Implications for a theory of addiction. – New York, 1979. – P. 61–91.
71. Morrison D.E. Leadership and aggression: affect, values, and defenses // *Psychiat. Ann.* – 1998. – Vol. 28, № 5. – P. 271–276.
72. Mueser K.T., Bennett M., Kushner M.G. Epidemiology of substance use disorders among persons with chronic mental illness // *Double jeopardy: chronic mental illness and substance use disorders* / Eds. A.F. Lehman, L.B. Dixon. – Langhorne, Pa, 1995. – P. 9–25.
73. Norström T., Pape H. Alcohol, suppressed anger and violence // *Addiction.* – 2010. – Vol. 105, № 9. – P. 1580–1586.
74. Parrott D.J., Zeichner A. Effects of alcohol and trait anger on physical aggression in men // *J. Stud. Alcohol.* – 2002. – Vol. 63, № 2. – P. 196–204.
75. Personality disorders in drug abusers: prevalence and their association with AXIS I disorders as predictors of treatment retention / A. Kokkevi., N. Stefanis, E. Anastasopoulou et al. // *Addict. Behav.* – 1998. – Vol. 23, № 6 – P. 841–853.
76. Pihl R.O., Peterson J. Drugs and aggression: correlations, crime and human manipulative studies and some proposed mechanisms // *J. Psych. Neurosci.* – 1995. – Vol. 20, № 2. – P. 141–149.
77. Praag H.M. van. Депрессия, тревожные расстройства, агрессия: попытки распутать Gordiev узел // *Нейропсихофармакология.* – 1998. – Т. 20, № 2. – С. 27–35.
- 78.

79. Psychology of aggression / Ed. J.P. Morgan. – Hauppauge, New York: Nova Science Publishers, 2005. – 212 p.
80. Schwartz J., Beyette B. Brain lock: Free yourself from obsessive-compulsive behavior: A four-step self-treatment method to change your brain chemistry. – New York: Regan Books, 1997. – 219 p.
81. Self and peer perceptions of childhood aggression, social withdrawal and likeability predict adult substance abuse and dependence in men and women: A 30-year prospective longitudinal study / A. Martin-Storey, L.A. Serbin, D.M. Stack et al. // Addictive Behaviors. – 2011. – Vol. 36, № 12. – P. 1267–1274.
82. Serotonergic function and self-injurious behavior in personality disorder patients / A.S. New, R.L. Trestman, V. Mitropoulou et al. // Psychiatry Res. – 1997. – Vol. 69, № 1. – P. 17–26.
83. Sex differences amongst dependent heroin users: Histories, clinical characteristics and predictors of other substance dependence / F.L. Shand, L. Degenhardt, T. Slade et al. // Addictive Behaviors. – 2011. – Vol. 36, № 1–2. – P. 27–36.
84. Swan N. New imaging technology confirms earlier PET scan evidence: Methamphetamine abuse linked to human brain damage // NIDA Notes. – 2003. – Vol. 18, № 2. – P. 6–7.
85. Taylor S.P., Gammon C.B. Effects of type and dose of alcohol on human physical aggression // J. Personal. Soc. Psychology. – 1975. – Vol. 32, № 1. – P. 169–175.
86. The enigma of craving / A. Dhawan, R. Kumar, S. Yadav et al. // Ind. J. Psychiatry. – 2002, Vol. 44, № 2. – P. 138–143.
87. The relation between anger management style, mood and somatic symptoms in anxiety disorders and somatoform disorders / K.B. Koh, D.K Kim, S.Y. Kim et al. // Psychiatry Res. – 2008. – Vol. 160, № 3. – P. 372–379.
88. Trbović M. Etiopatogeneza i psihodinamika alkoholizma // Lijec. Vjesn. – 1987. – Vol. 109, № 4–5. – S. 121–125.
89. Treatment for stimulant use disorders. Treatment Improvement Protocol (TIP). Series 33 / Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. – S.I., 1999. – 247 p.
90. Trends in the commission of crime among narcotic addicts over successive periods of addiction and nonaddiction / D.N. Nurco, J.W. Shaffer, J.C. Ball et al. // Am. J. Drug. Alcohol. Abuse. – 1984. – Vol. 10, № 4. – P. 481–489.
91. Weiger W.A., Bear D.M. An approach to the neurology of aggression // J. Psychiatr. Res. – 1988. – Vol. 22, № 2. – P. 85–98.

92. Wessler R. Constructivism and rational-emotive therapy: A critique // *Psychotherapy*. – 1992. – Vol. 29, № 4. – P. 620–625.
93. Wodarski J. S. Prevention of adolescent reoccurring violence and alcohol abuse: a multiple site evaluation // *J. Evid. Based Soc. Work.* – 2010. – Vol. 7, № 4. – P. 280–301.

Приложение 1

Таблица 1

Социально-демографические показатели зависимых
от различных ПАВ (в %)

	Группы	ОЗ	СЗ	ПЗ	АЗ	КГ
Пол	Мужской	64,84	76,19	74,00	86,84	60,00
	Женский	35,16	23,81	26,00	13,16	40,00
<hr/>						
	Группы	ОЗ	СЗ	ПЗ	АЗ	КГ
Образование	Высшее	4,40	2,38	10,00	42,11	13,33
	Незаконченное высшее	16,48	21,43	18,00	5,26	28,89
	Среднее	64,84	61,90	72,00	50,00	50,00
	Начальное	14,29	14,29	0	2,63	7,78
<hr/>						
	Группы	ОЗ	СЗ	ПЗ	АЗ	КГ
Наличие работы	Квалифицированная	30,77	23,81	54,00	81,58	35,56
	Учеба	17,58	35,71	12,00	0	63,33
	Малоквалифицированная	8,79	7,14	8,00	5,26	0
	Не работает, не учится	42,86	33,33	26,00	5,00	1,11
<hr/>						
	Группы	ОЗ	СЗ	ПЗ	АЗ	КГ
Удовлетворенность работой	Позитивное	69,24	60,72	54,05	75,76	83,15
	Безразличное	15,38	10,71	10,81	6,06	13,48
	Негативное	15,38	28,57	35,14	18,18	3,37
<hr/>						
	Группы	ОЗ	СЗ	ПЗ	АЗ	КГ
Семейное положение	Женат / замужем	12,09	11,91	22,00	47,37	13,33
	Гражданский брак	21,98	7,14	14,00	18,42	12,22
	Разведен	7,69	7,14	10,00	10,53	0
	Вдовец / вдова	1,10	0	0	2,63	0
	Не женат / не замужем	57,14	73,81	54,00	21,05	74,45

Таблица 2
Сравнительная характеристика клинических показателей
зависимых от различных ПАВ (%)

	Опиоидная зависимость (ОЗ)	Стимуляторная зависимость (СЗ)	Полисубстантная зависимость (ПЗ)	Алкогольная зависимость (АЗ)	Контрольная группа (КГ)
Возраст	24,24 ± 0,54 ^{1,5,7,9}	21,74 ± 0,79 ^{2,5,6}	26,84 ± 0,75 ^{3,6,8,9}	33,71 ± 0,90 ^{1,2,3,4}	21,27 ± 0,50 ^{4,7,8}
Начало заболевания (лет)	18,92 ± 0,40 ¹	18,62 ± 0,52 ^{2,6}	20,90 ± 0,64 ^{3,6}	27,79 ± 0,81 ^{1,2,3}	–
Длительность заболевания (месяцев)	63,64 ± 4,26 ⁵	37,14 ± 5,07 ^{2,5,6}	71,76 ± 6,83 ⁶	72,32 ± 7,08 ²	–
Число случаев лечения	1,87 ± 0,20 ^{5,9}	0,29 ± 0,08 ^{2,5,6}	1,42 ± 0,28 ^{6,9}	1,79 ± 0,32 ²	–
Средняя длительность терапевтических ремиссий	8,00 ± 0,92 ⁵	0,64 ± 0,32 ^{2,5,6}	6,64 ± 1,59 ⁶	10,26 ± 2,04 ²	–
Последнее потребление (дней)	15,96 ± 0,98	14,88 ± 0,69	12,88 ± 0,49	14,26 ± 0,42	–

Статистически значимые отличия между группами ($p \leq 0,05$) по критерию Манна–Уитни обозначены цифровыми знаками: ¹ – АЗ и ОЗ, ² – АЗ и СЗ, ³ – АЗ и ПЗ, ⁴ – АЗ и КГ, ⁵ – СЗ и ОЗ, ⁶ – СЗ и ПЗ, ⁷ – КГ и ОЗ, ⁸ – КГ и ПЗ, ⁹ – ОЗ и ПЗ.

Таблица 3
Сравнительная характеристика эмоциональных нарушений
зависимых от различных ПАВ (%)

	Опиоидная зависимость (ОЗ)	Стимуляторная зависимость (СЗ)	Полисубстантная зависимость (ПЗ)	Алкогольная зависимость (АЗ)	Контрольная группа (КГ)
Расстройства настроения (дистимия и депрессивные состояния)	73,62 ^{1,2,3}	9,52 ^{1,4}	20,00 ^{2,5}	68,42 ^{4,5,6}	6,66 ^{3,6}
Дистимия	23,08	2,38	12,00 ^{7,9}	18,42 ⁶	0 ^{6,7}
Легкое депрессивное состояние	37,36 ^{1,2,3}	4,76 ^{1,4}	6,00 ^{2,5}	39,47 ^{4,5,6}	6,66 ^{3,6}
Умеренное депрессивное состояние	13,18 ³	2,38	2,00	10,53	0 ³

Продолжение таблицы 3

Дисфория	16,7 ^{1,2,3,9}	66,7 ^{1,4,8}	76,5 ^{2,5,7}	2,6 ^{4,5,9}	0 ^{3,7,8}
Психическая гиперестезия	16,48 ^{1,2}	61,90 ^{1,4,8}	76,00 ^{2,5,7}	23,68 ^{4,5}	2,22 ^{7,8}
Тревога	39,56 ^{1,2,3}	16,66 ^{1,4}	20,00 ^{2,5}	52,63 ^{4,5,6}	3,33 ^{3,6}
Эмоциональная лабильность	26,56 ^{1,2}	71,42 ^{1,4,8}	72,00 ^{2,5,7}	26,32 ^{4,5}	4,44 ^{7,8}
Раздражительность	16,48 ^{1,2}	69,04 ^{1,4,8}	64,00 ^{2,5,7}	31,58 ^{4,5}	1,11 ^{7,8}
Апатия	53,84 ^{1,2,3}	26,19 ^{1,4,8}	26,00 ^{2,5,7}	60,53 ^{4,5,6}	0 ^{3,6,7,8}
Эксплозивность	39,56 ^{1,2}	71,43 ^{1,4,8}	70,00 ^{2,5,7}	47,37 ^{4,5}	0 ^{7,8}

Статистически значимые отличия между группами ($p \leq 0,05$) по критерию Манна–Уитни обозначены цифровыми знаками: ¹– ОЗ и СЗ, ²– ОЗ и ПЗ, ³– ОЗ и КГ, ⁴– АЗ и СЗ, ⁵– АЗ и ПЗ, ⁶– АЗ и КГ, ⁷– ПЗ и КГ, ⁸– СЗ и КГ, ⁹– ОЗ и АЗ.

Таблица 4
Результаты исследования зависимых от различных ПАВ по методике А. Басса и А. Дарки

	Опиоидная зависимость (ОЗ)	Стимуляторная зависимость (СЗ)	Полисубстантная зависимость (ПЗ)	Алкогольная зависимость (АЗ)	Контрольная группа (КГ)
Физическая агрессия	63,23 ± 2,82 ¹	67,94 ± 4,32 ⁶	80,55 ± 3,55 ^{1,3,4}	62,33 ± 4,58 ³	58,42 ± 2,20 ^{4,5,6}
Косвенная агрессия	72,11 ± 2,52 ¹	79,53 ± 4,24 ^{6,7}	87,23 ± 3,26 ^{1,3,4}	62,24 ± 3,78 ^{3,7}	65,00 ± 2,25 ^{4,6}
Вербальная агрессия	65,25 ± 2,54 ¹	70,35 ± 3,27 ^{6,7}	74,58 ± 3,64 ^{1,3,4}	55,03 ± 3,30 ^{3,7}	54,82 ± 2,04 ^{4,6}
Раздражение	52,88 ± 2,28	59,56 ± 3,11	60,97 ± 2,85	55,09 ± 2,79	50,00 ± 2,07
Негативизм	61,25 ± 2,78	62,94 ± 3,69	58,06 ± 4,39	46,06 ± 3,84	56,89 ± 2,64
Обида	67,84 ± 2,60 ^{1,5}	67,29 ± 4,09 ^{2,6}	81,35 ± 2,25 ^{1,2,3,4}	74,45 ± 3,16 ^{3,10}	50,12 ± 2,09 ^{4,5,6,10}
Подозрительность	52,25 ± 2,26	63,74 ± 3,82 ⁶	55,71 ± 3,14	48,67 ± 4,31	47,42 ± 2,18 ⁶
Чувство вины	65,31 ± 2,42 ^{1,9}	78,94 ± 2,99 ^{6,9}	79,84 ± 3,10 ^{1,4}	77,00 ± 3,25 ¹⁰	55,24 ± 2,55 ^{4,6,10}
Индекс агрессивности	68,86 ± 2,63 ^{1,5}	72,61 ± 3,94 ⁶	80,79 ± 3,48 ^{1,3,4}	59,87 ± 3,89 ³	59,41 ± 2,16 ^{4,5,6}
Индекс враждебности	60,05 ± 2,43 ⁵	65,52 ± 3,96 ⁶	68,53 ± 2,70 ⁴	61,56 ± 3,74 ¹⁰	48,77 ± 2,14 ^{4,5,6,10}

Статистически значимые отличия между группами ($p \leq 0,05$) по критерию Манна–Уитни обозначены цифровыми знаками: ¹– ПЗ и ОЗ, ²– ПЗ и СЗ, ³– ПЗ и АЗ, ⁴– ПЗ и КГ, ⁵– ОЗ и КГ, ⁶– СЗ и КГ, ⁷– СЗ и АЗ, ⁸– ОЗ и АЗ, ⁹– СЗ и ОЗ, ¹⁰– АЗ и КГ.

Таблица 5

Результаты исследования зависимых от различных ПАВ
по методике по методике STAXI Ч.Д. Спилберга

	Опиоидная зависимость (ОЗ)	Стимуляторная зависимость (СЗ)	Полисубстантная зависимость (ПЗ)	Алкогольная зависимость (АЗ)	Контрольная группа (КГ)
Сиюминутное состояние гнева	10,80 ± 0,24	11,46 ± 0,43	11,48 ± 0,54	10,88 ± 0,21	12,72 ± 0,59
Склонность к раздражительности и гневу, как личностная особенность	19,80 ± 0,74 ^{1,5}	22,17 ± 1,20 ⁴	23,23 ± 0,91 ^{1,2,3}	20,21 ± 0,76 ^{2,6}	17,86 ± 0,61 ^{3,4,5,6}
Гнев-темперамент	8,20 ± 0,35	8,23 ± 0,48	8,94 ± 0,45	7,45 ± 0,44	8,69 ± 0,37
Гнев-реакция	9,78 ± 0,32 ¹	9,74 ± 0,52 ⁷	11,77 ± 0,55 ^{1,2,3,7}	10,00 ± 0,45 ²	9,10 ± 0,30 ³
Экспрессия гнева внутрь	15,88 ± 0,44 ^{1,9}	15,20 ± 0,75 ^{7,8}	18,10 ± 0,70 ^{1,3,7}	19,27 ± 0,65 ^{6,8,9}	14,87 ± 0,48 ^{3,6}
Экспрессия гнева вовне	17,05 ± 0,56 ⁵	17,86 ± 0,78 ⁴	18,58 ± 0,72 ^{2,3}	15,27 ± 0,56 ²	14,91 ± 0,38 ^{3,4,5}
Контроль экспрессии гнева	20,02 ± 0,56	19,91 ± 0,83	19,55 ± 0,64	22,21 ± 0,79	21,16 ± 0,55

Статистически значимые отличия между группами ($p \leq 0,05$) по критерию Манна-Уитни обозначены цифровыми знаками: ¹- ПЗ и ОЗ, ²- ПЗ и АЗ, ³- ПЗ и КГ, ⁴- СЗ и КГ, ⁵- ОЗ и КГ, ⁶- АЗ и КГ, ⁷- СЗ и ПЗ, ⁸- СЗ и АЗ, ⁹- АЗ и ОЗ.

Таблица 6

Результаты корреляционного анализа показателей у зависимых от различных ПАВ*

		ОЗ	СЗ	ПЗ	АЗ	КГ
Возраст	Вербальная агрессия (Б-Д)	0,09	-0,05	-0,32*	0,05	-0,17*
Возраст	Косвенная агрессия (Б-Д)	-0,19*	-0,14	-0,19	-0,34*	-0,16*
Возраст	Экспрессия гнева вовне (Staxi)	-0,27*	-0,10	-0,22	-0,21	-0,17*
Длительность потребления	Вербальная агрессия (Б-Д)	0,06	-0,10	-0,27*	0,27*	-
Длительность потребления	Косвенная агрессия (Б-Д)	-0,04	-0,09	-0,14	-0,37*	-

Продолжение таблицы 6

Возраст начала потребления	Экспрессия гнева вовне (Staxi)	-0,10	-0,20	-0,15	-0,30*	-
Число случаев лечения	Вербальная агрессия (Б-Д)	-0,11	0,06	-0,01	0,31*	-
Число случаев лечения	Сиоминутное состояние гнева (Staxi)	-0,10	0,23	-0,12	0,30*	-
Число случаев лечения	Контроль экспрессии гнева (Staxi)	0,07	-0,01	0,01	-0,39*	-
Длительность терапевтических ремиссий	Ссоры в семье из-за потребления ПАВ	0,12	-0,12	0,31*	0,10	-
Длительность терапевтических ремиссий	Вербальная агрессия (Б-Д)	-0,20*	-0,02	-0,12	0,27*	-
Длительность терапевтических ремиссий	Склонность к раздражительности и гневу (Staxi)	-0,23*	0,14	-0,04	-0,04	-
Ссоры в семье из-за потребления ПАВ	Косвенная агрессия (Б-Д)	0,02	-0,30*	0,18	0,01	-
Физическая агрессия (Б-Д)	Сиоминутное состояние гнева (Staxi)	0,35*	-0,07	0,36*	0,36*	-0,06
Физическая агрессия (Б-Д)	Склонность к раздражительности и гневу (Staxi)	0,24*	0,43*	0,44*	0,16	0,26*
Физическая агрессия (Б-Д)	Гнев-темперамент (Staxi)	0,13	0,35*	0,43*	0,26	-0,18*
Физическая агрессия (Б-Д)	Гнев-реакция (Staxi)	0,12	0,42*	0,35*	0,23	0,04
Физическая агрессия (Б-Д)	Экспрессия гнева вовне (Staxi)	0,37*	0,40*	0,29*	0,25	0,09
Физическая агрессия (Б-Д)	Контроль экспрессии гнева (Staxi)	-0,34*	-0,11	-0,25	-0,30*	0,02
Вербальная агрессия (Б-Д)	Сиоминутное состояние гнева (Staxi)	0,09	0,17	0,35*	0,27	0,04
Вербальная агрессия (Б-Д)	Склонность к раздражительности и гневу (Staxi)	0,43*	0,42*	0,66*	0,17	0,31*
Вербальная агрессия (Б-Д)	Гнев-темперамент (Staxi)	0,17	0,51*	0,37*	0,14	0,13
Вербальная агрессия (Б-Д)	Гнев-реакция (Staxi)	0,16	0,39*	0,39*	0,27*	0,03
Вербальная агрессия (Б-Д)	Экспрессия гнева вовне (Staxi)	0,26*	0,51*	0,39*	0,39*	0,30*

Продолжение таблицы 6

Вербальная агрессия (Б-Д)	Контроль экспрессии гнева (Staxi)	-0,18	-0,29*	-0,17	-0,33*	-0,18*
Косвенная агрессия (Б-Д)	Сиюминутное состояние гнева (Staxi)	0,35*	0,21	0,27	0,21	0,10
Косвенная агрессия (Б-Д)	Склонность к раздражительности и гневу (Staxi)	0,26*	0,42*	0,38*	0,20	0,20*
Косвенная агрессия (Б-Д)	Гнев-темперамент (Staxi)	0,24*	0,35*	0,39*	0,28*	0,17*
Косвенная агрессия (Б-Д)	Гнев-реакция (Staxi)	0,09	0,41*	0,33*	0,21	0,11
Косвенная агрессия (Б-Д)	Экспрессия гнева вовне (Staxi)	0,34*	0,59*	0,30*	0,30*	0,15
Косвенная агрессия (Б-Д)	Контроль экспрессии гнева (Staxi)	-0,21*	-0,28*	-0,13	-0,19	-0,05
Индекс агрессивности (Б-Д)	Сиюминутное состояние гнева (Staxi)	0,30*	0,05	0,39*	0,35*	0,00
Индекс агрессивности (Б-Д)	Склонность к раздражительности и гневу (Staxi)	0,38*	0,45*	0,61*	0,19	0,37*
Индекс агрессивности (Б-Д)	Гнев-темперамент (Staxi)	0,22*	0,42*	0,48*	0,22	0,06
Индекс агрессивности (Б-Д)	Гнев-реакция (Staxi)	0,15	0,42*	0,46*	0,30*	0,11
Индекс агрессивности (Б-Д)	Экспрессия гнева вовне (Staxi)	0,40*	0,53*	0,39*	0,38*	0,25*
Индекс агрессивности (Б-Д)	Контроль экспрессии гнева (Staxi)	-0,30*	-0,25*	-0,16	-0,30*	-0,09

* коэффициент корреляции Спирмена ($p \leq 0,05$)

Приложение 2

Опросник показателей и форм агрессии А. Басса и А. Дарки

Инструкция. В опроснике содержатся утверждения, описывающие чувства и поступки людей. Отметьте «да» или «нет» – ответ, который характеризует Вас более точно. В опроснике нет правильных или неправильных ответов.

1.	Временами я не могу справиться с желанием причинить вред другим	да	нет
2.	Иногда сплетничаю о людях, которых не люблю	да	нет
3.	Я легко раздражаюсь, но быстро успокаиваюсь	да	нет
4.	Если меня не попросят по-хорошему, я не выполню	да	нет
5.	Я не всегда получаю то, что мне положено	да	нет
6.	Я не знаю, что люди говорят обо мне за моей спиной	да	нет
7.	Если я не одобряю поведение друзей, я даю им это почувствовать	да	нет
8.	Когда мне случалось обмануть кого-нибудь, я испытывал мучительные угрызения совести	да	нет
9.	Мне кажется, что я не способен ударить человека	да	нет
10.	Я никогда не раздражаюсь настолько, чтобы кидаться предметами	да	нет
11.	Я всегда снисходителен к чужим недостаткам	да	нет
12.	Если мне не нравится установленное правило, мне хочется нарушить его	да	нет
13.	Другие умеют почти всегда пользоваться благоприятными обстоятельствами	да	нет
14.	Я держусь настороженно с людьми, которые относятся ко мне несколько более дружелюбно, чем я ожидал	да	нет
15.	Я часто бываю не согласен с людьми	да	нет
16.	Иногда мне на ум приходят мысли, которых я стыжусь	да	нет
17.	Если кто-нибудь первым ударит меня, я не отвечу ему	да	нет
18.	Когда я раздражаюсь, я хлопаю дверями	да	нет
19.	Я гораздо более раздражителен, чем кажется	да	нет
20.	Если кто-то воображает себя начальником, я всегда поступаю ему наперекор	да	нет
21.	Меня немного огорчает моя судьба	да	нет
22.	Я думаю, что многие люди не любят меня	да	нет
23.	Я не могу удержаться от спора, если люди не согласны со мной	да	нет

24.	Люди, увиливающие от работы, должны испытывать чувство вины	да	нет
25.	Тот, кто оскорбляет меня и мою семью, напрашивается на драку	да	нет
26.	Я не способен на грубые шутки	да	нет
27.	Меня охватывает ярость, когда надо мной насмеются	да	нет
28.	Когда люди строят из себя начальников, я делаю все, чтобы они не зазнавались	да	нет
29.	Почти каждую неделю я вижу кого-нибудь, кто мне не нравится	да	нет
30.	Довольно многие люди завидуют мне	да	нет
31.	Я требую, чтобы люди уважали меня	да	нет
32.	Меня угнетает то, что я мало делаю для своих родителей	да	нет
33.	Люди, которые постоянно изводят вас, стоят того, чтобы их «шелкнули по носу»	да	нет
34.	Я никогда не бываю мрачен от злости	да	нет
35.	Если ко мне относятся хуже, чем я того заслуживаю, я не расстраиваюсь	да	нет
36.	Если кто-то выводит меня из себя, я не обращаю внимания	да	нет
37.	Хотя я и не показываю этого, меня иногда гложет зависть	да	нет
38.	Иногда мне кажется, что надо мной смеются	да	нет
39.	Даже если я злюсь, я не прибегаю к «сильным» выражениям	да	нет
40.	Мне хочется, чтобы мои грехи были прощены	да	нет
41.	Я редко даю сдачи, даже если кто-нибудь ударит меня	да	нет
42.	Когда получается не по-моему, я иногда обижаюсь	да	нет
43.	Иногда люди раздражают меня одним своим присутствием	да	нет
44.	Нет людей, которых бы я по-настоящему ненавидел	да	нет
45.	Мой принцип: «Никогда не доверять "чужакам"»	да	нет
46.	Если кто-нибудь раздражает меня, я готов сказать, что я о нем думаю	да	нет
47.	Я делаю много такого, о чем впоследствии жалею	да	нет
48.	Если я разозлюсь, я могу ударить кого-нибудь	да	нет
49.	С детства я никогда не проявлял вспышек гнева	да	нет
50.	Я часто чувствую себя как пороховая бочка, готовая взорваться	да	нет
51.	Если бы все знали, что я чувствую, меня бы считали человеком, с которым нелегко работать	да	нет
52.	Я всегда думаю о том, какие тайные причины заставляют людей делать что-нибудь приятное для меня	да	нет
53.	Когда на меня кричат, я начинаю кричать в ответ	да	нет
54.	Неудачи огорчают меня	да	нет
55.	Я дерусь не реже и не чаще чем другие	да	нет
56.	Я могу вспомнить случаи, когда я был настолько зол, что хватал	да	нет

	попавшуюся мне под руку вещь и ломал ее		
57.	Иногда я чувствую, что готов первым начать драку	да	нет
58.	Иногда я чувствую, что жизнь поступает со мной несправедливо	да	нет
59.	Раньше я думал, что большинство людей говорит правду, но теперь я в это не верю	да	нет
60.	Я ругаюсь только со злости	да	нет
61.	Когда я поступаю неправильно, меня мучает совесть	да	нет
62.	Если для защиты своих прав мне нужно применить физическую силу, я применяю ее	да	нет
63.	Иногда я выражаю свой гнев тем, что стучу кулаком по столу	да	нет
64.	Я бываю грубоват по отношению к людям, которые мне не нравятся	да	нет
65.	У меня нет врагов, которые бы хотели мне навредить	да	нет
66.	Я не умею поставить человека на место, даже если он того заслуживает	да	нет
67.	Я часто думаю, что жил неправильно	да	нет
68.	Я знаю людей, которые способны довести меня до драки	да	нет
69.	Я не огорчаюсь из-за мелочей	да	нет
70.	Мне редко приходит в голову, что люди пытаются разозлить или оскорбить меня	да	нет
71.	Я часто только угрожаю людям, хотя и не собираюсь приводить угрозы в исполнение	да	нет
72.	В последнее время я стал занудой	да	нет
73.	В споре я часто повышаю голос	да	нет
74.	Я стараюсь обычно скрывать свое плохое отношение к людям	да	нет
75.	Я лучше соглашусь с чем-либо, чем стану спорить	да	нет

Ответы оцениваются по восьми шкалам следующим образом:

1. Физическая агрессия:

«да» – 1, «нет» – 0: 1, 25, 31, 41, 48, 55, 62, 68.

«нет» – 1, «да» – 0: 9, 7.

2. Косвенная агрессия:

«да» – 1, «нет» – 0: 2, 10, 18, 34, 42, 56, 63.

«нет» – 1, «да» – 0: 26, 49.

3. Вербальная агрессия:

«да» – 1, «нет» – 0: 7, 15, 23, 31, 46, 53, 60, 71, 73

«нет» – 1, «да» – 0: 33, 66, 74, 75.

4. Раздражение:

«да» – 1, «нет» – 0: 3, 19, 27, 43, 50, 57, 64, 72.

«нет» – 1, «да» – 0: 11, 35, 69.

5. Негативизм:
«да» – 1, «нет» – 0: 4, 12, 20, 28.
«нет» – 1, «да» – 0: 36.
6. Обида:
«да» – 1, «нет» – 0: 5, 13, 21, 29, 37, 44, 51, 58.
7. Подозрительность:
«да» – 1, «нет» – 0: 6, 14, 22, 30, 38, 45, 52, 59.
«нет» – 1, «да» – 0: 33, 66, 74, 75.
8. Чувство вины:
«да» – 1, «нет» – 0: 8, 16, 24, 32, 40, 47, 54, 61, 67.

Индекс агрессивности – сумма физической, косвенной и вербальной агрессии, деленная на 3.

Индекс враждебности – сумма обиды и подозрительности, деленная на 2.

Нормой агрессивности является величина ее индекса, равная 21 плюс–минус 4, а враждебности – 6,5–7 плюс–минус 3.

Опросник состояния, характеристики и ориентации гнева
STAXI Ч.Д. Спилбергера

Инструкция. Эта шкала поделена на три части. В каждой части содержатся утверждения описывающие чувства и поступки людей. Пожалуйста, обратите внимание, что каждая часть имеет отдельную инструкцию. Здесь нет правильных или неправильных ответов. Давайте тот ответ, который наиболее точно Вас характеризует.

Часть 1. Как я себя чувствую сейчас. Обведите в кружок тот вариант ответа, который соответствует тому, как Вы себя чувствуете. Не тратьте слишком много времени на обдумывание и помните, что здесь нет хороших или плохих ответов.

		Почти никогда	Иногда	Часто	Почти всегда
1.	Я разъярен (разъярена)	1	2	3	4
2.	Я чувствую себя раздраженным (раздраженной)	1	2	3	4
3.	Я зол (зла)	1	2	3	4
4.	Я чувствую, что мне хочется кричать на кого-нибудь	1	2	3	4
5.	Я чувствую, что мне хочется разбить что-нибудь вдребезги	1	2	3	4
6.	Я взбешен (взбешена)	1	2	3	4
7.	Я чувствую, как мне хочется стукнуть по столу кулаком	1	2	3	4
8.	Я чувствую, мне хочется кого-нибудь ударить	1	2	3	4
9.	Я готов (готова) взорваться	1	2	3	4
10.	Я чувствую, что мне хочется ругаться	1	2	3	4

Часть 2. Как я себя обычно чувствую. Обведите в кружок тот вариант ответа, который соответствует тому, как Вы себя обычно чувствуете. Не тратьте слишком много времени на обдумывание и помните, что здесь нет хороших или плохих ответов.

		Почти никогда	Иногда	Часто	Почти всегда
11.	Я легко завожусь	1	2	3	4
12.	Я – человек огненного темперамента	1	2	3	4
13.	Я – вспыльчивый человек	1	2	3	4
14.	Меня злит, когда мне приходится действовать медленнее из-за чужих ошибок	1	2	3	4
15.	Меня раздражает, если моя хорошая работа остается незамеченной	1	2	3	4
16.	Я – взрывчатый человек	1	2	3	4
17.	Когда я взбешен (взбешена), я говорю очень неприятные вещи	1	2	3	4
18.	Я впадаю в ярость, когда меня критикуют в чьем-то присутствии	1	2	3	4
19.	Когда я сильно неудовлетворен чем-то (неудовлетворена) и никак не могу сделать, что хочу, мне хочется кого-нибудь ударить	1	2	3	4
20.	Меня приводит в ярость, если я делаю хорошую работу, а ее плохо оценивают	1	2	3	4

Часть 3. Когда я зол (зла) или разъярен (разъярена). Каждый из нас бывает в ярости и чувствует гнев в какие-то моменты. Но люди различаются в том, как они себя ведут, когда злятся. Ниже приведены утверждения, описывающие поведение людей в состоянии гнева или ярости. Прочитайте, пожалуйста, каждое утверждение. Обведите кружком

цифру, соответствующую тому, насколько часто Вы в общем реагируете или поступаете так, как описано в утверждении, когда Вы разозлены или рассержены. Не тратьте слишком много времени на обдумывание и помните, что здесь нет хороших или плохих ответов.

Когда Я зол (зла) или разъярен (разъярена):

		Почти никогда	Иногда	Часто	Почти всегда
21.	Я контролирую свой гнев	1	2	3	4
22.	Я проявляю свою злость	1	2	3	4
23.	Во мне накапливается возбуждение не находя разрядки	1	2	3	4
24.	Я терпелив с окружающими	1	2	3	4
25.	Я угрюмый и хмурый	1	2	3	4
26.	Я отдаляюсь от людей	1	2	3	4
27.	Я делаю едкие замечания окружающим	1	2	3	4
28.	Я не даю выход гневу	1	2	3	4
29.	Я могу хлопнуть дверью	1	2	3	4
30.	Моя злость не находит выхода и я надолго остаюсь раздраженным	1	2	3	4
31.	Я контролирую свое поведение	1	2	3	4
32.	Я ругаюсь с окружающими	1	2	3	4
33.	Я склонен (склонна) копить обиды, о которых никому не говорю	1	2	3	4
34.	Если меня что-то или кто-то взбесит, я этого просто так не спускаю	1	2	3	4
35.	Я могу удержать себя от потери самообладания	1	2	3	4
36.	Я затаиваю обиду	1	2	3	4
37.	Я гораздо более злой, чем это обычно признаю	1	2	3	4
38.	Я все сдерживаю внутри	1	2	3	4

39.	Я говорю гадкие вещи	1	2	3	4
40.	Ничто не заставит меня показать свою злость	1	2	3	4
41.	Я раздражаюсь гораздо в большей степени, чем окружающие это замечают	1	2	3	4
42.	Я теряю самообладание	1	2	3	4
43.	Если кто-то меня раздражает, я готов высказать ему или ей, что я чувствую	1	2	3	4
44.	Я контролирую свое чувство гнева	1	2	3	4

Данная русская версия опросника STAXI Ч.Д. Спилбергера разработана и валидизирована Говардом Кассинове, Денисом Суходольским, Кристофером Экхардом и Сергеем Цицаревым.

44 вопроса, представленных в данной версии, были отобраны и упорядочены с целью соответствия американской версии.

Утверждения с 1 по 10 относятся к сиюминутному состоянию гнева.

Утверждения с 11 по 20 относятся к характеристике склонности к раздражительности и гневу как личностной особенности.

Утверждения 11, 12, 13 и 16 относятся к характеристике «гнев-темперамент».

Утверждения 14, 15, 18 и 20 относятся к характеристике «гнев-реакция».

Экспрессия гнева внутрь измеряется ответами на утверждения 23, 25, 26, 30, 33, 36, 37 и 41.

Экспрессия гнева вовне измеряется ответами на утверждения 22, 27, 29, 32, 34, 39, 42 и 43.

Контроль экспрессии гнева измеряется ответами на утверждения 21, 24, 28, 31, 35, 38, 40 и 44.

Оглавление

Введение.....	4
Материально-техническое обеспечение.....	5
Психологические аспекты агрессии.....	5
Психологические аспекты гнева.....	8
Роль нейрональных механизмов и патологических изменений головного мозга в генезе агрессии.....	9
Особенности агрессивного поведения в зависимости от вида потребляемого ПАВ.....	10
Характеристика гнева потребителей ПАВ.....	13
Агрессия у зависимых от ПАВ с коморбидными расстройствами.....	15
Результаты исследования агрессии и гнева у потребителей ПАВ.....	18
Результаты корреляционного анализа.....	23
Результаты регрессионного анализа.....	25
Анализ полученных результатов.....	26
Заключение.....	29
Список литературы.....	31
Приложения.....	38

Издательский центр Санкт-Петербургского
научно-исследовательского
психоневрологического института
им. В.М.Бехтерева приглашает всех
заинтересованных лиц воспользоваться
следующими услугами:

- Оперативная печать авторефератов, брошюр, методических пособий, буклетов.
- Копировально-множительные работы
- Издание монографий, сборников научных трудов, тезисов конференций малыми и средними тиражами.

Тел/факс: 365-20-80

Адрес: Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д.3, корп.6

Издательский центр СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева

Подписано в печать 10.05.12 Формат 60x84/16.

Отпечатано с готового оригинал-макета
в типографии СПб НИПНИ им В.М. Бехтерева
методом оперативной полиграфии.

Заказ № Тираж 100 экз.

Типография СПб НИПНИ им В.М. Бехтерева
192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева д. 3, тел. 365-20-80